

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	vii
Introduction	1
Développement	6
Caractéristiques générales de l'excès de poids chez les adolescents	7
Définition et classification	8
Excès de poids et troubles du comportement alimentaire	9
Statistiques canadiennes et québécoises	12
Étiologie biopsychosociale : perspectives cognitivo-comportementale et psychodynamique	13
Conséquences biopsychosociales	18
Méthodes de traitement	20
Paradigme traditionnel : interventions centrées sur la perte de poids	21
Nouveau paradigme : interventions centrées sur l'acceptation de soi	23
Apport de deux approches intégratives en psychologie dans la compréhension de l'excès de poids	27
Thérapie des schémas	27
Description théorique du modèle	27
Données empiriques en lien avec l'excès de poids	36
Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)	39

Description théorique du modèle.....	39
Données empiriques en lien avec l'excès de poids.....	43
Bilan comparatif entre les interventions traditionnelles et celles découlant des approches intégratives.....	47
Plan d'intervention individuelle jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour l'excès de poids selon le nouveau paradigme.....	51
Adaptations conseillées pour les adolescents	53
Contenu détaillé des interventions suggérées	60
Phase d'évaluation initiale	61
Phase active de l'intervention	64
Phase de maintien de l'intervention.....	82
Illustration du plan d'intervention par un cas fictif	83
Réflexion critique sur le plan d'intervention proposé.....	90
Avantages.....	90
Inconvénients.....	96
Perspectives de recherche en lien avec le plan d'intervention.....	100
Conclusion	104
Références.....	109
Appendice A. Plan d'intervention individuelle jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour les adolescents présentant un excès de poids.....	121
Appendice B. Exemples d'exercices et de métaphores pouvant être utilisés dans le plan d'intervention.....	125

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Madame Michelle Dumont, Ph. D., professeure titulaire au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui m'a offert sa confiance et son soutien tout au long de mon parcours universitaire. Il est de mise de souligner la patience, la douceur et la générosité dont elle a fait preuve dans le partage de ses connaissances. Je suis également reconnaissante envers les membres de ma famille et de mes amis qui, chacun à leur façon, m'ont appuyée dans la rédaction de cet essai.

Introduction

Depuis les années 2000, l'embonpoint et l'obésité retiennent une attention accrue en santé publique. De fait, ces conditions toucheraient environ 21 % des adolescents québécois. Parmi ces derniers, la majorité seraient insatisfaits de leur apparence physique et la moitié tenteraient de perdre du poids (Cazale et al., 2012). L'environnement social dans lequel évoluent ces adolescents favoriserait et renforcerait la dévalorisation de leur image corporelle en tolérant difficilement l'excès de poids, puis en normalisant et en justifiant l'insatisfaction physique quand le corps ne répond pas aux idéaux de minceur, notamment (Aimé, 2012a). Ces deux tendances de l'environnement seraient encore plus néfastes quand elles se manifestent au quotidien par des pairs démontrant des comportements d'intimidation influençant également le concept de soi global. Or, une insatisfaction physique, une faible estime personnelle et une victimisation par les pairs ne représentent que quelques-unes des particularités psychosociales associées à l'excès de poids et, tout comme les conséquences physiques, ces dernières peuvent se maintenir voire même s'intensifier à l'âge adulte.

La vision préventive des traitements traditionnels de l'excès de poids est limitée à l'aspect médical et, étant centrée sur les complications physiques éventuelles, tend à omettre l'adaptation dans « l'ici et maintenant » ainsi que la globalité du vécu actuel de l'adolescent (p. ex., faible estime de soi, victimisation par les pairs). Ces traitements traditionnels visent la perte de poids. Cependant, les changements de comportement

permettant d'y réussir à court et à moyen termes perdureraient difficilement dans le temps à la suite de ce genre de traitement (Bégin, Gagnon-Girouard, Provencher, & Lemieux, 2006; Wilfley, Kass, Kolko, & Stein, 2012). En contrepartie, un nouveau paradigme en matière de gestion du poids apparu dans les années 1990 mise plutôt sur l'acceptation de soi et aborde différemment le changement des habitudes de vie dans une optique de santé globale. La perte de poids n'y est que secondaire. Ce paradigme est ouvert aux différents apports de la psychologie pour optimiser la compréhension de l'excès de poids et de son contexte multidimensionnel, contrairement aux traitements traditionnels où les stratégies psychologiques sont utilisées principalement pour la modification des habitudes de vie.

Devant la prévalence de l'excès de poids, les risques associés, les limites des traitements traditionnels actuels et la proposition d'un nouveau paradigme, l'essai a pour objectif d'explorer l'utilité possible de deux modèles intégratifs en psychologie dans l'intervention auprès des adolescents présentant un excès de poids : la thérapie des schémas (Young, Klosko, & Weishaar, 2003¹) ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT²; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Alors que la littérature s'avère très limitée quant à l'emploi de la thérapie des schémas pour l'excès de poids, on retrouve plusieurs écrits concernant l'application de l'ACT et de ses composantes pour cette même problématique. Aucun auteur n'aurait toutefois publié sur l'utilisation conjointe de la thérapie des schémas et de l'ACT pour l'excès de poids, d'où l'intérêt

¹ Pour la traduction française de cet ouvrage, voir Young, Klosko et Weishaar (2005).

² Pour Acceptance and Commitment Therapy en anglais. Dans la francophonie, on prononce l'acronyme ACT comme « acte » (Dionne, 2011).

d'accomplir cet exercice. En dépit du manque d'appui scientifique de l'une et de l'autre de ces deux thérapies pour l'excès de poids, il n'en demeure pas moins que les traitements traditionnels comportent certaines limites, ce qui justifie d'explorer des avenues d'intervention encore peu étudiées à ce jour.

Les contributions scientifiques de l'essai sont ainsi de plusieurs ordres. D'abord, pour établir les constats précédents sur la littérature existante, une recension des écrits théoriques et empiriques concernant la thérapie des schémas et l'ACT pour la problématique de l'excès de poids a été effectuée. Ensuite, face au manque d'information constaté dans la documentation à ce sujet, les différents concepts théoriques de la thérapie des schémas ont été appliqués à l'excès de poids. En troisième lieu, un jumelage entre les différents concepts de la thérapie des schémas et de l'ACT a été réalisé et organisé à l'intérieur d'un plan d'intervention individuelle s'adressant spécifiquement aux adolescents en excès de poids selon le nouveau paradigme. De cette manière, la thérapie des schémas et l'ACT peuvent contribuer respectivement à l'élaboration d'une compréhension dynamique de l'individu en excès de poids en plus de lui fournir des stratégies d'adaptation adéquates. Au-delà du jumelage entre deux thérapies distinctes, le plan d'intervention proposé se distingue par son caractère multidimensionnel, c'est-à-dire en accordant une importance au vécu de l'individu dans les différentes sphères de sa vie.

L'essai se divise en trois sections principales. La première présente les caractéristiques générales de l'excès de poids (c.-à-d., définition et distinction avec les troubles du comportement alimentaire, prévalence, étiologie, conséquences) et situe deux visions différentes pour la gestion de cet état physique. La seconde section se consacre à la description des différents concepts théoriques de la thérapie des schémas et de l'ACT, tout en les appliquant à la problématique de l'excès de poids. Pour chacune de ces thérapies, les données empiriques disponibles en lien avec cette problématique sont également rapportées. Enfin, la troisième section propose un plan d'intervention individuelle jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour l'excès de poids chez les adolescents, lequel tient compte des particularités développementales liées à cette clientèle. Les forces et les faiblesses du plan d'intervention proposé sont ensuite discutées et des suggestions pour la recherche future sont soulevées.

Développement

L'essai a pour objectif d'explorer l'apport clinique de la thérapie des schémas et de l'ACT dans l'intervention auprès des adolescents en excès de poids. La première section présente les éléments démontrant la nécessité d'une telle investigation, c'est-à-dire la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité, la souffrance psychosociale et les conséquences physiques (à court, moyen et long terme) associées, ainsi que les limites des traitements découlant du paradigme traditionnel ciblant la perte de poids. La seconde section décrit la thérapie des schémas et l'ACT ainsi que les données empiriques disponibles à leur sujet pour la problématique de l'excès de poids. Étant donné qu'aucun écrit n'applique conjointement la thérapie des schémas et l'ACT pour cet état physique dans la littérature, un plan d'intervention¹ jumelant ces deux thérapies a été élaboré afin d'être utilisé dans un contexte individuel auprès d'une clientèle adolescente.

Caractéristiques générales de l'excès de poids chez les adolescents

Cette section présente la définition et la classification de l'excès de poids, distingue cette condition physique des troubles du comportement alimentaire, puis fournit des données canadiennes et québécoises sur sa prévalence. Elle couvre ensuite son étiologie multifactorielle ainsi que les conséquences physiologiques et psychosociales associées. Enfin, elle aborde les traitements du paradigme traditionnel, qui visent la perte de poids, et ceux du nouveau paradigme, qui ciblent principalement l'acceptation de soi.

¹ Ce plan est détaillé à la dernière section du document et présenté à l'Appendice A.

Définition et classification

L'Organisation mondiale de la santé (2014) définit l'excès de poids, regroupant l'embonpoint et l'obésité, comme une « accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé. ». L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure la plus souvent utilisée pour classifier le poids. Il se calcule au moyen de la formule suivante : le poids divisé par le carré de la taille (kg/m^2). Chez l'adulte, peu importe l'âge ou le sexe, un IMC égal ou supérieur à 25 indique l'embonpoint et un IMC égal ou supérieur à 30 indique l'obésité.

Chez les enfants et les adolescents, essentiellement en raison des changements physiologiques subis par l'organisme durant la croissance, il existe différents systèmes de classification de l'IMC où le poids est évalué en fonction de l'âge et du sexe (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Shields & Tremblay, 2010). Il s'agit des seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF) ainsi que des courbes de croissance proposées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Depuis 2010, les courbes de l'OMS, qu'elles utilisent les percentiles ou le score-z, sont recommandées au Canada (Secker, 2010). En référence aux critères associés aux courbes de percentiles, un IMC supérieur au 85e percentile désigne l'embonpoint et un IMC supérieur au 97e percentile désigne l'obésité chez l'adolescent. Quant aux courbes de score-z (ou score de l'écart-type), un IMC supérieur à « 1 » ou à « 2 » suggère respectivement l'embonpoint ou l'obésité.

Outre l'IMC, d'autres mesures comme le tour de taille, les plis cutanés ou les mesures directes de la masse adipeuse peuvent être utilisées pour obtenir une évaluation plus juste des risques de l'excès de poids pour la santé (Bégin et al., 2006; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Roberts, Shields, de Groh, Aziz, & Gilbert, 2012). Par exemple, l'obésité androïde qui représente une accumulation de la graisse dans la région abdominale est associée à des risques plus élevés que l'obésité gynoïde qui correspond à une répartition plus uniforme et périphérique de la graisse. En conséquence, s'il est utilisé comme seule mesure, l'IMC ne suffit pas pour diagnostiquer l'excès de poids, entre autres puisqu'il ne permet pas de distinguer la masse maigre de la masse adipeuse. Des informations complémentaires (p. ex., niveau de masse musculaire, comorbidité, santé globale) sont nécessaires pour établir un diagnostic médical.

Ainsi, des critères objectifs comme le niveau de gras corporel sont suffisants pour porter un jugement sur la classification du poids et ce, sans égard aux facteurs psychologiques pouvant y être associés (p. ex., perception de son corps). Contrairement à l'excès de poids, une combinaison de critères objectifs et subjectifs est nécessaire pour diagnostiquer les troubles du comportement alimentaire (TCA).

Excès de poids et troubles du comportement alimentaire. En comparant les similitudes et les divergences dans l'étiologie et l'épidémiologie de l'excès de poids et des TCA, Wardle (2009) conclut que l'excès de poids ne devrait pas être considéré comme un

trouble faisant partie de cette dernière catégorie. Dans les deux cas, des enjeux autour du poids, de l'alimentation et de l'image corporelle sont présents, mais ils se manifestent différemment. D'abord, concernant le poids, il est insuffisant dans l'anorexie, souvent normal dans la boulimie et peut être élevé dans l'hyperphagie. Comme indiqué précédemment, seuls des critères objectifs sont utilisés pour diagnostiquer l'excès de poids, alors que des critères subjectifs, comme la perception de son corps ou le sentiment de perte de contrôle dans la nourriture, sont utilisés dans les TCA. Bien que les individus en excès de poids puissent se dire insatisfaits de leur apparence physique, ils ne présentent généralement pas de distorsions cognitives quant à leur image corporelle comme dans les TCA, où il y a notamment une surévaluation du poids et un déni du danger lié au faible poids. En outre, dans l'excès de poids, malgré des caractéristiques rendant vulnérable à la surconsommation (p. ex., manger en réponse à des signaux externes, perte de contact avec les signaux internes de satiété), on ne retrouverait habituellement pas de comportements alimentaires problématiques comme dans les TCA (c.-à-d., restriction, hyperphagie, comportements compensatoires tels que le vomissement et l'excès d'exercice physique).

Malgré leurs divergences, il existe une réciprocité entre l'excès de poids et les TCA, c'est-à-dire que la présence de l'un rend l'autre plus probable (Wilfley et al., 2012). En guise d'exemple, l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) de 2010-2011 révèle qu'environ 50 % des adolescents en excès de poids tenteraient de perdre du poids et 28 % essaieraient de le maintenir (Cazale et al., 2012). Pour atteindre ces objectifs, 73 % de ces jeunes feraient appel au moins à une méthode présentant un

potentiel de dangerosité pour la santé, c'est-à-dire : suivre une diète, sauter des repas, ne pas manger toute une journée, se faire vomir, prendre des laxatifs ou des coupe-faim, s'entraîner de façon intensive, commencer ou recommencer à fumer. Autrement dit, la présence d'insatisfaction corporelle peut inciter à utiliser des méthodes de maintien ou de perte de poids malsaines, ce qui peut devenir un facteur de risque au développement de TCA, comme l'anorexie ou la boulimie (Cazale et al., 2012). À l'inverse, l'hyperphagie, par exemple, peut être impliquée dans le développement de l'excès de poids en raison de l'absence de comportements compensatoires.

De même, certains aspects dynamiques de la personnalité pourraient entrer en jeu lorsqu'on évoque l'excès de poids et les conduites alimentaires. À partir d'une grille de lecture psychodynamique, établissant le symptôme comme indice de conflits psychologiques inconscients, l'excès de poids et les TCA sont susceptibles de représenter des mécanismes ou des signifiants apparentés (Skårderud & Fonagy, 2012; Winston, 2012). Bien que pertinente, l'étude des conflits inconscients dépasse le cadre théorique de l'essai mettant plutôt l'accent vers l'approfondissement d'une conceptualisation cognitive et comportementale de l'excès de poids.

En somme, même si l'essai traite exclusivement de l'excès de poids, sans égard aux TCA, il s'éloigne d'une conception uniquement objective de cet état physique. Autrement dit, à l'inverse des critères diagnostiques uniquement objectifs, il accorde une attention particulière aux caractéristiques subjectives de l'excès de poids, telle la

perception cognitive et sensorielle de son corps. Il se focalise aussi sur les facteurs psychologiques y étant associés, tant dans son origine que dans son impact. Avant de détailler ceux-ci, la prévalence de l'excès de poids chez les adolescents est rapportée.

Statistiques canadiennes et québécoises

Au *Canada*, selon les données fournies par l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) de 2009 à 2011, environ 20 % des adolescents de 12 à 17 ans feraient de l'embonpoint (garçons : 19 %, filles : 21 %) et 10 % seraient obèses (garçons : 11 %, filles : 10 %), donnant un taux combiné d'excès de poids de 30 % (Roberts et al., 2012). La comparaison des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004 et de ceux de l'Enquête Santé Canada (ESC) de 1978-1979 suggère que la prévalence de l'excès de poids a considérablement augmentée en 25 ans (Shields, 2005). Chez les adolescents, le taux combiné d'embonpoint et d'obésité aurait doublé, passant de 14 % à 29 %, alors que le taux d'obésité seul aurait triplé, passant de 3 % à 9 %.

Un portrait de la prévalence de l'excès de poids peut également être dressé au *Québec*. En effet, selon l'EQSJS de 2010-2011, environ 14 % des adolescents québécois feraient de l'embonpoint et 7 % seraient obèses, donnant un taux combiné d'excès de poids de 21 % (Cazale et al., 2012). Comme ces résultats sont basés sur des données autodéclarées et sur les seuils de l'IOTF, les taux de prévalence obtenus dans cette enquête pourraient être sous-estimés (Cazale et al., 2012; Roberts et al., 2012; Shields &

Tremblay, 2010). Or, selon l'ESCC de 2004, basée sur des données corporelles mesurées, 15,8 % des adolescents québécois de 12 à 17 ans faisaient de l'embonpoint à cette période, 8,6 % étaient obèses, donnant un taux combiné d'excès de poids de 24,4 %. La comparaison des résultats de l'ESCC de 2004 et de ceux de l'Enquête condition physique Canada (ECPC) de 1981 démontre que le taux combiné d'embonpoint et d'obésité a également plus que doublé au Québec, passant de 10,8 % à 24,4 % (Lamontagne & Hamel, 2009).

L'ampleur de la prévalence de l'excès de poids chez les jeunes justifie les efforts pour comprendre cette condition physique. Pour ce faire, il faut d'abord en connaître l'étiologie qui est reconnue comme étant multifactorielle, c'est-à-dire résultant d'une interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux.

Étiologie biopsychosociale : perspectives cognitivo-comportementale et psychodynamique

Essentiellement, la prise de poids survient quand il y a prépondérance des calories consommées sur les calories dépensées pendant une période de temps prolongée (Organisation mondiale de la santé, 2014; Wilfley et al., 2012). Plusieurs facteurs influencent les comportements alimentaires ainsi que l'activité physique des jeunes et, par conséquent, la survenue d'un déséquilibre énergétique positif qui engendre l'excès de poids. Il s'agit du contexte environnemental et social (p. ex., prix des aliments sains versus malsains, taille des portions offertes au restaurant, transmission de comportements et de préoccupations alimentaires par la famille) ainsi que des

caractéristiques individuelles et psychologiques (p. ex., régulation des émotions par la nourriture, faible estime de soi). Les comportements malsains sur le plan des habitudes de vie entrent toutefois en interaction avec les particularités neurobiologiques sous-tendues par les gènes pour expliquer la prise de poids (Bégin et al., 2006). De fait, bien qu'il soit possible de présenter un excès de poids sans avoir de terrain génétique favorable, les gènes influencent notamment le métabolisme de base, la thermogénèse alimentaire ainsi que la quantité et la localisation des cellules et des tissus adipeux. C'est ce qui explique, entre autres, que certaines personnes prennent du poids plus facilement que d'autres. Comme l'essai a pour objectif d'explorer les aspects psychologiques de l'excès de poids, seuls ces facteurs seront abordés plus largement dans cette sous-section et ce, sans minimiser l'implication des dimensions biologiques, sociales et environnementales dans l'étiologie de cette condition physique.

Ainsi, les diverses approches théoriques en psychologie expliquent différemment l'excès de poids et son origine. Dans la littérature, on retrouve principalement une polarisation entre les perspectives cognitivo-comportementale et psychodynamique à ce sujet (Berdah, 2010; Burgard, 1993; Dumet, Thiebaut, & de Tychev, 1999). D'abord, le courant cognitivo-comportemental met l'accent sur deux théories : la théorie de l'externalité et la théorie de la restriction alimentaire consciente. La théorie de l'externalité suggère que certaines personnes en excès de poids présentent une hypersensibilité aux stimuli externes tels que les caractéristiques et la disponibilité des aliments, l'heure du jour et les situations particulières de stress. Chez ces personnes, la

consommation serait alors moins régulée par les sensations de faim et de satiété que par la présence d'une stimulation externe. Quant à la théorie de la restriction alimentaire consciente, elle ajoute l'idée que c'est la privation alimentaire volontaire à long terme (p. ex., régimes amaigrissants rigides et sévères où il y a déni continu de la faim) qui explique subséquemment l'hypersensibilité aux stimuli externes et internes, les pensées obsessionnelles concernant la nourriture, les affects négatifs, les pertes de contrôle dans la nourriture, la surconsommation et par conséquent, l'excès de poids. Dans l'approche cognitivo-comportementale traditionnelle, c'est-à-dire de deuxième vague, un comportement mésadapté (p. ex., consommer de la nourriture sans ressentir la faim) est renforcé à court terme par une augmentation du plaisir ou une diminution de la douleur. L'intervention est basée sur le désapprentissage de comportements acquis ou alors l'apprentissage de comportements alternatifs, processus facilités par une restructuration des cognitions. Contrairement à l'approche psychodynamique, les expériences infantiles ne sont pas essentielles pour comprendre l'origine des difficultés.

De fait, dans le courant psychodynamique, l'excès de poids représente un symptôme dont la nature est moins importante que les mécanismes qui le déclenchent, lesquels sont liés à l'histoire psychoaffective. En d'autres termes, les manifestations comportementales d'un individu en excès de poids (p. ex., surconsommation, inactivité) sont liées aux fondements de sa vie psychique. On retrouve différentes fonctions et significations de l'excès de poids dans la littérature psychodynamique. Sans établir un relevé exhaustif de ces explications théoriques, il est toutefois possible de noter que cette

condition physique peut découler de perturbations dans la relation d'objet précoce, où la figure maternelle n'est pas en mesure de jouer suffisamment son rôle de pare-excitation (de la Almudena Sanahuja & Belot, 2013).

En effet, un bébé est confronté à deux principales sources de tensions : celles de son monde interne (p. ex., faim, soif, inconfort) et celles de son monde externe (p. ex., lumière, bruit, froid). Toutefois, il se trouve vulnérable face à l'irruption de telles excitations. La figure maternelle doit alors jouer un rôle de contenance et d'élaboration psychique (c.-à-d., de mentalisation) de ces dernières. Dans la problématique de l'excès de poids, cette figure est défaillante dans ce type de traitement (de la Almudena Sanahuja & Belot, 2013). Face à toute émergence pulsionnelle de l'enfant, au lieu de filtrer, de calmer et de donner sens, elle répond en offrant de la nourriture. Tous les besoins demeurent alors indifférenciés.

En conséquence, le comportement de la figure maternelle ne permet pas à l'enfant de développer adéquatement son appareil psychique (de la Almudena Sanahuja & Belot, 2013) : à l'image de cette figure, il présente de faibles capacités de contenance et de mentalisation. Face à tout besoin ou toute émotion, il apprend à recourir à des comportements de prise alimentaire ou à d'autres agirs, telles les conduites auto ou hétéro-agressives, afin d'évacuer la tension psychique (c.-à-d., de s'apaiser, de se réguler) et ce, à défaut d'exprimer son ressenti par des mots. En d'autres termes, comme les émotions et la sensation de faim sont confondues, le jeune mange en réponse à la

survenue d'affects négatifs non traités psychiquement. Il importe de souligner qu'une figure maternelle telle que précédemment décrite peut également difficilement supporter les mouvements d'indépendance de son enfant et ainsi diminuer ses tentatives d'autonomisation, entraînant un manque d'autonomie et une difficulté de séparation chez ce dernier (de la Almudena Sanahuja & Belot, 2013).

Or, dans leur article, de la Almudena Sanahuja et Belot (2013) établissent un lien entre la relation d'objet perturbée et l'obésité de développement décrite par Bruch (1994). Bruch évoque également une seconde forme d'obésité associée à une surconsommation alimentaire qui survient en réaction à un événement spécifique. Il s'agit de l'obésité réactionnelle. À la suite d'une expérience émotionnelle traumatisante, la suralimentation et l'obésité servent de défense contre l'angoisse ou représentent une réaction dépressive. Quand le trauma de l'événement est identifié et mentalisé, l'individu retrouve généralement sa capacité à réguler son alimentation (Weiss, 2006). L'obésité de développement débute souvent dans l'enfance alors que l'obésité réactionnelle est plus fréquente à l'âge adulte.

Les approches cognitivo-comportementale et psychodynamique se distinguent quant à l'importance accordée aux expériences infantiles pour comprendre l'excès de poids. Comme l'essai applique les concepts théoriques de deux thérapies intégratives (thérapie des schémas et ACT) à cette condition physique, il permet de diminuer la polarisation entre les deux perspectives. Puisqu'il est important de tenir compte des facteurs de

maintien dans la compréhension de l'excès de poids, la prochaine sous-section aborde l'impact multidimensionnel de cette condition physique.

Conséquences biopsychosociales

L'excès de poids à l'adolescence peut engendrer différents problèmes de santé physique à *court terme*, notamment des troubles métaboliques (p. ex., diabète de type 2), des facteurs de risque cardiovasculaire (p. ex., hypertension artérielle, dyslipidémie), des difficultés respiratoires (p. ex., asthme, apnée obstructive du sommeil), des complications orthopédiques (p. ex., maladie de Blount), des problèmes digestifs (p. ex., reflux gastro-oesophagien) et des affections hépatiques (p. ex., stéatose hépatique) (Cazale et al., 2012; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Organisation mondiale de la santé, 2014; Roberts et al., 2012). À *long terme*, comme l'adolescent est plus susceptible de conserver son excès de poids, voire de l'augmenter, que de le perdre (Singh, Mulder, Twisk, van Mechelen, & Chinapaw, 2008; The, Suchindran, North, Popkin, & Gordon-Larsen, 2010), il devient également plus à risque de développer des maladies, souvent chroniques, à un âge adulte moins avancé (p. ex., maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, cancers). Ces maladies sont associées à un plus haut risque de décès prématuré, c'est-à-dire à une diminution de l'espérance de vie (Reilly & Kelly, 2011), ainsi qu'à certaines incapacités qui peuvent avoir un impact sur la qualité de vie.

Quant à l'impact psychosocial à *court terme* de l'excès de poids, celui-ci dépend notamment d'une interaction entre la personnalité de l'adolescent et l'environnement (Oderda & Tounian, 2013). Par exemple, certains seront plus touchés que d'autres par l'intimidation, que ce soit concernant sa survenue ou son impact émotionnel. De fait, un adolescent en excès de poids présentant une faible estime personnelle et de pauvres habiletés sociales sera davantage susceptible d'être victime d'intimidation qu'un adolescent du même poids qui ne présente pas ces caractéristiques. S'il y a lieu, les moqueries seront également plus ou moins douloureuses psychologiquement selon l'estime personnelle ou d'autres facteurs comme l'importance accordée au regard des autres. En outre, il faut préciser que certains adolescents peuvent investir positivement leur corps, alors que d'autres seront plus enclins à une insatisfaction de leur image corporelle : l'EQSJS de 2010-2011 révèle d'ailleurs qu'environ un adolescent sur trois en excès de poids est satisfait de son apparence physique (Bégin et al., 2006; Cazale et al., 2012). Malgré l'importance de la variabilité interindividuelle en ce qui concerne les conséquences de l'excès de poids, il semble que les adolescents présentant cette condition physique soient globalement plus à risque de vivre des symptômes somatiques liés au stress, de rapporter des problèmes scolaires (p. ex., diminution de la motivation et de la concentration), d'expérimenter des problèmes internalisés (p. ex., symptômes anxieux et dépressifs), ainsi que de connaître un faible sentiment de bien-être et de satisfaction face à la vie (Cazale et al., 2012; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Roberts et al., 2012).

Par ailleurs, à *long terme*, l'excès de poids et ses conséquences psychosociales semblent liés au développement ou au maintien de représentations défavorables de soi et des autres qui peuvent persister à l'âge adulte, comme c'est le cas pour les schémas précoces inadaptés dont il sera question ultérieurement (Calvete, 2014). Par exemple, un adolescent victime d'intimidation peut intérioriser des patrons relationnels, basés sur des cognitions telles que « les autres sont dangereux, source d'humiliation et de rejet », lesquels favorisent le maintien de son rôle de victime dans des relations futures. La discrimination sociale, en plus des variables personnelles, peut expliquer d'autres conséquences à l'âge adulte, notamment sur le plan de l'emploi et de la vie amoureuse (Bégin et al., 2006; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012).

Afin de prévenir les conséquences à court et à long terme de l'excès de poids, tant sur le plan physique que psychosocial, deux types d'intervention différents sont décrits dans la littérature : les traitements du paradigme traditionnel et les traitements du nouveau paradigme.

Méthodes de traitement

Il existe actuellement deux visions en matière de gestion du poids, soit les interventions centrées sur la perte de poids et les interventions centrées sur l'acceptation de soi. Alors que certaines de leurs stratégies se recoupent, leurs objectifs, quant à eux, divergent davantage.

Paradigme traditionnel : interventions centrées sur la perte de poids. La plupart des traitements de l'excès de poids se basent sur le modèle de la balance énergétique selon lequel la perte de poids dépend d'un déséquilibre négatif où les calories dépensées excèdent les calories consommées et ce, au long cours. À cet effet, il existe trois types de traitements traditionnels : chirurgical, pharmacologique et comportemental (Bégin et al., 2006; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012).

L'approche *chirurgicale* (c.-à-d., chirurgie bariatrique) regroupe deux types d'intervention : les techniques qui diminuent l'ingestion alimentaire par la réduction de la capacité gastrique (p. ex., pose d'un anneau fixe ou ajustable qui forme un réservoir gastrique de petit volume) et celles dites mixtes associant restriction gastrique et malabsorption intestinale (p. ex., création d'un système de court-circuit ou de dérivation). Chez les adolescents, en plus d'être réservée pour les cas d'obésité morbide, la chirurgie bariatrique serait plus difficilement accessible et les données disponibles jusqu'à maintenant se montreraient insuffisantes pour tirer des conclusions valides sur son efficacité ou les risques associés (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2005; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012).

L'approche *pharmacologique* est également réservée aux adolescents présentant un excès de poids important. En plus d'être engagés dans une intervention axée sur le mode de vie (voir paragraphe suivant) qui s'avère insuffisante, ces derniers doivent présenter

une obésité très grave (score-z de l'IMC égal ou supérieur à 3,5) ou une obésité grave (score-z de l'IMC égal ou supérieur à 3,0) accompagnée de comorbidités ou de facteurs de risque cardiométabolique. L'orlistat est le seul médicament recommandé pour traiter l'obésité chez les adolescents et il ne doit être prescrit que dans un contexte de soins spécialisés ou surspécialisés (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). Son effet sur la perte de poids est causé par la diminution des calories absorbées. En effet, comme inhibiteur des enzymes permettant la digestion des gras alimentaires, il empêche environ un tiers de l'absorption de ceux-ci par le tractus gastro-intestinal. L'efficacité de l'orlistat serait limitée quant à l'ampleur de la perte de poids qui s'avère faible à court terme ainsi que pour le maintien des bienfaits qui demeure incertain à long terme.

Enfin, l'approche *comportementale* axée sur le mode de vie peut inclure trois composantes : une modification de l'alimentation qui doit assurer un apport nutritionnel adéquat et une teneur en calories correspondant aux besoins physiologiques, une augmentation de l'activité physique associée à une réduction des comportements sédentaires, ainsi que des techniques de gestion du comportement. Ces dernières sont le plus souvent inspirées de la thérapie cognitivo-comportementale traditionnelle de deuxième vague et ont pour but de favoriser la modification des habitudes de vie. Elles regroupent, entre autres, l'auto-observation (p. ex., réalisation de tableaux pour suivre l'évolution des changements et faire des liens entre eux), la résolution de problème, la restructuration cognitive, l'identification des obstacles personnels et des situations à

risque, le contrôle des stimuli (c.-à-d., modification de l'environnement pour favoriser les comportements désirés et limiter les comportements indésirés), la gestion des contingences (c.-à-d., système de récompenses) et la prévention de la rechute (Bégin et al., 2006; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Wilfley et al., 2012).

Chez les enfants et les adolescents, l'approche comportementale, particulièrement quand elle combine ses différentes composantes, serait efficace pour réduire à court ou moyen terme (deux ans) le niveau d'obésité (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Kitzmann et al., 2010; Wilfley et al., 2007). Cependant, rares sont les études qui se penchent sur le maintien à long terme du poids perdu alors que celui-ci est habituellement repris en trois ans chez les adultes (Bégin et al., 2006). En s'appuyant sur les données disponibles chez les adultes, il est possible de croire que la difficulté à maintenir le poids perdu ainsi que les changements d'habitudes de vie associés pourrait également représenter une problématique chez les enfants et les adolescents (Wilfley et al., 2012). Or, un nouveau paradigme en matière de gestion du poids propose une alternative à l'objectif de perte de poids : la promotion de la santé globale et l'acceptation de soi.

Nouveau paradigme : interventions centrées sur l'acceptation de soi. Alors que le rationnel derrière l'objectif de perte de poids des traitements du paradigme traditionnel découle des risques du gras corporel pour la santé, les données à ce sujet seraient

contestables ou, du moins, à nuancer (Aimé, 2012b; Bacon & Aphramor, 2011). Par exemple, la valeur de prédiction de l'IMC pour la morbidité (c.-à-d., autres maladies) et la mortalité (c.-à-d., espérance de vie) s'avère faible lorsqu'il est utilisé comme seul facteur. En effet, la mauvaise qualité de l'alimentation, la restriction alimentaire, la sédentarité ou les variations de poids, entre autres, pourraient nuire davantage à la santé que l'excès de poids en lui-même. À l'inverse, le changement des habitudes de vie serait impliqué de manière plus probable que la perte de poids dans l'amélioration du profil de santé. En conséquence, ces données, qui ne permettent pas de légitimer la centration sur le seul objectif de perte de poids, ouvrent la voie à une autre approche, laquelle est centrée sur une motivation intrinsèque pour la modification des habitudes de vie.

Ainsi, les interventions du nouveau paradigme, qui se nomme *Health-At-Every-Size* (HAES) en anglais, ciblent l'acceptation de soi, l'internalisation de la motivation au changement ainsi que la responsabilisation et l'autonomisation d'une démarche visant l'amélioration de la santé physique, du bien-être psychologique et de la qualité de vie (Bégin et al., 2006; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Parham, 1996). La perte de poids n'est plus le but à atteindre, elle représente seulement un bénéfice secondaire de la modification des comportements de santé. D'ailleurs, les objectifs quant aux changements des habitudes de vie à accomplir émanent du client et ne sont donc pas prescrits par les intervenants. Ces derniers enseignent plutôt à porter attention aux signaux de faim et de satiété, à reconnaître une alimentation en réponse aux émotions et à l'environnement, à faire des liens entre ce qui est consommé et ce qui

est ressenti subséquemment (p. ex., humeur, concentration, énergie) ainsi qu'à prendre plaisir dans l'activité physique. Cette approche favorise donc une relation saine avec soi-même et son corps, les aliments (p. ex., éviter les interdits) et l'activité physique.

En plus de dévier des objectifs des traitements traditionnels, le nouveau paradigme centré sur l'acceptation de soi préconise une compréhension de l'excès de poids qui va au-delà de l'équilibre énergétique visé : il tient compte du contexte biopsychosocial dans lequel se retrouve l'individu (Bégin et al., 2006). Sur le plan psychologique, l'évaluation d'une personne en excès de poids peut porter sur plusieurs aspects, dont le degré et les sources de motivation, les objectifs secondaires à la perte de poids (p. ex., avoir plus de respect pour soi, rencontrer un partenaire amoureux, sauver son mariage, améliorer sa santé) ainsi que la fonction des mauvaises habitudes alimentaires, des comportements sédentaires et de l'excès de poids en lui-même (p. ex., réconfort, gratification immédiate/récompense, régulation des émotions, contrer les intrusions ou les tentatives de séduction, éviter les rapprochements relationnels, s'affirmer ou s'imposer par le biais de la prestance physique).

Dans leur revue de la littérature, Bacon et Aphramor (2011) concluent que l'approche du nouveau paradigme est associée à des améliorations sur le plan des mesures physiologiques (p. ex., pression sanguine, bilan lipidique), des comportements de santé (p. ex., habitudes alimentaires et d'activité physique, qualité de la nourriture consommée) et des caractéristiques psychosociales (p. ex., humeur, estime de soi, image corporelle). En

outre, les résultats démontreraient un effet de prévention du gain de poids et de stabilisation du poids, sans perte de poids significative.

En résumé, bien que son diagnostic soit basé sur des mesures corporelles objectives, l'excès de poids revêt un caractère subjectif (p. ex., perception sensorielle et cognitive de son corps, qualité de vie). Certains adolescents peuvent donc ne pas considérer avoir de problème de poids alors que leur IMC indique l'obésité (Cazale et al., 2012). D'autres, quant à eux, peuvent se sentir bien dans un corps qu'ils reconnaissent en surpoids, mais plutôt souffrir des conséquences associées. En parcourant l'étiologie et les conséquences de l'excès de poids, il a été possible de constater que les caractéristiques psychosociales peuvent représenter des facteurs prédisposants, précipitants ou de maintien de cette condition physique et de ses conséquences. Contrairement à ce que laissent croire les traitements traditionnels, l'adaptation à l'excès de poids n'implique pas seulement des modifications comportementales dans le but de perdre du poids, mais elle se veut également cognitive, émotionnelle, interpersonnelle et sociale, ce que souligne le nouveau paradigme. La prochaine section décrit deux modèles thérapeutiques nouvellement étudiés en lien avec l'excès de poids : la thérapie des schémas et l'ACT. Leur jumelage dans un même plan d'intervention représente une avenue intéressante selon le nouveau paradigme, permettant d'établir une compréhension globale du vécu de l'individu en excès de poids ainsi que de favoriser une motivation intrinsèque aux changements de comportement.

Apport de deux approches intégratives en psychologie dans la compréhension de l'excès de poids

Alors que la section précédente situait de façon globale la problématique de l'excès de poids chez les adolescents (c.-à-d., définition, distinction avec les TCA, prévalence, étiologie, conséquences, traitements), celle-ci décrit la thérapie des schémas et l'ACT. Pour chacune, les principaux concepts théoriques sont appliqués à l'excès de poids, puis les données empiriques en lien avec cette problématique sont rapportées.

Thérapie des schémas

Description théorique du modèle. La thérapie des schémas (Young et al., 2003), apparue au début des années 1990, fait partie de ce que l'on nomme la troisième vague en thérapie cognitive et comportementale (TCC). Elle découle donc principalement de la TCC, mais intègre également des concepts de la théorie de l'attachement, des neurosciences, de la gestalt-thérapie et de la psychanalyse. La thérapie des schémas a d'abord été appliquée et évaluée auprès des troubles de la personnalité pour lesquels, notamment, elle démontre des tailles d'effet de moyenne à large (Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012). En ce qui concerne la clientèle ciblée dans l'essai, les résultats d'une étude menée par Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel et Bögels (2010) suggèrent l'utilité de la théorie des schémas pour comprendre la psychopathologie à l'adolescence, sans toutefois statuer sur son efficacité. Quant à l'excès de poids, les données empiriques seront présentées plus loin. Cette sous-section détaille et applique les concepts théoriques du modèle à cette condition physique. De fait, la thérapie des schémas permet de comprendre comment les éléments de la

personnalité influencent les comportements qui contribuent à l'excès de poids. En outre, la fonction de cet état physique peut différer selon les enjeux psychologiques des individus. Pour mieux saisir le sens de ces affirmations, deux principales notions sont décrites : les schémas précoces inadaptés et les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles.

D'abord, les schémas précoces inadaptés représentent des croyances fondamentales dysfonctionnelles à propos de soi, des autres, de la relation entre soi et les autres, ainsi que du monde (van Genderen, Rijkeboer, & Arntz, 2012; Young et al., 2005). Ils reflètent des besoins psychologiques auxquels on a répondu de manière inadéquate (besoins carencés, mal ou trop comblés) et se développent généralement en début de vie par l'interaction entre le tempérament, le style parental et les expériences significatives. Les schémas rendent les individus sensibles aux situations qui leur rappellent celles qui les ont créés et quand leur réactivation survient, ils se manifestent par des sensations corporelles, des images, des souvenirs, des émotions, des cognitions et ultimement, des comportements. Les individus deviennent alors vulnérables à la détresse psychologique. Sans un travail d'introspection et de mentalisation, qui représentent respectivement la capacité de reconnaître chez soi des états émotionnels et de les lier à d'autres représentations mentales, les schémas demeurent stables et résistants, car ils se maintiennent par différents processus comme les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles dont il sera question plus loin et les distorsions cognitives (c.-à-d., les schémas influencent la sélection et l'interprétation des informations).

Young identifie dix-huit schémas divisés en cinq domaines : séparation et rejet (cinq schémas), manque d'autonomie et de performance (quatre schémas), manque de limites (deux schémas), orientation vers les autres (trois schémas) ainsi que sur-vigilance et inhibition (quatre schémas). Le premier domaine « séparation et rejet » concerne le besoin de sécurité dans les liens d'attachement avec autrui et regroupe les schémas *abandon/instabilité* (croyance que les relations affectives ne durent pas, que les personnes significatives ne sont pas fiables dans leur soutien et leur connexion; p. ex., « les autres vont cesser de m'aimer si je ne perds pas de poids »), *méfiance/abus* (croyance que les autres causent délibérément du tort, que ce soit en humiliant, en trompant, en mentant ou en manipulant; p. ex., « les autres m'offrent des collations délibérément pour que je prenne du poids »), *manque affectif* (croyance que les autres ne comblent pas les besoins affectifs, que ce soit pour le soutien, l'empathie ou la protection; p. ex., « les autres ne comprennent pas pourquoi je me sens différent en raison de mon poids »), *imperfection/honte* (croyance d'être intérieurement inadéquat, fondamentalement non désirable, mauvais et inférieur à autrui, crainte de perdre les autres s'ils le réalisent; p. ex., « j'ai honte de mon poids, car il prouve que je n'ai pas de valeur ») et *isolement social* (croyance d'être différent des autres, de ne pas appartenir à un groupe ou à une communauté; p. ex., « mon poids m'empêche d'être comme les autres »).

Le second domaine « manque d'autonomie et de performance » concerne le processus d'individuation et de séparation, dont le développement de sa propre identité

et la capacité de fonctionner de manière indépendante. Il regroupe les schémas *dépendance/incompétence* (croyance de ne pas pouvoir gérer ses responsabilités quotidiennes sans l'aide considérable d'autrui; p. ex., « mon poids m'empêche de faire certaines choses, je dois demander de l'aide aux autres »), *peur du danger ou de la maladie* (croyance de ne pas être capable d'empêcher une catastrophe imminente; p. ex., « mon poids va entraîner des maladies importantes chez moi »), *fusionnement/personnalité atrophiée* (croyance que son identité est liée à celle d'autres personnes, souvent ses parents, et besoin de proximité excessive avec ces personnes; p. ex., « mon poids me permet de ressembler à mes parents ») et *échec* (croyance d'être incompetent, comparativement à ses pairs, dans les domaines de performance, comme les études ou le travail; p. ex., « je suis incompetent, car je n'arrive pas à perdre du poids »).

Le troisième domaine « manque de limites » concerne l'autocontrôle de soi et le respect des droits des autres. Il regroupe les schémas *droits personnels exagérés/grandeur* (croyance d'être spécial, supérieur aux autres, d'avoir des droits spéciaux pour que ses besoins et ses attentes soient toujours comblés; p. ex., « mon poids me permet de m'imposer dans un groupe et d'être respecté des autres ») et *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* (croyance de ne pas pouvoir contrôler ou tolérer ses événements internes, comme ses impulsions, ses émotions ou la frustration de ses désirs immédiats, dans le but d'atteindre un objectif à plus long terme; p. ex., « changer mes habitudes de vie demande des efforts trop importants »).

Le quatrième domaine « orientation vers les autres » concerne la liberté d'exprimer ses émotions et ses besoins sans être excessivement centré sur les autres. Il regroupe les schémas *assujettissement* (croyance de devoir se soumettre aux demandes et au contrôle des autres pour éviter des conséquences négatives, comme la colère, les conflits ou l'abandon; p. ex., « pour ne pas être intimidé ou rejeté en raison de mon poids, je ne m'affirme pas devant les autres »), *abnégation* (croyance de devoir répondre aux besoins des autres dans le but d'éviter de se sentir coupable ou égoïste; p. ex., « je ne peux pas faire de l'activité physique aujourd'hui, car je dois aider mon ami dans ses devoirs ») et *recherche d'approbation et de reconnaissance* (croyance de devoir se conformer aux attentes des autres pour être jugé adéquat et appréciable; p. ex., « mon ami accorde de l'importance à la minceur, je dois perdre du poids »).

Enfin, le cinquième domaine « sur-vigilance et inhibition » concerne le besoin de spontanéité et de flexibilité. Il regroupe les schémas *négativité/pessimisme* (croyance que des problèmes vont survenir, accompagnée d'une centration sur les aspects négatifs de la vie au détriment des aspects positifs; p. ex., « toutes les sphères de ma vie sont brimées par mon poids »), *surcontrôle émotionnel* (croyance de devoir inhiber le dévoilement de soi et l'expression de ses émotions, tant positives que négatives, dans le but d'éviter l'embarras, la désapprobation des autres, la perte de contrôle ou de blesser les autres; p. ex., « je ne peux pas exprimer mon insatisfaction corporelle, car mes parents vont se sentir coupables »), *idéaux exigeants/critique excessive* (croyance de devoir atteindre des standards très élevés de performance; p. ex., « tant qu'à vouloir

perdre du poids, je veux atteindre la perfection ») et *punition* (croyance que les erreurs doivent être punies; p. ex., « je mérite d'être gros, après tout ce que j'ai fait »).

Les différents schémas précoces inadaptés ont été détaillés et des exemples de pensées appliquées à l'excès de poids y ont été associés afin de démontrer que les croyances fondamentales d'un individu peuvent influencer la façon dont il perçoit son excès de poids. En outre, il était possible de constater que les schémas peuvent influencer les comportements de santé. De fait, les résultats de deux études effectuées auprès de jeunes femmes adultes sans égard à leur poids (Boucher, Callahan, & Rousseau, 2009; Meyer, Blissett, Alberry, & Sykes, 2013) soulèvent la possibilité que les schémas précoces inadaptés influencent la fonction et la forme de l'engagement dans des comportements de santé, tant sur le plan de l'alimentation que de l'activité physique. Par exemple, en ce qui concerne la fonction, un adolescent avec le schéma *méfiance/abus* pourrait mettre en place des comportements de santé afin d'éviter des remarques négatives sur son apparence physique ou sur ses autres habitudes de vie. De même, chez un adolescent avec le schéma *imperfection/honte*, l'activité physique pourrait permettre de se protéger des émotions engendrées par la comparaison sociale. Quant à la forme de l'engagement, un adolescent avec les schémas *idéaux exigeants/critique excessive* et *échec* pourrait se fixer des objectifs trop élevés et échouer. À l'inverse, un adolescent avec le schéma *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* pourrait se montrer trop indulgent envers lui-même quand il cède à ses compulsions alimentaires. Bégin et ses collaborateurs (2006) recommandent la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan pour mieux comprendre la dynamique des

individus en excès de poids. L'engagement dans des comportements de santé influencé par des schémas précoces inadaptés pourrait s'éloigner de celui favorisant un maintien à long terme de ces comportements. En effet, il s'avérerait plus bénéfique que la motivation soit basée sur le plaisir et les valeurs personnelles plutôt que sur des pressions internes (p. ex., émotions comme la culpabilité ou la honte) ou externes (p. ex., recommandations du médecin). Ces pressions peuvent ainsi être engendrées par des schémas précoces inadaptés.

Dans le même ordre d'idées, certains auteurs (Boone, Braet, Vandereycken, & Claes, 2013; Boucher et al., 2009; Ledoux, Winterowd, Richardson, & Clark, 2010) soulignent l'intérêt de comprendre la relation entre les schémas précoces inadaptés et l'investissement de son apparence physique, voire le développement de l'insatisfaction corporelle. Alors que les traitements traditionnels abordent cette dernière comme étant principalement induite par l'environnement (p. ex., internalisation des images véhiculées dans les médias), la thérapie des schémas la traite plutôt sous l'angle d'une pression interne. Par exemple, l'image corporelle pourrait être importante chez un adolescent qui présente le schéma *abandon/instabilité* (p. ex., « mon amoureux m'abandonnera si je ne maigris pas »), de manière à éviter les émotions associées à ce schéma.

Au fil des derniers paragraphes, il a été notamment démontré que l'investissement de l'apparence physique et l'engagement dans des comportements de santé peuvent représenter des façons d'éviter l'inconfort psychologique rattaché aux schémas, processus faisant partie des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles, deuxième notion

centrale de la thérapie des schémas. Comme les schémas précoces inadaptés représentent des zones de vulnérabilité chez un individu, ce dernier peut y réagir de différentes façons. Or, Young décrit dans son modèle trois stratégies d'adaptation dysfonctionnelles face aux schémas : l'évitement, la soumission et la compensation. D'abord, tel qu'abordé plus tôt, l'*évitement* signifie que l'individu fournit des efforts pour prévenir la survenue de situations qui déclenchent ses schémas ou, lorsque ces derniers sont activés par un événement particulier, tente de ne pas entrer en contact avec les émotions qui y sont associées. Au contraire, la *soumission* signifie qu'un individu choisit, souvent inconsciemment, des situations susceptibles d'activer ses schémas. Autrement dit, il capitule devant ses schémas, ce qui génère la répétition de scénarios. La *compensation*, quant à elle, représente la tendance à agir dans le sens opposé de ses schémas. Les pensées et les émotions deviennent aussi contraires à celles attendues : entre autres, sentiment de toute puissance au lieu d'impuissance, sentiment de supériorité à la place d'infériorité. En guise d'exemple, un individu ayant le schéma *abandon/instabilité* pourrait décider de ne plus entretenir de relation intime avec autrui (évitement), choisir inconsciemment un partenaire infidèle (soumission) ou bien demander à ce dernier une constante disponibilité (compensation). Par ailleurs, certains schémas peuvent prendre la forme de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. Notamment, le schéma *assujettissement* peut permettre d'éviter le schéma *abandon/instabilité* et le schéma *idéaux exigeants/critique excessive* peut compenser le schéma *imperfection/honte*.

Si on applique ces concepts à l'excès de poids, ce que la littérature existante ne fait explicitement que pour la stratégie d'évitement (et ce, seulement dans l'optique de régulation émotionnelle quand il y a réactivation d'un schéma), cette condition physique pourrait être associée aux trois stratégies d'adaptation dysfonctionnelles (Waller, Kennerley, & Ohanian, 2007). Par exemple, pour un adolescent présentant le schéma *méfiance/abus*, l'excès de poids pourrait protéger du regard des pairs de sexe opposé (évitement), favoriser l'intimidation à l'école (soumission) ou démontrer un état de supériorité par la prestance physique (compensation). En référence à la documentation existante, ce même adolescent pourrait « manger ses émotions » pour diminuer son inconfort psychologique quand il est victime de moqueries (évitement). Or, un adolescent qui ne dispose que de la nourriture ou de comportements sédentaires pour gérer ses émotions est plus à risque de prendre du poids. En outre, tel que mentionné précédemment, les schémas précoces inadaptés tendent à se maintenir. Notamment, un adolescent présentant un schéma *peur du danger ou de la maladie* peut craindre la survenue d'une maladie : pourtant, son état physique le favorise (soumission) et si une maladie survient effectivement, cela confirmera et renforcera son schéma.

Pour finir, il importe de souligner que l'objectif de la thérapie des schémas est d'amener le client à reconnaître ses schémas précoces inadaptés dans le but d'apprendre à y réagir différemment dans les situations qui les réactivent, lorsque cela est nécessaire. Ultimement, la création de schémas et de styles d'adaptation fonctionnels est souhaitée. Pour ce faire, des techniques cognitives et émotionnelles (p. ex., tester la validité d'un

schéma, faire une liste des avantages et des inconvénients d'un comportement, établir un dialogue entre les côtés sain et malsain d'un schéma, recréer une circonstance significative en imagerie) ainsi que comportementales (p. ex., stratégies d'affirmation de soi répétées en imagination ou en jeux de rôle) sont utilisées.

Maintenant que les principaux concepts de la thérapie des schémas ont été décrits puis appliqués de manière théorique à l'excès de poids, la prochaine sous-section présente la validité empirique de cette thérapie pour la même problématique.

Données empiriques en lien avec l'excès de poids. Outre les études de Boucher et al. (2009) ainsi que Meyer et al. (2013) abordées dans la sous-section précédente, la littérature comporte, sauf erreur, seulement cinq études portant spécifiquement sur les schémas précoces inadaptés de Young en lien avec l'excès de poids. Parmi celles-ci, une seule aborde l'efficacité de cette thérapie en lien avec cette problématique.

D'abord, trois études, dont une réalisée auprès des adultes (Anderson, Rieger, & Caterson, 2006) et deux auprès des adolescents (Turner, Rose, & Cooper, 2005; Van Vlierberghe & Braet, 2007), se sont intéressées aux différences possibles entre les individus en excès de poids et ceux de poids normal concernant la sévérité et le type de schémas précoces inadaptés. Les résultats de ces trois recherches suggèrent que les individus en excès de poids présentent un niveau plus élevé (score global) de schémas dysfonctionnels comparativement à leurs pairs de poids normal. Plus particulièrement,

les analyses démontrent un score significativement plus élevé chez les individus en excès de poids pour les schémas *manque affectif, isolement social, imperfection/honte, échec, assujettissement, dépendance/incompétence, abandon/instabilité* et *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants*. En dépit de la pertinence de ces études, plusieurs limites doivent être soulevées, dont une petite taille de l'échantillon et une sous-représentation du sexe masculin chez les participants. La généralisation des résultats s'avère également limitée pour deux de ces études, étant donné que les participants étaient admis à un traitement de l'obésité et qu'ils pourraient ainsi ne pas être représentatifs de l'ensemble des individus en excès de poids : entre autres, le risque de détresse psychologique est plus élevé dans ce sous-groupe que dans celui qui ne consulte pas. Bref, il est trop tôt pour dégager un profil psychologique des individus en excès de poids à l'aide de schémas spécifiques.

Dans le même ordre d'idées, une étude réalisée par Van Vlierberghe, Braet et Goossens (2009) s'est penchée sur les différences possibles concernant la sévérité des schémas précoces inadaptés entre les adolescents en excès de poids qui présentent une perte de contrôle dans la nourriture et ceux du même poids qui n'ont pas cette tendance. Les résultats suggèrent que les adolescents en excès de poids avec perte de contrôle dans la nourriture ont un niveau plus élevé (score global) de schémas dysfonctionnels que leurs pairs du même poids sans cette caractéristique. Plus spécifiquement, les analyses démontrent un score significativement plus élevé chez les adolescents en perte de contrôle pour les schémas *abandon/instabilité, méfiance/abus, isolement social, échec,*

assujettissement et idéaux exigeants/critique excessive. Cette étude partage certaines limites communes avec les études précédentes : petite taille de l'échantillon, garçons sous-représentés. Cependant, elle permet davantage la généralisation des résultats puisque les participants n'étaient pas tous en traitement pour perdre du poids et pouvaient, de ce fait, être plus représentatifs de la population générale.

Enfin, Simpson et Slowey (2011) ont publié une étude de cas portant sur l'efficacité de la thérapie des schémas par vidéoconférence chez une femme de trente-neuf ans présentant en comorbidité une obésité et un trouble alimentaire atypique (c.-à-d., vomissements après consommation de petites quantités de nourriture). L'intervention s'est déroulée sur onze semaines (huit séances) et visait, entre autres, à diminuer l'autocritique en connectant cette tendance à des expériences passées, à développer une vision globale de soi tout en améliorant l'estime personnelle, ainsi qu'à diminuer les comportements d'évitement en favorisant la capacité à faire des liens entre les émotions et les comportements alimentaires inadaptés. Des améliorations ont été notées sur les questionnaires autorapportés pour le poids, les comportements alimentaires, l'estime de soi et la détresse psychologique.

En somme, la thérapie des schémas comporte plusieurs concepts utiles à la compréhension de l'excès de poids, bien que son efficacité empirique pour cette condition physique ne soit pas démontrée étant donné la nature descriptive des études disponibles dans la littérature. L'efficacité de ce modèle d'intervention mérite d'être

investiguée de façon plus rigoureuse pour l'excès de poids. Une des notions principales de la thérapie des schémas est l'évitement expérientiel qui s'avère également un élément central dans l'ACT, tel que nous le verrons dans la sous-section suivante.

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

Description théorique du modèle. L'ACT (Hayes et al., 1999), tout comme la thérapie des schémas, est apparue au début des années 1990 et fait partie de la troisième vague en TCC. Bien qu'elle découle principalement de l'approche cognitivo-comportementale, elle présente aussi des interventions prenant assises sur des concepts humanistes et psychodynamiques (Dionne, 2009; Gillanders, 2011). Sur le plan empirique, l'ACT n'a pas été démontrée comme un traitement de choix pour aucune problématique (Öst, 2014). Toutefois, elle présenterait une efficacité probable dans le traitement de plusieurs conditions mentales telles que la dépression et l'anxiété. Par ailleurs, dans leurs revues respectives des écrits scientifiques, Murrell et Scherbarth (2011) ainsi que Semple et Burke (2012) rapportent que les résultats disponibles à ce jour sur l'ACT appliquée aux enfants et aux adolescents sont prometteurs pour plusieurs problématiques, dont l'anorexie, les troubles anxieux, la dépression, la douleur chronique et les comportements à risque. Il est possible de consulter ces derniers auteurs ou Coyne, McHugh et Martinez (2011) pour une présentation détaillée de ces résultats.

Si elle exige l'élaboration d'expérimentations plus larges afin de constituer un traitement probant, notamment pour les adolescents (Montgomery, Kim, Springer, &

Learman, 2013), l'ACT présente néanmoins quelques études de plus petites tailles démontrant une efficacité en ce qui concerne l'excès de poids (voir sous-section suivante). Face à cet état physique, l'ACT permet de comprendre en quoi les comportements qui l'engendrent ou le maintiennent (p. ex., surconsommation alimentaire, sédentarité) ont pour fonction l'évitement expérientiel ainsi que d'acquérir, en conséquence, des habiletés plus adaptées de régulation émotionnelle (Gillanders, 2011; Gregg, Almada, & Schmidt, 2011). L'intervention se base sur six axes thérapeutiques, c'est-à-dire contact avec l'instant présent, acceptation, défusion, soi comme contexte, valeurs et actions, lesquels convergent vers trois principales capacités à développer chez un individu, à savoir : s'ouvrir aux événements internes sans tenter de les éviter, dissocier le langage interne de l'identité et du comportement, puis maintenir un comportement orienté vers une valeur.

Le contact avec l'instant présent et la tolérance de ce qui s'y trouve est au coeur de toutes les stratégies de l'ACT. Alors, la *première* capacité à favoriser chez un individu est celle d'expérimenter en pleine conscience les événements internes (p. ex., pensées, émotions, images mentales, sensations corporelles) sans les juger, les évaluer ou les étiqueter comme étant, par exemple, rationnels ou irrationnels. Il s'agit de l'inverse de l'évitement expérientiel qui se manifeste quand une personne essaie d'empêcher la survenue de certains événements internes ou, lorsque ceux-ci apparaissent, tente de les contrôler (p. ex., diminuer leur intensité, leur durée ou leur fréquence) ou d'en changer la forme (p. ex., distraction ou restructuration cognitive en TCC de deuxième vague). De fait, l'ACT s'inscrit dans le courant philosophique nommé contextualisme fonctionnel, où le

comportement est analysé selon sa fonction ainsi que son utilité et ses conséquences dans un contexte particulier, plutôt que sa forme. Par exemple, l'acte de manger peut être adapté quand il répond au besoin physiologique de la faim, mais être inadapté si sa fonction est de réguler des émotions difficiles : un adolescent peut avoir tendance à manger pour gérer son stress face à un examen, alors qu'il ne ressent pas la faim. Dans ce cas, il serait moins dommageable d'utiliser une autre stratégie de régulation émotionnelle. L'idée est alors de porter attention aux informations que fournissent les événements internes, en s'y attardant en pleine conscience, pour prendre des décisions éclairées concernant les comportements à effectuer, plutôt que ces derniers soient réactifs ou automatiques.

Ainsi, la théorie des cadres relationnels, sur laquelle se base l'ACT, suggère que dans une situation donnée, l'être humain a tendance à agir selon des règles intériorisées par conditionnement opérant (c.-à-d., par son interaction passée avec l'environnement) plutôt que selon son expérience directe. La notion de fusion cognitive représente l'influence du langage interne, provenant de l'histoire personnelle, sur le comportement, mais aussi sur l'identité. En conséquence, la *seconde* capacité à développer chez un individu est celle de la défusion, laquelle permet d'affaiblir l'influence de son langage interne sur son comportement ainsi que d'établir une distinction entre son identité et ses expériences internes. Par exemple, un adolescent en excès de poids peut avoir intériorisé une perception négative de son corps, laquelle se manifeste par des cognitions telles que « je suis laid et je le resterai toujours ». Dans l'ACT, cet adolescent apprendra à identifier cette pensée, à accepter sa présence en la considérant comme étant seulement

une pensée et non un fait véridique à propos de lui-même, puis à ne pas y réagir par un comportement allant dans le sens de son contenu (p. ex., ne pas se regarder dans le miroir, ne pas aller faire de l'exercice en salle d'entraînement).

Quand il est plus adapté de ne pas agir dans le sens suggéré par les événements internes, il est nécessaire d'avoir une idée de la direction alternative à suivre. Dans l'ACT, cette orientation est fournie par les valeurs. Ainsi, la *troisième* et dernière capacité à favoriser chez un individu est celle de maintenir un comportement orienté vers un but ou une valeur, peu importe l'expérience interne ressentie, c'est-à-dire même en présence d'inconfort. Cette dernière capacité représente l'objectif ultime de l'ACT, soit la flexibilité psychologique, qui passe par la diminution de l'évitement expérientiel et de la fusion cognitive précédemment nommés. Or, dans l'exemple de l'adolescent en excès de poids qui évite d'aller en salle d'entraînement en raison de pensées telles que « je suis laid » ou d'émotions comme la honte, l'ACT proposera d'identifier les valeurs pour lesquelles l'exercice physique est important pour cet adolescent. Ainsi, ce dernier pourrait décider de se présenter en salle d'entraînement consciemment, tout en ressentant de la honte, dans le but d'être bien dans sa peau ou de passer du bon temps entre amis.

Plusieurs autres exemples d'application des concepts de l'ACT pour l'excès de poids seront présentés dans le plan d'intervention proposé (voir p. 60), puisque celui-ci se base essentiellement sur les stratégies cognitives de l'ACT plutôt que sur celles de la thérapie des schémas. En effet, les interventions de la thérapie des schémas sur le plan cognitif

renvoient à la deuxième vague en TCC (p. ex., restructuration cognitive), ce qui les oppose à celles de l'ACT, du moins en début de thérapie. Ce sujet sera abordé plus en détail lors de la critique du plan d'intervention. Pour faire suite à la description des concepts théoriques de l'ACT et de leur application pour l'excès de poids, la prochaine sous-section recense les études empiriques liant ce modèle thérapeutique à cette condition physique.

Données empiriques en lien avec l'excès de poids. La littérature s'intéresse de plus en plus à l'utilisation de l'ACT dans le domaine de la psychologie de la santé (Gundy, Woidneck, Pratt, Christian, & Twohig, 2011). La recension des écrits a permis de trouver quelques études portant sur le protocole complet de l'ACT en lien avec l'excès de poids. Elles concernent principalement la modification des comportements alimentaires et reliés à l'activité physique, souvent dans le but de perdre du poids. Notons cependant qu'aucune de ces études ne cible les adolescents.

D'abord, les résultats de deux études (Forman, Butryn, Hoffman, & Herbert, 2009; Niemeier, Leahey, Palm Reed, Brown, & Wing, 2012) suggèrent l'efficacité à court terme, jusqu'à six mois post-traitement, de programmes d'intervention pour la perte de poids incorporant à la fois les composantes des traitements traditionnels et celles de l'ACT chez les adultes en excès de poids. À la suite de ce type d'intervention, des changements significatifs ont été observés pour le poids, lesquels se sont maintenus à la relance de 3 mois ou de 6 mois, selon l'étude. Alors que Forman et ses collaborateurs proposaient un programme de 12 semaines pour les femmes en excès de poids, sans

égard à des caractéristiques particulières, Niemeier et ses collaborateurs appliquaient un programme de 24 semaines pour les personnes en excès de poids présentant une tendance à manger en réponse à leurs événements internes (p. ex., pensées, émotions), sous-groupe qui pourrait mieux répondre à ce type d'intervention étant donné que l'ACT cible le processus d'évitement expérientiel. Ainsi, en plus de la spécificité de l'échantillon de cette recherche, certaines autres limites de ces deux études empêchent la généralisation des résultats, dont une petite taille d'échantillon et une sous-représentation des hommes. De même, en raison de la courte période de relance (six mois maximum) et de l'absence de groupe de comparaison, il ne s'avère pas possible d'affirmer que l'ajout des composantes de l'ACT aux traitements traditionnels représente un avantage, notamment pour le maintien à long terme des bénéfices.

Par ailleurs, Tapper et al. (2009) ont exploré l'efficacité de l'ACT, cette fois-ci utilisée seule sans les composantes des traitements traditionnels, pour la perte de poids. Les femmes de cette étude étaient en démarche de perte de poids (p. ex., diète), mais ne présentaient pas obligatoirement un excès de poids même si c'était le cas pour la plupart, ce qui limite la généralisation des résultats aux femmes en excès de poids. À la relance de 6 mois, les femmes ayant reçu une intervention de huit heures (quatre rencontres de deux heures) démontraient un niveau d'activité physique significativement plus élevé qu'au début de l'intervention, comparativement à celles du groupe contrôle. Cependant, il n'y avait pas de différence significative pour la perte de poids entre les groupes, sauf

après réanalyse des données pour retirer les femmes du groupe d'intervention qui n'avaient pas mis en pratique les stratégies apprises.

Outre la perte de poids, l'ACT peut cibler la qualité de vie des personnes en excès de poids. Dans cette optique, Lillis, Hayes, Bunting et Masuda (2009) ont offert une intervention d'une journée (six heures) à des adultes en excès de poids ayant préalablement complété un programme de perte de poids d'au moins six mois. À la relance de 3 mois, comparativement au groupe contrôle, les individus du groupe d'intervention ont montré des changements bénéfiques significatifs par rapport à la qualité de vie, aux perceptions négatives face à leur poids, à la détresse psychologique et à la perte de poids, laquelle n'était pas ciblée directement dans l'intervention. D'ailleurs, les résultats suggèrent que l'ACT a eu un effet positif sur la qualité de vie, les perceptions négatives et la détresse psychologique peu importe s'il y a eu perte de poids ou non. L'étude de Lillis et ses collaborateurs comporte les mêmes limites que les études précédentes, à savoir une petite taille et une spécificité de l'échantillon (c.-à-d., hommes sous-représentés, participants ayant complété un traitement de perte de poids et détenant donc déjà des connaissances sur la gestion des comportements).

Dans le même ordre d'idées, Weineland, Arvidsson, Kakoulidis et Dahl (2012) ont évalué l'effet de l'ACT chez les adultes ayant subi une chirurgie bariatrique. Comparativement à l'intervention habituellement offerte après cette opération, les résultats suggèrent que l'ACT aurait entraîné des bénéfices significatifs concernant les

comportements alimentaires, l'insatisfaction corporelle, la qualité de vie ainsi que l'acceptation de pensées et émotions reliées au poids auparavant évitées. Dans cette étude, l'ACT était délivrée principalement par internet et par téléphone, durant six semaines. Toujours parmi les limites, on retrouve : petite taille d'échantillon, relance à court terme.

Il est à noter que les résultats d'autres études suggèrent l'efficacité de l'ACT pour la modification des habitudes de vie sans égard au poids des individus (Butryn, Forman, Hoffman, Shaw, & Juarascio, 2011; Goodwin, Forman, Herbert, Butryn, & Ledley, 2012). En outre, plusieurs recherches se sont intéressées à certaines composantes de l'ACT de manière isolée, comme la pleine conscience (Engstrom, 2007; Higgs & Donohoe, 2011; Singh N. N. et al., 2008; Sperry et al., 2014), et ont démontré des effets bénéfiques en lien avec l'excès de poids ou les comportements le favorisant. En guise d'exemple, les résultats tendent à démontrer que les interventions basées sur l'acceptation, principalement la défusion, sont efficaces pour diminuer les compulsions alimentaires (*cravings* en anglais) et la consommation à court terme reliée à celles-ci, surtout chez les participants présentant une détresse cognitive, une sensibilité à l'environnement alimentaire ou une tendance à l'évitement expérientiel (Alberts, Mulkens, Smeets, & Thewissen, 2010; Alberts, Thewissen, & Raes, 2012; Forman, Hoffman, Juarascio, Butryn, & Herbert, 2013; Forman et al., 2007; Hooper, Sandoz, Ashton, Clarke, & McHugh, 2012; Jenkins & Tapper, 2014; Lacaille et al., 2014; Moffitt, Brinkworth, Noakes, & Mohr, 2012). Ces études partagent des limites

méthodologiques déjà mentionnées précédemment, notamment : petit échantillon, courte séance d'intervention, relance à court terme.

Maintenant que la thérapie des schémas et l'ACT ont été décrites de manière théorique et empirique, il est d'intérêt de les mettre en lien avec les informations contenues dans la section précédente concernant les deux paradigmes en matière de gestion du poids (perte de poids ou acceptation de soi), ce à quoi s'attarde la prochaine sous-section.

Bilan comparatif entre les interventions traditionnelles et celles découlant des approches intégratives

La recension des écrits portant sur la thérapie des schémas et sur l'ACT a démontré que les concepts et les stratégies de ces deux modèles psychothérapeutiques peuvent être appliqués pour favoriser à la fois les objectifs du paradigme traditionnel visant la perte de poids et ceux du nouveau paradigme ciblant l'acceptation de soi. Or, le plan d'intervention proposé dans l'essai établit un jumelage entre la thérapie des schémas et l'ACT pour les adolescents en excès de poids *selon le nouveau paradigme*. À des fins de clarification, le Tableau 1 présente une comparaison entre les composantes du traitement traditionnel de l'excès de poids et celles du plan d'intervention proposé ici.

Tableau 1

Comparaison entre le traitement traditionnel et le plan d'intervention jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour les adolescents présentant un excès de poids

	Traitements comportementaux traditionnels	Plan d'intervention jumelant la thérapie des schémas et l'ACT
Paradigme associé	Paradigme traditionnel	Nouveau paradigme
Vague de TCC	<i>Deuxième vague</i> : autogestion des comportements en <i>modifiant</i> les pensées et les émotions dysfonctionnelles.	<i>Troisième vague</i> : autogestion des comportements en les connectant aux enjeux d'origine, en les réorientant vers les valeurs et en <i>acceptant</i> les pensées et les émotions qui y sont liées.
Responsabilisation du client	Contrôle <i>externe</i> : les changements de comportements requis sont <i>déterminés par les professionnels</i> de la santé.	Contrôle <i>interne</i> : les changements de comportements souhaités sont <i>définis par le client</i> .
Objectif principal et sous-objectifs	Perte de poids : a) restriction alimentaire b) augmentation du niveau d'activité physique et diminution des comportements sédentaires	Santé globale : a) équilibre alimentaire basé sur la réappropriation des signaux internes (p. ex., éviter les interdits) b) engagement dans l'activité physique c) acceptation de soi d) saine gestion des relations interpersonnelles Ici, la <i>perte de poids</i> est une résultante <i>indirecte</i> . Elle représente un bénéfice secondaire de la modification des habitudes de vie.

Tableau 1

Comparaison entre le traitement traditionnel et le plan d'intervention jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour les adolescents présentant un excès de poids (suite)

	Traitements comportementaux traditionnels	Plan d'intervention jumelant la thérapie des schémas et l'ACT
Compréhension psychologique	Identifier et modifier les <i>pensées</i> et les <i>émotions</i> qui prédisposent, déclenchent et maintiennent les habitudes de vie reliées à l'excès de poids.	Identifier les éléments de la <i>personnalité</i> (p. ex., schémas précoces inadaptés) impliqués dans la problématique de l'excès de poids. Déterminer les <i>fonctions</i> de l'excès de poids et des habitudes de vie associées, notamment en ce qui a trait aux trois stratégies d'adaptation aux schémas : soumission, évitement, compensation.
Stratégies d'intervention utilisées	Cognitives (p. ex., <i>restructuration cognitive</i> et distraction) Comportementales (p. ex., exposition, contrôle des stimuli, système de récompenses)	Cognitives (p. ex., pleine conscience, <i>acceptation</i> et défusion) Comportementales (p. ex., exposition, contrôle des stimuli, système de récompenses) <i>Émotionnelles et expérientielles</i> (p. ex., imagerie)

Tableau 1

Comparaison entre le traitement traditionnel et le plan d'intervention jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour les adolescents présentant un excès de poids (suite)

	Traitements comportementaux traditionnels	Plan d'intervention jumelant la thérapie des schémas et l'ACT
Indicateurs d'efficacité thérapeutique	Mesures objectives (p. ex., IMC, pression sanguine, bilan lipidique, niveau d'activité physique, diminution des calories consommées)	Mesures objectives (p. ex., IMC, pression sanguine, bilan lipidique, niveau d'activité physique, valeur nutritive des aliments consommés) <i>Mesures subjectives</i> (p. ex., préoccupation par rapport au poids et à la nourriture, acceptation de soi et de son apparence physique, estime de soi, qualité de vie, capacité de défusion)

En résumé, la thérapie des schémas et l'ACT représentent deux approches intégratives qui découlent principalement des thérapies cognitives et comportementales. Elles s'inscrivent d'ailleurs toutes deux dans la troisième vague de ce courant, bien que la thérapie des schémas utilise des techniques cognitives de deuxième vague. Les deux thérapies visent principalement à interrompre les réactions automatiques non réfléchies présentées par les clients. Bien qu'elles partagent le concept d'évitement expérientiel, seule la thérapie des schémas permet une analyse plus approfondie de l'objet de cet évitement (p. ex., profils de personnalité distincts). Si la littérature portant sur la thérapie des schémas en lien avec l'excès de poids contient essentiellement des études cherchant

à distinguer des profils psychologiques entre les individus, la littérature portant sur l'ACT en lien avec cette condition physique se penche davantage sur les questions d'efficacité thérapeutique. Or, comme plusieurs études suggèrent des changements bénéfiques significatifs à la suite de l'ACT pour l'excès de poids, l'orientation du plan d'intervention proposé dans l'essai découle d'abord du protocole complet de cette thérapie qui préconise dans son cadre théorique l'acceptation expérientielle des événements internes, lesquels découleront, dans ce cas-ci, surtout des schémas précoces inadaptes. En ce sens, l'ACT propose des stratégies de régulation émotionnelle lorsque les schémas sont réactivés (Cousineau, 2012). Bref, le plan d'intervention proposé applique pour les adolescents en excès de poids des concepts initialement développés pour d'autres problématiques chez les adultes, notamment les troubles de la personnalité.

Plan d'intervention individuelle jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour l'excès de poids selon le nouveau paradigme

En regard à la recension des écrits théoriques et empiriques présentée à la section précédente, un plan d'intervention jumelant la thérapie des schémas et l'ACT a été élaboré (Appendice A) afin de rassembler, organiser et bonifier les informations disponibles dans la littérature quant à l'utilisation de ces deux thérapies pour la problématique de l'excès de poids chez les adolescents. Or, il importe de souligner qu'il s'agit de la proposition d'un plan d'intervention qui n'a pas encore fait l'objet d'une expérimentation et demande donc une validation empirique. Ce dernier s'inscrit dans une optique d'acceptation de soi et de promotion de la santé globale (nouveau paradigme). Il prend aussi appui sur certaines composantes des traitements traditionnels

qui ont démontré leur efficacité à court terme (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). Dumet et ses collaborateurs (1999) soulignent d'ailleurs l'importance de considérer simultanément l'aménagement de la réalité interne (p. ex., stratégies de régulation émotionnelle) et celui de la réalité externe (p. ex., disponibilité des aliments) de l'adolescent en excès de poids dans l'intervention.

Par ailleurs, le plan a été conçu en vue d'une utilisation individuelle, étant donné l'importance accordée à l'alliance thérapeutique et aux variables de la personnalité. En effet, un contact individuel favorise davantage l'approfondissement des enjeux psychologiques de chaque adolescent, en plus de les discerner à même la thérapie. Le lien émotionnel sécurisant (c.-à-d., d'acceptation, de validation, de soutien et de contenance), créé entre le clinicien et l'adolescent, peut également s'avérer bénéfique en égard à certaines blessures qui teintent la dynamique psychologique. En outre, une intervention individuelle permet de rejoindre plusieurs psychologues, notamment issus de différents milieux de pratique. Elle offre une plus grande flexibilité (p. ex., ordre du contenu présenté), tout en étant davantage facile d'accès (p. ex., horaire, gêne de l'individu face à un groupe). Toutefois, une intervention de groupe pourrait également comporter ses bénéfices, tel qu'un effet thérapeutique en raison du soutien des pairs, du sentiment d'appartenance, de l'apprentissage vicariant et de l'exposition à certaines craintes. De même, il serait possible d'observer la dynamique de l'adolescent en dehors d'une dyade (Farrell, Shaw, & Webber, 2009).

Cette section présente d'abord les considérations développementales en vue d'un processus thérapeutique auprès de la clientèle adolescente. Subséquemment, les grands thèmes abordés dans le plan d'intervention sont approfondis, puis résumés à l'aide d'un exemple de cas fictif. Les troisième et quatrième sous-sections sont consacrées respectivement à l'analyse critique du plan d'intervention proposé (forces et limites) ainsi qu'à la suggestion de pistes pour la recherche future.

Adaptations conseillées pour les adolescents

Tel que mentionné précédemment, le plan d'intervention s'adresse à une clientèle adolescente, alors que les principaux concepts sur lesquels il s'appuie ont été initialement développés pour les adultes. Sur le plan clinique, différents écrits permettent de dégager quelques grands constats quant aux adaptations à faire pour utiliser la thérapie des schémas et l'ACT auprès des adolescents (Geerdink, Jongman, & Scholing, 2012; Greco, Barnett, Blomquist, & Gevers, 2008; Greco, Blackledge, Coyne, & Ehrenreich, 2005; Holmbeck, Devine, Wasserman, Schellinger, & Tuminello, 2012; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Murrell, Coyne, & Wilson, 2004; Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008; Twohig, Field, Armstrong, & Dahl, 2010; Wagner, Rathus, & Miller, 2006; Wilfley et al., 2012). Ces considérations développementales se rapportent aux changements importants survenant à l'adolescence, lesquels sont physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux.

L'adolescence est une période propice aux changements corporels faisant fluctuer la courbe de croissance. En ce sens, il est normal que l'adolescent soit davantage préoccupé par son corps et qu'il perçoive ces changements comme potentiellement déstabilisants. L'insatisfaction corporelle peut ainsi commencer ou s'intensifier à l'adolescence, en plus d'être davantage associée à la perception de sa valeur globale durant cette période (Greco et al., 2008). Autrement dit, comme le corps peut présenter des proportions moins harmonieuses à cette étape développementale, il importe de ne pas confondre les émotions liées au processus d'adaptation à ces changements corporels (p. ex., hypervigilance ponctuelle) et des difficultés d'ordre psychologique demandant le concours d'une thérapie (p. ex., détresse significative, dysmorphophobie). En outre, l'approche psychodynamique souligne que les enjeux développementaux de l'adolescence, comme l'émergence des caractéristiques corporelles sexuées ou la prise de distance avec les figures parentales, sont susceptibles d'engendrer ou d'aggraver un excès de poids par la réactivation de conflits psychologiques (Gueniche et al., 2008). Ainsi, à la puberté, l'excès de poids pourrait avoir comme fonction de contrer les différentes angoisses induites par un corps plus différencié sexuellement.

À l'instar des changements physiques, les capacités cognitives s'accroissent tout au long de l'adolescence. Ainsi, lorsqu'une intervention doit être entamée auprès d'un adolescent, une première recommandation est d'évaluer son niveau de développement cognitif. De fait, ce dernier pourrait bénéficier d'un traitement qui cible autant son comportement problématique que son développement cognitif, surtout si ses symptômes

sont en partie liés à des déficits sur ce plan. En se référant à la théorie de Piaget, vers l'âge de 11 ou 12 ans, les adolescents entrent dans le stade des opérations formelles dans lequel émergent les habiletés d'abstraction (p. ex., compréhension des métaphores), de raisonnement hypothétique (p. ex., penser en termes de conséquences à court et à long terme) et de régulation cognitive (p. ex., métacognition, efforts continus vers un but), ainsi que la capacité plus approfondie de considérer les perspectives des autres. Ensemble, ces habiletés permettent l'autoréflexion et l'autocorrection. Si un adolescent n'a pas encore pleinement acquis de telles habiletés, certaines techniques plus concrètes peuvent être utilisées, comme les histoires et les jeux de rôles (Holmbeck et al., 2012). De même, une modification ou une simplification de certains termes peut rendre le contenu plus concret et accessible. Bien que les techniques utilisées dans la thérapie des schémas et dans l'ACT (p. ex., métaphores, stratégies expérientielles) semblent appropriées aux habiletés cognitives des adolescents, une confirmation empirique à ce sujet demeure nécessaire.

Toujours au plan cognitif, certains schèmes de pensée typiques sont présents à l'adolescence et peuvent engendrer des comportements inadaptés. À titre d'exemple, la fabulation personnelle rend plus vulnérable au regard des autres. Un adolescent en excès de poids pourrait donc ne pas vouloir faire de l'activité physique devant ses pairs par crainte que tous ceux présents dans la même pièce que lui remarquent sa faible performance. De même, le sentiment d'invincibilité et la « pensée magique » peuvent amener un jeune à ne pas ressentir l'importance de modifier ses comportements actuels (p. ex., malbouffé, sédentarité) puisque les conséquences éventuelles sont perçues

comme improbables (p. ex., maladie cardiovasculaire). D'ailleurs, la notion du temps diffère selon l'âge : chez les adolescents, la vie est encore perçue comme étant sans fin.

À défaut de pouvoir facilement susciter l'intérêt d'un adolescent envers une intervention visant la modification des habitudes de vie par la prise de conscience des conséquences à long terme de ses comportements actuels, il importe de trouver d'autres méthodes plus appropriées de le motiver. De la même façon, si la demande de consultation provient de ses parents, la participation de l'adolescent peut être involontaire et il est essentiel que la motivation extrinsèque devienne intrinsèque, c'est-à-dire que l'adolescent identifie des objectifs personnels qui peuvent notamment reposer sur l'atteinte de certaines valeurs. Considérant les habiletés cognitives grandissantes des adolescents, l'utilisation de cette notion peut être adaptée. Toutefois, il faut mentionner qu'un adolescent détient encore un contrôle partiel sur certains aspects de sa vie, ce qui signifie que ses parents peuvent parfois lui interdire certaines activités qui lui auraient permis d'agir selon ses valeurs : les autres moyens d'atteindre ces dernières devront alors être investigués. De plus, comme une psychothérapie peut entraîner l'émergence de sentiments plus difficiles à court et moyen terme, une hésitation à poursuivre la démarche peut survenir chez l'adolescent : une bonne alliance thérapeutique, basée sur la clarification des valeurs et des objectifs personnels dès le début de la thérapie, s'avère donc importante (Greco et al., 2008). Dans le même ordre d'idées, pour maintenir l'intérêt des adolescents, il est important d'utiliser une grande variété d'activités, lesquelles peuvent être interactives et multisensorielles (p. ex., bouger, goûter). Aussi,

les métaphores, les histoires et les exemples peuvent être inspirés de leur vécu. Par ailleurs, il serait pertinent que les exercices à effectuer en dehors des rencontres ne soient pas perçus comme des devoirs qui peuvent être échoués.

Sur le plan psychologique, considérant les tâches psychoaffectives de l'adolescence, il n'est pas étonnant de constater d'importantes fluctuations comportementales et émotionnelles qui traduisent un parcours normotypique. Ainsi, le clinicien ne devrait pas confondre les schémas précoces inadaptés et les réactions normales liées aux enjeux de l'adolescence. Par exemple, il importe de bien cerner si des tentatives d'indépendance s'inscrivent dans la tâche développementale liée à l'autonomie et à l'identité ou si elles représentent une compensation pour le schéma *dépendance/incompétence*. De plus, il faut noter qu'il est trop tôt à l'adolescence pour se prononcer sur les caractéristiques de personnalité d'un individu. La thérapie des schémas ayant été développée pour l'étude des troubles de la personnalité chez les adultes, une transposition trop rigide des notions chez les adolescents présente le risque de pathologiser un comportement sain. Par exemple, le schéma *recherche d'approbation et de reconnaissance* peut s'avérer plus problématique chez l'adulte que chez l'adolescent, ce dernier se trouvant à une étape de maturation où le regard externe et le sentiment d'appartenance favorisent l'établissement de l'identité. Par ailleurs, en référence à l'ACT, il est possible que certains domaines de vie et valeurs associées soient davantage investis que d'autres à l'adolescence, comme les pairs et le sentiment d'appartenance dont il vient d'être question.

Certains éléments du contexte social et environnemental sont également à prendre en compte lors d'une intervention auprès d'un adolescent. Il apparaît d'abord que le clinicien soit vigilant quant au possible conflit de loyauté pouvant survenir quand l'adolescent est amené à exprimer des sentiments difficiles à propos de ses parents avec lesquels il partage encore une grande proximité physique et psychologique. Il doit aussi veiller à ne pas créer de situations difficiles que l'adolescent ne saura gérer puisqu'il habite toujours au domicile familial : par exemple, préconiser l'affirmation dans une situation qui peut avoir des conséquences importantes. D'ailleurs, comme les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles se sont construites au contact du milieu d'origine, celles-ci peuvent encore détenir une fonction protectrice pour l'adolescent qui demeure chez ses parents (Waller et al., 2007) : cela implique, d'une part, que le clinicien doit faire attention avant de tenter de les remplacer et, d'autre part, que l'adolescent peut avoir plus de difficulté à saisir en quoi elles sont inefficaces et doivent être modifiées. L'excès de poids en lui-même peut détenir une fonction protectrice dans un système familial insécurisant, ce qui rend la perte de poids difficile à atteindre tant qu'il n'y a pas séparation de ce milieu.

Un traitement qui s'inscrit dans une perspective développementale requiert parfois l'implication des parents. Chez les adolescents, cette participation est évaluée en fonction du stade de développement du jeune (p. ex., besoin d'autonomie), des caractéristiques des parents (p. ex., présence de psychopathologie), de la dynamique parents-adolescent (p. ex., conflits, capacité de soutien des parents) et de la sévérité du

motif de consultation. Ainsi, le clinicien peut discuter avec l'adolescent de la nature souhaitée de l'implication de ses parents dans la thérapie, lesquels pourront être rencontrés seuls ou en présence de leur enfant. S'il y a rencontre avec les parents, celle-ci est préparée au préalable avec l'adolescent. Il s'agira souvent d'une rencontre de sensibilisation.

L'implication des parents peut s'avérer bénéfique à plusieurs égards. D'abord, ils peuvent soutenir et encourager le processus thérapeutique de leur enfant. Il est parfois préférable qu'ils le fassent en gardant une certaine distance, de manière à ne pas nuire à l'autonomie de l'adolescent qui est davantage capable qu'un enfant plus jeune de structurer ses tâches et d'assumer la responsabilité de sa thérapie. Ensuite, dans le cadre des changements d'habitudes de vie poursuivis, les parents peuvent offrir un environnement qui favorise davantage une saine alimentation et l'activité physique, ainsi que se montrer flexibles quant à leur horaire (p. ex., de repas). De façon similaire, il est important de considérer que l'environnement scolaire structuré peut rendre difficile l'application de certaines stratégies thérapeutiques, notamment répondre aux signaux de faim et satiété au moment où ils se présentent.

Les caractéristiques développementales précédemment nommées fournissent des éléments à considérer pour offrir une intervention adaptée à la clientèle adolescente. Le plan d'intervention qui suit prend appui de manière implicite ou explicite sur ces

considérations développementales. En se focalisant sur les éléments de personnalité, il permet d'autant plus d'offrir une intervention individualisée.

Contenu détaillé des interventions suggérées

Cette sous-section présente le contenu détaillé du plan d'intervention individuelle proposé jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour les adolescents en excès de poids (voir Appendice A). Celui-ci doit contenir au moins vingt-six heures de contact direct auprès de l'adolescent qui consulte et se dérouler sur au moins six mois, tel que recommandé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012). Pour les cliniciens dont le style est moins directif, le plan d'intervention peut tout de même être utile dans la mesure où il représente un canevas regroupant les divers objectifs et les différentes stratégies pouvant être utilisées selon les thèmes abordés spontanément par le client. En plus de présenter les composantes de la thérapie des schémas et de l'ACT appliquées conjointement à différentes dimensions associées à l'excès de poids, le plan d'intervention contient des éléments tirés des traitements cognitivo-comportementaux traditionnels, sans toutefois inclure leurs stratégies cognitives (p. ex., restructuration cognitive) qui sont opposées à celles de l'ACT quant à leur objectif¹ (Forman et al., 2009; Niemeier et al., 2012). Par exemple, plutôt que de débattre de l'exactitude d'une pensée et de la remplacer en utilisant la restructuration cognitive (p. ex., « je n'ai pas réellement besoin de manger du chocolat, je peux manger

¹ Il en est de même pour la thérapie des schémas, dont les stratégies cognitives de deuxième vague en TCC (p. ex., tester la validité des schémas) ne pourront être utilisées que plus tard dans le suivi, quand l'adolescent aura acquis la capacité de tolérer la présence de ses événements internes.

un aliment plus sain »), les techniques de défusion impliquent seulement l'observation de cette pensée (p. ex., « j'ai la pensée que j'ai besoin de manger du chocolat »). Par ailleurs, le plan d'intervention reconnaît les limites du champ d'expertise du psychologue. Il ne contient donc pas d'éléments concernant des recommandations spécifiques liées à l'alimentation ou à l'activité physique. Un travail interdisciplinaire s'avère alors idéal (p. ex., médecins, nutritionnistes, kinésologues), sans toutefois oublier que les objectifs liés à la modification des comportements sont fixés par l'adolescent. Mentionnons aussi qu'il existe deux ouvrages de vulgarisation adressés aux clients, un portant sur l'ACT (Harris, 2009) et l'autre sur la thérapie des schémas (Young & Klosko, 2003), auxquels peut se référer l'adolescent tout au long de sa démarche psychothérapeutique, notamment sur la recommandation du psychologue. Le plan d'intervention est divisé en trois phases : l'évaluation initiale, l'intervention comprenant huit étapes et le maintien.

Phase d'évaluation initiale. L'évaluation initiale représente l'occasion d'acquérir des renseignements sur le vécu personnel de l'adolescent, tout en le situant dans différents systèmes (Bronfenbrenner, 2005). Des informations provenant de plusieurs sources (p. ex., parents, professeurs) peuvent être utiles afin d'établir un profil complet de son fonctionnement dans différents milieux. Comme l'intervention doit être la plus individualisée possible, elle doit se baser sur une évaluation de l'adolescent qui consulte : l'anamnèse est d'abord effectuée, puis le questionnaire des schémas est complété (celui-ci est disponible dans le livre de Young et al., 2005). Ces outils sont

utilisés dans le but de formuler une conceptualisation de cas, qui se bonifiera dans les séances ultérieures, et d'établir des hypothèses sur les facteurs pouvant être impliqués dans les problématiques soulevés par l'adolescent.

Dans une optique d'évaluation continue, il est possible d'utiliser des mesures objectives (p. ex., IMC, pression sanguine, bilan lipidique, niveau d'activité physique, valeur nutritive des aliments consommés), lesquelles seront principalement fournies par le corps médical, et subjectives (p. ex., préoccupation par rapport au poids et à la nourriture, acceptation de soi et de son apparence physique, estime de soi, qualité de vie, capacité de défusion). Certains questionnaires pour évaluer les composantes de l'ACT sont disponibles dans le livre de Monestès et Villatte (2011). À noter que les schémas précoces inadaptés ne font pas partie des indicateurs d'efficacité thérapeutique, car l'objectif principal n'est pas de les modifier, mais bien d'en prendre conscience, de les tolérer et de ne plus y réagir de façon automatique. Ils sont toutefois évalués pour comprendre en quoi ils peuvent être impliqués dans l'excès de poids et pour anticiper la façon dont ils peuvent influencer le processus thérapeutique, notamment les résultats (Haaland et al., 2011; Leung, Waller, & Thomas, 2000).

Avant même le début de la phase active de l'intervention, il est important de clarifier les objectifs de l'adolescent en thérapie, lesquels peuvent différer de ceux de ses parents ou du référent. Cela favorisera l'établissement de l'alliance thérapeutique qui est indispensable dans le succès de la thérapie (Shirk, Karver, & Brown, 2011). Parmi les

facteurs pouvant influencer l'alliance thérapeutique, on retrouve également les schémas précoces inadaptés. Par exemple, une des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles d'un adolescent présentant le schéma *abandon/instabilité* est d'éviter les relations intimes par crainte d'être abandonné, ce qui peut l'amener à avoir de la difficulté à s'investir auprès de son psychologue (Haaland et al., 2011). Quant à elle, la capacité de pleine conscience, développée dans l'ACT, pourrait aider à la réparation d'alliance si elle permet au client ou au psychologue de repérer la rupture au moment même où elle se produit en cours de thérapie.

Si les objectifs de l'adolescent convergent vers la modification de ses habitudes de vie et sont ainsi cohérents avec le plan d'intervention proposé dans l'essai, le clinicien pourrait demander à l'adolescent comme premier exercice d'établir une liste des dix raisons l'amenant à vouloir changer ses habitudes alimentaires et d'activité physique, voire à perdre du poids (voir « Dix raisons motivant le changement » à l'Appendice B). En plus de permettre au clinicien d'identifier les différentes sources de motivation qui peuvent être plus ou moins efficaces, cet exercice peut être refait en fin de suivi pour amener l'adolescent à constater la différence dans ses réponses, lesquelles devraient être davantage en lien avec ses valeurs dans ce deuxième temps.

À la fin de l'évaluation initiale, le clinicien présente à l'adolescent la conceptualisation de ses difficultés ainsi que le rationnel derrière le plan d'intervention qui lui sera proposé, notamment la vision partagée de la thérapie des schémas et de

l'ACT quant au rôle de l'évitement expérientiel dans ses difficultés. D'ailleurs, le clinicien préviendra l'adolescent que le processus thérapeutique peut l'amener à ressentir davantage d'émotions négatives à court terme et donc, une envie encore plus prononcée d'utiliser ses stratégies de régulation émotionnelle inadaptées : par exemple, abandonner certains comportements d'évitement et s'engager dans des comportements orientés vers les valeurs peut augmenter l'inconfort au début de ce processus. Parallèlement, les aspects environnementaux et génétiques de l'excès de poids étant hors du contrôle de l'adolescent pourraient être abordés. De fait, comme l'accent est porté sur la fonction du poids dans le plan d'intervention, l'adolescent pourrait croire qu'il a un contrôle sur son poids allant au-delà de ce que lui permettent ses gènes ou son environnement, voire qu'il est le seul responsable de son poids. Dans le même ordre d'idées, la normalité de la prise de poids à l'adolescence pourrait être soulevée. La structure de la phase active de l'intervention, dont la description s'ensuit, peut également être mentionnée d'avance à l'adolescent.

Phase active de l'intervention. La phase active de l'intervention comprend huit étapes principales. Celles-ci correspondent à la présentation générale des composantes de la thérapie des schémas et de l'ACT (appliquées plus tard de façon successive à l'alimentation, à l'activité physique, à l'estime de soi et aux relations interpersonnelles), à l'établissement d'un plan d'action pour l'atteinte des objectifs de santé, à la thérapie des schémas à proprement parler et à la prévention de la rechute. Il est à noter que les divers éléments du plan d'intervention peuvent être interreliés et qu'il peut être parfois

préférable de les aborder en parallèle plutôt que de façon cloisonnée. Par exemple, le travail sur l'image corporelle peut être entamé plus tôt en raison de la difficulté à s'engager dans un sport : entre autres, des techniques d'exposition, comme se regarder en costume de bain dans un miroir, peuvent être utilisées en faveur de son objectif de s'inscrire à un cours d'aquaforme. Il importe aussi de souligner que le travail en profondeur des schémas précoces inadaptés, c'est-à-dire le travail de guérison, a été volontairement planifié à la fin de la phase active. En effet, à ce stade, le clinicien sera davantage en mesure de juger s'il est adéquat pour l'adolescent d'entamer un tel travail en tenant compte, notamment, de la possibilité d'un suivi à long terme, de la capacité de mentalisation, du risque de complications avec les parents et de l'intérêt de l'adolescent envers ce genre d'approche. Il y a là une différence importante à faire, par exemple, entre étiqueter des pensées comme appartenant à un schéma particulier et prendre conscience de l'origine de ce même schéma tout en la revivant en imagerie. D'ailleurs, certains auteurs suggèrent de réserver la thérapie des schémas aux adolescents pour qui les autres approches ont été inefficaces et qui présentent une forte propension à l'impulsivité et aux difficultés de régulation émotionnelle (Geerdink et al., 2012). Le contenu des huit étapes de la phase active de l'intervention est détaillé dans les prochains paragraphes.

La *première étape* de la phase active, soit « Introduction aux modèles » (séances 1 à 3), fait suite à la présentation qui a été effectuée à l'adolescent concernant la compréhension de ses difficultés et aborde les principales notions de la thérapie des

schémas et de l'ACT appliquées de façon générale. L'objectif de cette étape est l'apprentissage de stratégies favorisant la pleine conscience et la tolérance des événements internes, dont les schémas précoces inadaptés, et ce, afin de rompre le lien automatique entre ceux-ci et les comportements. Autrement dit, ces apprentissages doivent favoriser la capacité de l'adolescent à contenir ses expériences affectives et à les traiter cognitivement (c.-à-d., y donner un sens), notamment pour retenir ses agirs.

Dans la documentation, il existe différentes métaphores ou expériences pouvant être utilisées en séance pour une meilleure compréhension des notions. Quelques-unes ont été retenues dans le plan d'intervention proposé (voir Appendice B). D'abord, « Tatie Danielle » et « Écriture à l'aveugle » permettent d'expliquer l'inefficacité des stratégies habituelles de contrôle. Quant à elle, la métaphore « Les passagers du bus » démontre l'importance de prendre contact avec les événements internes et de les tolérer pour être en mesure de s'en détacher, notamment dans le but de s'engager dans des actions orientées vers les valeurs.

De la même façon, plusieurs stratégies peuvent être utilisées au quotidien par l'adolescent qui consulte. Le plan d'intervention comprend les suivantes (voir Appendice B) : « Compter sa respiration » pour s'ancrer dans le moment présent lorsque les émotions sont envahissantes, « Le balayage corporel » pour une pleine conscience de ses sensations corporelles et de ses émotions, « Surfer sur ses impulsions » pour

observer l'augmentation puis la diminution (similaire à une vague) de ses impulsions, ainsi que « J'ai la pensée que... » pour défusionner avec ses événements internes.

En outre, une « chaîne d'analyse » (voir Appendice B) peut être complétée par l'adolescent à chaque semaine du plan d'intervention afin qu'il se familiarise avec l'identification de ses événements internes et constate leur lien avec ses stratégies de régulation émotionnelle inadaptées (Safer, Telch, & Chen, 2009). L'objectif de la chaîne d'analyse est de favoriser la prise de conscience des différents facteurs impliqués dans l'apparition des comportements s'éloignant des objectifs thérapeutiques dans différentes sphères : alimentation, activité physique, estime de soi et relations interpersonnelles. Avec la pratique, l'adolescent sera à même d'intervenir dans le moment présent pour briser la séquence des événements menant ultimement aux comportements indésirés. L'utilisation répétée de la chaîne d'analyse permet aussi de remarquer la récurrence de certains éléments (p. ex., un schéma précoce inadapté qui serait activé dans différentes situations). Qui plus est, la chaîne d'analyse constitue une bonne façon d'introduire la notion de perception : face à une situation, un individu ressent des émotions particulières en raison de son interprétation, laquelle est souvent liée à ses schémas précoces inadaptés. Bien que la chaîne d'analyse puisse permettre de constater une diminution des stratégies inadaptées surinvesties, il faut porter attention aux nouveaux comportements d'évitement expérientiel pouvant être utilisés par l'adolescent, probablement inconsciemment, durant l'intervention (p. ex., étudier avec excès pour éviter d'entrer en contact avec l'anxiété liée à sa victimisation à l'école).

Bref, la première étape du plan d'intervention favorise principalement le développement de capacités permettant la pleine conscience et la tolérance des événements internes. La seconde étape permet ensuite de clarifier à quel profit seront utilisées ces habiletés, c'est-à-dire les objectifs personnels basés sur les valeurs.

La *deuxième étape* de la phase active, soit « Élaboration d'un plan d'action » (séances 4 à 6), consiste à préciser les objectifs de l'adolescent en ce qui a trait aux nouveaux comportements à adopter. Avant d'élaborer des buts précis, il est essentiel d'identifier à quoi ils se rapportent. Ainsi, la clarification des valeurs consiste à identifier l'importance accordée aux différentes sphères de sa vie (p. ex., santé, famille, amitié, amour, éducation, carrière, loisirs, spiritualité, implication sociale) ainsi que d'y associer des façons d'être auxquelles on tend (p. ex., disponibilité pour ses proches). L'idée est de constater dans quelle mesure le comportement actuel reflète cet idéal. Autrement dit, une valeur est une direction qui ne peut jamais être totalement atteinte étant donné que l'on peut toujours y faire un pas de plus : quant au but, il représente une destination spécifique vers cette direction. Appliquée au changement d'habitudes de vie, la notion des valeurs est importante à différents égards.

En premier lieu, la clarification des valeurs permet à l'adolescent de donner un sens aux changements de comportement de santé ciblés dans le plan d'intervention en les connectant à des domaines importants de sa vie. Évidemment, l'adolescent peut valoriser la santé, mais ses nouveaux comportements peuvent également permettre d'atteindre des

valeurs liées à d'autres sphères de sa vie. Par exemple, faire de l'activité physique amène à côtoyer plus souvent certains membres de sa famille ou de ses amis (valeur liée à la disponibilité envers autrui).

À l'inverse, les comportements actuels (p. ex., suralimentation, sédentarité) peuvent nuire à l'atteinte de certaines valeurs. Par exemple, un adolescent qui s'isole pour manger en cachette pourrait associer la détérioration de sa relation avec ses parents à son comportement. De la même façon, un adolescent qui évite de sortir avec ses amis à la plage en raison de son image corporelle se prive d'une activité de détente. Il s'agit alors d'évaluer le coût des comportements, c'est-à-dire de déterminer quels autres domaines de la vie sont négligés en raison de ces derniers.

Par ailleurs, quand les valeurs qui sous-tendent un objectif de santé à long terme sont liées à un autre domaine que la santé en elle-même, il peut être intéressant d'aider l'adolescent à se rapprocher de ces dernières valeurs dans l'ici et maintenant. Par exemple, un adolescent plutôt inhibé peut souhaiter perdre du poids pour se faire des amis. Il est toutefois possible d'atteindre cet objectif à court terme, sans perdre du poids. Une amélioration des habiletés sociales pourrait être plus appropriée.

Il est aussi important de se rappeler que la thérapie des schémas amène une perspective supplémentaire au travail sur les valeurs tel qu'effectué dans l'ACT. En effet, elle permet d'expliquer pourquoi une valeur est importante chez un individu. Par

exemple, une personne peut valoriser la santé et agir en ce sens principalement en raison de son schéma *peur du danger ou de la maladie*, ce qui représente une stratégie de compensation au schéma. Or, il faut demeurer vigilant : un comportement de santé peut aussi représenter une forme d'évitement expérientiel.

En somme, le travail de clarification des valeurs permet à l'adolescent de modifier certains comportements, liés ou non à son excès de poids, pour atteindre un équilibre plus satisfaisant entre les différents domaines de sa vie. Cet équilibre favorisera une amélioration de la qualité de vie en général, facteur de protection contre la détresse psychologique qui, elle, entraîne plutôt un relâchement dans les bonnes habitudes de vie, notamment en raison de l'évitement expérientiel. L'exploration de l'ensemble des sphères de vie permet d'éviter que celle de la santé (et donc, celle du poids) soit perçue comme la plus importante. Voici maintenant comment organiser un plan d'action concret basé sur les valeurs.

D'abord, les valeurs, qui représentent des façons d'être idéales et abstraites vers lesquelles on tend, sont transformées en buts précis et atteignables. Les objectifs doivent donc être spécifiques, mesurables, réalistes et progressifs. Dans un plan d'action efficace, il faut également tenter de prévoir les difficultés qui pourront nuire à l'atteinte des buts. Ces dernières peuvent venir de soi (p. ex., pensées, émotions), d'autrui (p. ex., ami pour qui le fait de bouger n'est pas important), de l'environnement (p. ex., pluie), des conditions de vie (p. ex., semaine d'examens) et d'autres objectifs (p. ex., cours de

chant qui enlève du temps pour le sport dans la semaine). En contrepartie, différentes stratégies peuvent favoriser la mise en place des changements de comportement, dont plusieurs proviennent des traitements traditionnels : contrôle des stimuli, système de récompenses, auto-enregistrement des activités. Quand l'adolescent rapporte de la difficulté dans la mise en place de ses nouveaux comportements, le contexte multifactoriel doit être exploré et c'est à ce moment que des techniques comme la résolution de problème et l'affirmation de soi peuvent être abordées. L'acceptation des événements internes engendrés par une rechute (p. ex., culpabilité) est aussi nommée. À noter que la notion de plaisir est importante dans l'adoption de nouveaux comportements, notamment pour atteindre une bonne qualité de motivation (Bégin et al., 2006). Une façon d'illustrer cette notion est proposée dans la métaphore « Extraterrestre et ski alpin » (Voir Appendice B).

À la fin de cette deuxième étape du plan d'intervention, il est possible d'ajouter une rencontre avec les parents afin de les tenir au courant des modifications de comportement souhaitées par leur enfant dans différentes sphères de sa vie. Lors de cette rencontre de sensibilisation, le rôle des parents pour faciliter ce processus, c'est-à-dire favoriser la généralisation des acquis à l'intérieur des relations familiales, est discuté et transposé en actions concrètes. Comme l'intervention du plan proposé est de nature individuelle¹, entre autres pour favoriser l'autonomie psychologique de l'adolescent

¹ Advenant une problématique significative dans la famille, une orientation vers une approche systémique pourrait être effectuée.

ainsi que travailler certains enjeux de sa personnalité, c'est uniquement à ce moment que les parents seront impliqués dans la thérapie.

La *troisième étape* de la phase active, soit « Application des modèles à l'alimentation » (séances 7 à 9) a comme objectif principal de favoriser une régulation de l'alimentation basée sur les besoins physiologiques. D'abord, l'adolescent apprend que l'envie de manger, peu importe son intensité, n'est pas nécessairement accompagnée de la sensation de faim et peut être engendrée par des stimuli internes (p. ex., émotions inconfortables) ou externes (p. ex., voir l'affiche d'un restaurant). Il s'avère alors utile de développer des stratégies afin que cette envie, lorsqu'elle n'est pas accompagnée de la sensation de faim, n'entraîne pas automatiquement la consommation. À cet effet, pour tolérer les événements internes rattachés à l'envie de manger, il est possible d'adapter les stratégies « Le balayage corporel », « Surfer sur ses impulsions » et « J'ai la pensée que... » : quant à lui, l'exercice « Carotte et chocolat » permet d'illustrer les concepts précédents en séance (Appendice B). Ainsi, consommer la nourriture désirée, sans ressentir la faim, pourrait représenter de l'évitement expérientiel. En conséquence, une résolution de problème peut être effectuée. Par exemple, si un adolescent mange pour demeurer éveillé, le vrai besoin est de se reposer ou de dormir. Encore, si un adolescent mange pour punir les autres, des habiletés de communication seraient à développer. De fait, être préoccupé par la nourriture peut représenter une façon d'éviter d'être en contact avec des problèmes dans d'autres sphères de vie.

Or, la pleine conscience n'a pas comme objectif de limiter la consommation de l'adolescent, mais de lui permettre de prendre une décision éclairée à cet effet. Il peut donc effectuer un choix conscient quant au fait de répondre ou de ne pas répondre à son envie de consommer en comprenant ce qui l'engendre, et, s'il y a lieu, quant à la quantité de nourriture à consommer (voir les « Trois questions pour un choix éclairé » à l'Appendice B). Cette façon de faire permet de maintenir une relation saine avec la nourriture et d'éviter un style cognitif dichotomique qui augmente l'attractivité des aliments interdits. Dans l'ACT, une rechute ne peut donc plus être conceptualisée comme étant seulement le recours à une ancienne habitude alimentaire, mais plutôt comme étant la façon automatique d'y recourir. Il faut également s'intéresser à la fonction du comportement. Il en sera de même pour les habitudes reliées à l'activité physique, abordées plus loin. Par contre, si l'adolescent fait toujours le choix conscient d'émettre l'ancien comportement inadapté, ce pattern devra être relevé et exploré.

En outre, dans cette étape, l'adolescent apprend à manger en pleine conscience, soit sans distraction (p. ex., penser aux tâches à faire après sa collation, être impliqué dans une conversation stressante). Il accorde toute son attention à l'acte de manger. À cet effet, il peut manger plus tranquillement pour se réapproprier ses signaux de satiété ainsi que faire appel à ses cinq sens pour profiter pleinement de l'expérience de manger (voir « Observer toutes les facettes d'un même objet » en Appendice B). En mangeant en pleine conscience, la satiété « psychologique » peut survenir plus aisément. De la même façon qu'il est possible de manger en pleine conscience, l'adolescent peut s'activer

physiquement en portant attention aux événements internes et externes, tel qu'indiqué dans la prochaine étape du plan d'intervention.

La *quatrième étape* de la phase active, soit « Application des modèles à l'activité physique » (séances 10 à 12), a comme objectif principal de favoriser l'engagement dans l'activité physique. La pleine conscience permet d'abord d'identifier le besoin du corps de bouger : entre autres, distinguer entre la fatigue physique et la fatigue psychologique. Les stratégies des traitements traditionnels, comme compléter une grille d'observation de son état physique et psychologique avant et après l'activité physique, peuvent être abordées dans cette étape. En effet, la pleine conscience permet de remarquer les changements physiques et psychologiques avant, pendant et après une activité physique.

Pendant l'activité physique, c'est-à-dire pendant l'effort, l'adolescent est encouragé à « ressentir » son corps en mouvement plutôt qu'à « penser » son corps en mouvement (Caldwell, Baime, & Wolever, 2012). Il s'agit de reconnaître que ses sensations physiques (p. ex., augmentation de son rythme cardiaque) peuvent différer de son histoire mentale à propos des mêmes sensations (p. ex., « je ne suis plus capable de courir »). L'activité physique entraîne de manière normale de l'inconfort et il est important d'apprendre à le tolérer. Par exemple, on peut apprendre à supporter l'urgence d'arrêter l'activité physique quand cela est approprié. En séance, pour illustrer ce propos, il est possible d'utiliser l'exercice « Lever les jambes » (voir Appendice B).

Pendant une activité demandant moins d'efforts, l'adolescent peut aussi porter attention à l'environnement extérieur pour en profiter et s'ancrer dans le moment présent. En guise d'exemple, lorsqu'il prend une marche, l'adolescent peut ressentir le vent sur sa peau ou observer les différents types d'arbres sur son passage. La prochaine étape du plan d'intervention aborde les représentations de l'adolescent envers lui-même.

La *cinquième étape* de la phase active du plan d'intervention, soit « Application des modèles à l'estime de soi et à l'image corporelle » (séances 13 à 15), a comme objectif principal de développer une vision globale de soi qui n'est pas uniquement basée sur l'image corporelle et les habitudes de santé. Pearson, Heffner et Follette (2010) ont d'ailleurs publié un ouvrage appliquant l'ACT à l'insatisfaction corporelle, peu importe le poids. Ces auteurs ont ensuite évalué empiriquement leur protocole auprès de femmes adultes principalement en excès de poids : à la relance de 2 semaines après une intervention d'une journée, les femmes ayant reçu l'intervention démontraient une réduction significative de l'anxiété liée au corps, comparativement au groupe contrôle (Pearson, Follette, & Hayes, 2012). L'ajout de cette étape est également pertinent en regard des résultats de l'étude de Lillis, Levin et Hayes (2011) suggérant un effet médiateur des perceptions négatives de soi entre l'excès de poids et la qualité de vie, du moins chez les adultes. De même, une perte de poids ne modifie pas toujours la perception de l'image corporelle, c'est-à-dire que des insatisfactions ou des préoccupations peuvent perdurer même avec l'atteinte du poids désiré (Berdah, 2010). Aimé (2012b) rapporte également que la présence d'insatisfaction corporelle implique

souvent une plus grande détresse psychologique et une plus faible probabilité de réussite dans la gestion du poids.

En conséquence, dans cette étape du plan d'intervention, l'adolescent est amené à identifier et à modifier sa relation face à ses pensées et émotions liées à lui-même et à son apparence corporelle. Les techniques de défusion peuvent être pratiquées en séance, notamment en demandant à l'adolescent de se regarder dans un miroir (voir « Miroir en pleine conscience » à l'Appendice B). Ensuite, les comportements d'évitement liés à une faible estime personnelle et à une insatisfaction corporelle sont explorés. Par exemple, l'adolescent peut tenter d'éviter l'inconfort par rapport à son corps en diminuant les situations qui peuvent l'activer (p. ex., activités sociales, relations intimes, exercice physique, magasinage) ou en agissant directement sur son corps (p. ex., diète). Il importe que l'adolescent réalise que ces dernières stratégies de contrôle ne fonctionnent pas, du moins à long terme. Entre autres, plus on essaie de changer une partie de son corps, plus on lui accorde de l'importance. En regard aux valeurs identifiées en début de thérapie, l'adolescent peut être amené à tolérer son inconfort par rapport à son poids afin de s'engager dans des comportements jusque-là évités. En effet, il est possible que certains comportements d'évitement nuisent à l'atteinte de valeurs dans certaines sphères. Par exemple, un adolescent qui évite l'activité physique en raison de sa faible estime corporelle perd une occasion de passer du temps avec ses amis.

Par ailleurs, les préoccupations corporelles peuvent représenter une façon d'éviter d'autres aspects plus douloureux de sa vie. Autrement dit, focaliser sur son apparence physique peut servir une fonction d'évitement expérientiel. Par exemple, un adolescent peut expliquer sa peur d'entrer en contact avec les autres et sa tendance à ne pas entretenir de relations sociales par son insatisfaction corporelle, alors que le véritable problème est son schéma *abandon/instabilité*. Ainsi, si cet adolescent ne pense plus à sa peur d'être jugé en raison de son apparence physique, il pensera à sa crainte d'être rejeté, laquelle est plus douloureuse. À l'inverse, un adolescent peut, par exemple, attribuer le rejet subi par ses pairs à son apparence physique et ne pas considérer les autres facteurs impliqués, comme ses faibles habiletés sociales. La prochaine étape du plan d'intervention abonde dans ce sens et aborde les relations interpersonnelles.

La *sixième étape* de la phase active, soit « Application des modèles aux relations interpersonnelles et à la victimisation » (séances 16 à 18), a comme objectif principal l'acquisition d'habiletés sociales favorisant un rapport d'égalité dans les relations interpersonnelles. McKay, Lev et Skeen (2012) ont d'ailleurs conçu un protocole jumelant la théorie des schémas et l'ACT pour les difficultés interpersonnelles. Selon les données empiriques, la pleine conscience permettrait d'améliorer la communication : meilleure affirmation de soi liée à une identification plus juste des sentiments ainsi qu'à la diminution de l'évitement liée à la crainte d'une réaction négative d'autrui, augmentation de l'empathie, diminution de l'évitement des conflits, diminution de la réactivité, diminution de l'escalade de la colère, diminution de l'effet de contagion des

émotions (Bihari & Mullan, 2014). En outre, elle favoriserait une meilleure appréciation du moment présent avec autrui, tant dans la connexion et que dans la proximité.

L'ajout de cette étape dans le plan d'intervention est pertinent puisque l'acquisition de telles habiletés dans la sphère sociale est importante dans le développement de l'adolescent et pourrait aussi mener à la résolution de problèmes interpersonnels impliqués dans l'apparition, le maintien ou les conséquences de l'excès de poids. Notamment, la victimisation par les pairs peut être associée à cette condition physique. Les résultats de certaines études (Hansen, Steenberg, Palic, & Elklit, 2012; Lodge & Feldman, 2007; Newman, Holden, & Delville, 2011) suggèrent que l'évitement comme stratégie d'adaptation (p. ex., se distraire, s'inquiéter, ignorer le problème, espérer que la situation passe) pourrait agir comme médiateur de la relation entre la victimisation à l'adolescence et la détresse psychologique à court et à long terme (p. ex., stress, faible estime de soi, symptômes dépressifs). En outre, la victimisation peut favoriser la création de schémas précoces inadaptés (Calvete, 2014). Ces données justifient d'autant plus la pertinence d'accorder une attention particulière à cette dernière problématique dans un plan jumelant l'ACT et la thérapie des schémas.

D'abord, la thérapie des schémas permet d'identifier les caractéristiques pouvant favoriser l'apparition ou le maintien de problèmes interpersonnels, comme la situation de victimisation (Calvete, 2014). En effet, le modèle transactionnel dynamique de Hankin et Abramson abordé dans Calvete et al. (2013) suggère des relations réciproques

entre stressseurs, symptômes psychologiques et vulnérabilités cognitives. Par exemple, un adolescent avec le schéma *imperfection/honte*, présentant une faible estime de soi, anticipe et accepte les commentaires négatifs de l'intimidateur puisqu'ils valident sa vision de lui-même. Un deuxième adolescent avec le schéma *recherche d'approbation et de reconnaissance* peut tolérer des abus pour être apprécié d'un groupe. Enfin, les victimes dites « agressives », qui ont tendance à répondre aux actes d'intimidation par l'agressivité, présentent habituellement un style d'attribution hostile (c.-à-d., perceptions erronées de menace ou de provocation) qui pourrait être lié au schéma *méfiance/abus*.

Dans le même ordre d'idées, l'ACT permet d'abandonner les comportements d'évitement qui peuvent augmenter le risque d'être intimidé de manière répétée par les pairs, notamment : s'isoler, minimiser la victimisation et ne pas demander de l'aide. Toutefois, dans certaines situations d'intimidation sévères, des comportements d'évitement, comme ne pas se rendre ou arriver le plus tard possible à un endroit où l'intimidation a généralement lieu, peuvent représenter des stratégies adaptatives (Greco et al., 2005; Roberts, 2009). Or, dans une situation jugée non dangereuse, le travail sur les valeurs effectué dans les rencontres précédentes peut aider l'adolescent à s'affirmer devant l'intimidateur au nom d'une valeur telle que le respect de soi et ce, en tolérant son inconfort ainsi qu'en défusionnant des pensées comme « je n'y arriverai pas ». Pour ce faire, il peut observer son ressenti, c'est-à-dire ce qui se passe dans son corps et dans sa tête, pour corriger ce qui l'éloigne d'un comportement d'affirmation de soi adéquat qui comprend, entre autres, regarder l'intimidateur dans les yeux et parler calmement. La

pleine conscience aide aussi les victimes agressives à identifier les signes précurseurs de l'agressivité (p. ex., mal de tête). L'ACT vise également l'engagement dans des activités valorisées dans lesquelles l'implication a été limitée en raison de l'intimidation. Par exemple, une victime peut avoir longtemps retardé son inscription à une activité parascolaire par peur de croiser son intimidateur après les heures de cours.

Après la sixième étape du plan d'intervention abordant les relations interpersonnelles, l'adolescent entamera la thérapie des schémas (septième étape) ou la prévention de la rechute (huitième étape). En effet, comme la thérapie des schémas est facultative, il revient au clinicien de juger s'il est pertinent d'entreprendre ce genre de démarche dans la phase active de l'intervention.

La *septième étape* de la phase active, soit « Thérapie des schémas » (séances 19 et plus), est facultative et représente la thérapie des schémas proprement dit. Alors que les étapes précédentes ont permis à l'adolescent de reconnaître la présence de ses schémas précoces inadaptés, entre autres par l'observation de la reproduction de certains comportements, cette dernière étape en vise la « réparation », soit la modification. Il s'agit d'un travail plus profond qui touche la façon dont s'est construit l'adolescent et qui tente de guérir la souffrance liée aux souvenirs d'expériences passées provenant souvent du milieu d'origine. Tel que mentionné précédemment, cette étape n'est pas appropriée à tous les adolescents. En effet, le clinicien doit juger s'il est adéquat

d'entamer un tel travail en tenant compte de différents facteurs comme la possibilité d'un suivi à long terme ou la capacité de mentalisation de l'adolescent.

La *huitième et dernière étape* de la phase active représente la prévention de la rechute. L'objectif principal est de favoriser le maintien des stratégies acquises dans la thérapie et par conséquent, le maintien d'une régulation émotionnelle adaptée face aux événements difficiles à venir. Quatre tâches principales sont liées à cette étape : réviser les stratégies enseignées tout au long de la thérapie, faire un retour sur le processus thérapeutique et ses objectifs, établir les situations à risque de rechute ainsi qu'explorer les enjeux liés à la fin du suivi régulier. D'abord, une révision des stratégies abordées dans l'intervention permet notamment à l'adolescent de se rappeler celles qui ont été efficaces pour lui. En parallèle, il est possible de faire un retour sur les thèmes récurrents survenus en cours de suivi. Par exemple, l'adolescent peut nommer quels ont été les événements, les schémas et les émotions typiques ayant engendré ses stratégies d'adaptation inadaptées. Autrement dit, il peut identifier quelles émotions sont plus difficiles à gérer pour lui et à quels schémas ces dernières sont associées. En regard des éléments qui ressortent de cette révision, un plan de prévention peut être effectué face à ces circonstances typiques qui peuvent survenir de nouveau à l'avenir. Par exemple, un adolescent peut s'imaginer aller à une fête et prévoir en détail ce qu'il fera pour ne pas rechuter dans des comportements d'inhibition trop prononcés.

Ensuite, l'évaluation de l'atteinte des objectifs peut être effectuée, notamment par rapport aux indicateurs d'efficacité thérapeutique précédemment nommés. Par ailleurs, si tous les buts fixés par l'adolescent concernant les changements de comportement ont été atteints, il faut se rappeler que les valeurs, elles, ne peuvent jamais l'être. Il est donc possible que l'adolescent souhaite établir de nouveaux objectifs dans les mêmes sphères de vie. L'adolescent peut également décider de s'investir dans des sphères demeurées en attente jusque-là.

Enfin, la prévention de la rechute implique également de s'intéresser aux événements internes liés à la fin du suivi régulier. En effet, l'adolescent peut ressentir des émotions particulières et il faut en encourager la pleine conscience et la tolérance. Par exemple, il est possible qu'un adolescent présentant le schéma *abandon/instabilité* vive difficilement la rupture du lien affectif régulier avec son clinicien et qu'en conséquence, il soit porté à reprendre de mauvaises habitudes de régulation émotionnelle.

La huitième étape de la phase active constitue la fin du suivi régulier. Cependant, des rencontres de maintien sont prévues dans le plan d'intervention, entre autres pour s'assurer de l'intériorisation et de l'application des nouveaux acquis par l'adolescent.

Phase de maintien de l'intervention. En ce qui concerne la phase de maintien de l'intervention, elle consiste à explorer les difficultés qui surviennent dans le maintien des

nouveaux comportements. La présence de certains schémas précoces inadaptés peut être liée à ces difficultés. Par exemple, l'adolescent ayant un schéma *abandon/instabilité*, qui vivait des émotions difficiles au moment de la fin du suivi régulier, peut échouer dans le maintien subséquent de ses objectifs pour revoir le clinicien. D'une autre façon, chez un adolescent avec un schéma *recherche d'approbation et de reconnaissance*, la présence du clinicien peut représenter ce qui favorise la mise en place du nouveau comportement pendant le processus thérapeutique (c.-à-d., que l'adolescent émet ce comportement seulement pour faire plaisir au clinicien) et c'est pourquoi, sans soutien régulier, l'adolescent retombe dans son ancien patron de comportement. Enfin, un adolescent présentant un schéma *échec* peut confirmer son schéma par ses difficultés de maintien des nouveaux comportements de santé. En outre, comme une perte de poids peut survenir à moyen terme, même si ce n'est pas nécessairement l'objectif visé, les rencontres de maintien permettent d'être disponible si différents enjeux émergent avec la modification du corps.

La phase de maintien conclut la démarche thérapeutique. Pour illustrer les étapes du plan d'intervention et l'interaction entre les différentes notions découlant du jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT, un cas fictif a été élaboré.

Illustration du plan d'intervention par un cas fictif

Le cas fictif suivant permet d'illustrer le jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT auprès des adolescents en excès de poids. Il s'agit d'une vignette clinique qui ne

peut être généralisée à un ensemble d'adolescents. Myriam est une adolescente obèse de 17 ans vivant seule en appartement depuis le début de ses études collégiales. Elle consulte en clinique privée en raison d'une anxiété importante à la suite de son déménagement, laquelle est associée à des compulsions alimentaires et à une augmentation de son poids.

La phase d'*évaluation initiale* a commencé par l'anamnèse. Myriam rapporte avoir toujours présenté un excès de poids. Elle aurait tenté de perdre du poids à quelques reprises en modifiant son alimentation, ce qui n'aurait jamais fonctionné. Elle mentionne que sa mère présente également un excès de poids important, alors que son père et sa sœur cadette sont plutôt de poids normal. Myriam révèle aussi être très proche émotionnellement de sa mère et avoir été victime d'intimidation par ses pairs à l'école secondaire. Face à l'intimidation, Myriam s'est de plus en plus isolée, limitant ainsi son réseau social et maintenant le rapprochement avec sa mère, ce qui a gêné la réalisation de certaines tâches développementales de l'adolescence (p. ex., développement de l'identité par l'individuation). En outre, le questionnaire des schémas a permis de faire ressortir différents schémas précoces inadaptés chez Myriam, dont les suivants : *imperfection/honte*, *assujettissement*, *fusionnement/personnalité atrophiée*, *dépendance/incompétence*. Comme l'anxiété de Myriam a été considérée prioritaire en raison des conséquences associées, notamment quant au fonctionnement scolaire, la gestion du poids est devenue une cible thérapeutique quelques semaines après le début

du suivi. À ce moment, l'intervention s'est déroulée selon les huit étapes de la phase active du plan d'intervention.

La *première étape* a permis d'introduire les notions de pleine conscience, d'acceptation et de défusion. Entre autres, Myriam a appris qu'elle ne peut détenir de contrôle sur ses événements internes, mais qu'elle est responsable de son comportement : il lui faut alors, entre autres, diminuer l'influence de ses schémas sur son comportement. Myriam a commencé à remplir la chaîne d'analyse lorsqu'elle constatait des comportements d'évitement expérientiel, que ce soit sur le plan alimentaire, de l'activité physique, de l'estime de soi ou des relations interpersonnelles. On retrouve à l'Appendice B l'exemple d'une chaîne d'analyse complétée selon la situation de Myriam.

La *seconde étape* a été consacrée à l'élaboration du plan d'action. Une clarification des valeurs était nécessaire puisque Myriam avait mentionné à l'évaluation initiale vouloir perdre du poids dans le but de trouver un partenaire amoureux (attente secondaire). D'emblée, cette motivation présente des risques en raison de sa nature extrinsèque, mais son interaction avec les variables de personnalité de Myriam la rend d'autant plus insuffisante pour le maintien de nouveaux comportements. Entre autres, les enjeux de fusion de Myriam avec sa mère (schéma *fusionnement/personnalité atrophiée*) laissent peu de place pour un partenaire amoureux : le renforcement externe a donc peu de chance de se produire. Par ailleurs, il est à noter que lorsque le processus

d'individuation et de séparation n'est pas complété, comme c'est le cas chez Myriam, le clinicien doit demeurer vigilant de ne pas renforcer des valeurs qui n'appartiennent pas réellement au client, mais plutôt à un tiers. Finalement, les objectifs de Myriam comprennent : manger au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour et faire deux activités physiques par semaine.

Comme Myriam entretient une relation fusionnelle avec sa mère, le clinicien a opté pour ne pas impliquer cette dernière dans l'intervention. En effet, en regard des enjeux psychologiques de Myriam, la participation de sa mère au traitement aurait favorisé le maintien de ses difficultés de séparation et d'individuation. D'ailleurs, comme Myriam habite seule, l'implication de sa mère n'est pas nécessaire.

La troisième étape a permis d'appliquer les notions de la thérapie des schémas et de l'ACT à l'alimentation. Parmi les différents obstacles à la réalisation de son plan, Myriam rapporte de l'anxiété quand vient le moment de cuisiner. Elle décrit ne pas avoir assez confiance en elle pour essayer des recettes qu'elle n'a pas pratiquées au préalable avec les membres de son entourage. Cette anxiété, en partie liée au schéma *dépendance/incompétence*, nuit à son objectif d'une alimentation plus équilibrée. Myriam a alors été encouragée à cuisiner, malgré la présence d'anxiété. Des techniques de pleine conscience et de défusion lui ont permis de prendre de la distance avec des pensées comme « je ne serai pas capable de réussir mon plat ». Depuis qu'elle mange plus d'aliments nutritifs, Myriam constate une amélioration de ses performances à

l'école, autre sphère de vie qu'elle valorise. Toutefois, un deuxième schéma met ses objectifs sur le plan de l'alimentation au défi, soit celui d'*assujettissement*. De fait, Myriam permet la transgression de ses limites : quand une personne insiste, elle accepte toujours la nourriture proposée par crainte de lui déplaire et de perdre son affection.

La *quatrième étape* a concerné l'activité physique. Quand elle est seule, Myriam évoque une difficulté à effectuer la course à pied qu'elle a prévue à l'extérieur. Pouvant être liée à la fabulation personnelle, une caractéristique typique de l'adolescence, l'impression que toutes les personnes qu'elle croisera remarqueront sa faible endurance cardiovasculaire par sa respiration difficile est aussi influencée par son schéma *imperfection/honte*. Trouver un complice pour le sport est une stratégie importante pour maintenir les résolutions sur le plan de l'activité physique. Toutefois, dans le cas de Myriam, être constamment accompagnée maintient ses enjeux de honte en évitant de s'exposer à son anxiété de courir seule. Une des stratégies utilisées pour favoriser l'engagement dans l'activité physique a été de combiner la course à pied à la visite de ses grand-parents. En effet, Myriam se rend chez ses grand-parents à la course, ce qui lui permet, par la même occasion, de combler ses valeurs liées à la famille.

La *cinquième étape* a offert l'occasion d'explorer le concept de soi de Myriam, qui a été amenée à aborder son estime personnelle ainsi que son image corporelle. La défusion de pensées telles que « je suis grosse » a permis à Myriam de s'engager dans des comportements jusque-là évités : elle s'est permise de porter des leggings et s'est aussi

inscrite à une salle d'entraînement mixte. Souvent, Myriam devait se répéter : « je suis plus que mon schéma *imperfection/honte* » ou « c'est mon schéma qui parle ». D'ailleurs, Myriam a décidé de ne pas attendre d'être mince pour commencer à s'impliquer dans des activités lui permettant de rencontrer de nouvelles personnes et ce, dans le but ultime de trouver un partenaire amoureux.

La *sixième étape* se rapporte aux relations interpersonnelles. Dans le cas de Myriam, les expériences d'intimidation passées ont été explorées. Ses schémas *imperfection/honte* et *assujettissement* semblent avoir favorisé sa victimisation, respectivement par son choix d'amis susceptibles de l'humilier, sa faible estime d'elle-même la rendant vulnérable aux yeux des intimidateurs et ses difficultés d'affirmation de soi. Aujourd'hui, Myriam rapporte avoir un faible réseau social alors qu'elle valorise cette sphère de vie. Certaines habiletés sociales ont donc été travaillées.

La *septième étape* a été entamée considérant la possibilité de suivi à plus long terme auprès de Myriam. Le clinicien a donc poursuivi avec la thérapie des schémas pour modifier les éléments de personnalité communs qui sous-tendent les différents symptômes de Myriam comme son anxiété due au déménagement, ses compulsions alimentaires et son obésité. Des techniques d'imagerie ont notamment permis d'identifier l'origine de l'insatisfaction corporelle et de restructurer sa signification (Simpson, Morrow, van Vreeswijk, & Reid, 2010).

La *huitième* étape constitue la prévention de la rechute. Le clinicien a révisé les stratégies préalablement enseignées, évalué l'atteinte des objectifs et proposé de prévoir les comportements à adopter dans le cas d'une baisse de motivation à maintenir les changements souhaités. Il a aussi avisé Myriam que son schéma *dépendance/incompétence* pourrait l'amener à douter de sa capacité à assumer seule la progression de sa thérapie en dehors d'un cadre régulier. Une résolution de problème a été effectuée à cet effet.

Enfin, dans la *phase de maintien*, le clinicien s'est montré vigilant quant à l'impact possible du schéma *fusionnement/personnalité atrophiée*. En effet, en voyant son corps se modifier par la perte de poids et ainsi devenir différent de celui de sa mère, Myriam aurait pu développer une anxiété grandissante à l'idée de devenir autonome, crainte pouvant favoriser la reprise du poids. De plus, les progrès constatés pendant la thérapie auraient pu découler du besoin de plaire en raison du schéma *assujettissement*, rendant plus difficile le maintien de ceux-ci après le suivi régulier.

Cet exemple de cas a permis, entre autres, de présenter de quelle manière les mêmes schémas précoces inadaptés peuvent influencer différentes cibles du plan d'intervention, d'où l'importance de s'intéresser aux variables de la personnalité pour une efficacité thérapeutique élargie. Voici maintenant de manière plus détaillée les avantages du plan d'intervention proposé, ainsi que ses faiblesses.

Réflexion critique sur le plan d'intervention proposé

L'essai avait comme objectif d'explorer l'apport de la thérapie des schémas et de l'ACT dans l'intervention auprès des adolescents en excès de poids, ainsi que de jumeler ces deux modèles dans un même plan d'intervention individuelle. Cette sous-section présente les forces et les limites de ces deux thérapies et de leur jumelage, tant de manière générale que pour la clientèle spécifique des adolescents en excès de poids.

Avantages. En ce qui concerne les avantages, la thérapie des schémas et l'ACT permettent de renforcer certaines ressources internes de l'individu, comme la capacité de mentalisation et les habiletés de régulation des émotions. Ces modèles tendent ainsi à dévier des cibles principales de l'approche cognitivo-comportementale traditionnelle qui compensent plutôt les déficits personnels par le recours à une action de contrôle sur l'environnement, entre autres. Par exemple, l'indisponibilité de certains aliments dans la maison d'une personne nuit certes à sa tendance à réguler ses émotions par la nourriture, mais ne l'aide pas nécessairement à développer de meilleures compétences au plan de la gestion de ses événements internes. Advenant le cas où la nourriture ne serait plus disponible quand elle fait face à des émotions inconfortables, une personne qui n'a pas développé de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle plus adaptées court le risque de se distraire ou d'agir ses émotions d'une façon différente, ce qui peut créer d'autres problèmes. D'ailleurs, le contrôle des stimuli est limité, de sorte qu'une personne ne peut complètement se soustraire d'un environnement rempli de tentations. Ainsi, la famille d'un adolescent peut refuser de s'impliquer dans le traitement et ne pas

modifier l'environnement alimentaire de la maison, ce qui diminue l'efficacité de l'intervention centrée sur les stimuli.

Dans le même ordre d'idées, chez une personne qui a tendance à compenser sa faible estime d'elle-même par des gratifications extérieures, la perte de poids initiale des traitements traditionnels peut combler faussement son besoin de se sentir adéquate. En ce sens, la perte de poids permet d'engendrer un sentiment d'estime de soi temporaire plutôt qu'une acceptation de soi à long terme. Ainsi, si ses ressources internes n'ont pas été renforcées, une personne se retrouve de nouveau coincée dans sa dynamique personnelle après l'arrêt du traitement traditionnel (p. ex., tendance à agir ses émotions, sensation de bien-être interne augmenté par des critères externes).

Tel que souligné précédemment, la modification de mauvaises habitudes de vie, telles que la suralimentation et la sédentarité, peut représenter la perte de stratégies d'adaptation ayant souvent pour fonction l'évitement expérientiel. En conséquence, si on n'augmente pas la capacité d'une personne à contenir ses émotions ou si la détresse sous-jacente n'est pas travaillée, d'autres comportements reprendront la même fonction. Même les nouveaux comportements de santé peuvent devenir de l'évitement expérientiel, avec le désavantage, tant pour le client que pour le clinicien, de permettre davantage la négation des difficultés par la rationalisation. Entre autres, une personne s'investissant excessivement dans l'activité physique peut mentionner : « faire de l'activité physique c'est bien pour la santé, je ne vois pas en quoi c'est un problème ».

Or, si les nouveaux comportements ayant pour fonction l'évitement expérientiel, quels qu'ils soient, ne sont pas aussi efficaces que les anciens pour garder à distance les émotions difficiles, une détresse psychologique peut également émerger.

De façon similaire, l'excès de poids en lui-même peut protéger de certains enjeux psychologiques, comme le schéma *méfiance/abus*. Ainsi, un individu qui perdrait sa limite corporelle par la perte de poids, tout en demeurant aussi sensible à ce schéma, trouvera une autre façon de s'en défendre ou aura tendance à reprendre le poids perdu. Il importe alors de favoriser le développement de stratégies de régulation émotionnelle adaptées avant même d'entamer la modification des mauvaises habitudes de vie.

Comme la thérapie des schémas et l'ACT permettent de renforcer certaines ressources internes, elles peuvent agir à titre préventif et favoriser le maintien de l'ajustement psychosocial de l'adolescent à long terme (Semple & Burke, 2012). En premier lieu, la généralisation des acquis est favorisée puisque ces deux thérapies ciblent des processus qu'elles considèrent impliqués dans le développement et le maintien de la psychopathologie en général (p. ex., anxiété, dépression) : entre autres, la mentalisation des enjeux personnels, la fusion cognitive et l'évitement expérientiel. Autrement dit, cette approche pourrait être transdiagnostique puisqu'elle cible des processus communs à différents troubles psychologiques. Par exemple, l'évitement expérientiel peut prendre différentes formes, mais conserve toujours la même fonction. Dans le plan d'intervention proposé, la généralisation des acquis est également favorisée en ne ciblant

pas seulement les comportements alimentaires ou d'activité physique. En étant appliquées à la vie quotidienne, à la perception de soi et aux relations interpersonnelles, les notions sont donc plus facilement transposables en dehors du contexte de l'excès de poids (Tapper et al., 2009).

En second lieu, l'approche proposée dans l'essai pourrait avoir un effet préventif en influençant positivement l'atteinte des objectifs de maturation de l'adolescence. C'est notamment le cas pour le développement de l'identité. L'identification de ses enjeux personnels, ainsi que l'observation et l'expérimentation des événements internes y étant associés, améliorent la connaissance de soi (Wagner et al., 2006). Les notions de défusion et de soi comme contexte, quant à elles, permettent d'acquérir un sentiment de sûreté par rapport à son identité (Cousineau, 2012; Murrell et al., 2004) : par exemple, « je suis une personne qui a tel schéma et qui pense donc telle chose, ce qui parle de qui je suis, mais je ne suis pas mon schéma et je suis plus que cette pensée ». De même, en diminuant les comportements d'évitement, plusieurs occasions permettent de découvrir de nouveaux champs d'intérêts et d'infirmer les pensées défaitistes à propos de soi.

L'adolescent qui construit son unicité par la clarification de ses valeurs développe aussi son autonomie psychologique en se positionnant face aux normes de son environnement. Ainsi, les valeurs d'un adolescent peuvent différer de celles des membres de son entourage (Greco et al., 2005). L'adolescent acquiert également la responsabilité d'entreprendre lui-même des actions qui lui procureront un sentiment de

réalisation personnelle (Greco et al., 2008). D'ailleurs, comme l'adolescent est en processus d'individuation, il est intéressant pour lui de pouvoir choisir lui-même les objectifs à atteindre en thérapie, ce qui favorise le développement du processus décisionnel. Il est à noter qu'à l'inverse, les schémas précoces inadaptés peuvent nuire aux tâches développementales de l'adolescence s'ils ne sont pas identifiés et ciblés dans l'intervention.

Un autre avantage de l'approche proposée dans l'essai est l'attention particulière accordée à la relation thérapeute-client. Entre autres, il est possible que le clinicien intervienne en reflétant la manière dont l'adolescent entre en contact avec lui à un moment précis de leur relation ou qu'il encourage chez cet adolescent un changement de comportement par renforcement ou par modeling (Dionne, 2011; Gillanders, 2011). Par exemple, si un adolescent avec un schéma *assujettissement* tend à expérimenter des rages de sucre quand il se chicane avec son ami, le thérapeute peut refléter ces enjeux interpersonnels quand ils se rejouent dans leur relation thérapeute-client et renforcer les comportements opposés quand ils se produisent en séance (p. ex., tentative d'affirmation de soi face au thérapeute). Par ailleurs, les questions de confiance, de loyauté et de révélation de soi dans les relations interpersonnelles deviennent importantes à l'adolescence et la relation thérapeute-client n'en est pas épargnée (Holmbeck et al., 2012). Le thérapeute doit alors être à l'affût de toute rupture d'alliance thérapeutique qui pourrait nuire au développement de cet objectif de maturation.

Enfin, le dernier avantage du plan d'intervention est lié au jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT (Parfy, 2012). De fait, la perspective développementale de l'ACT est limitée à la théorie des cadres relationnels qui ne permet pas de tenir compte de l'origine infantile de la souffrance. Autrement dit, l'ACT permet d'identifier et de changer la relation d'une personne à ses émotions, mais n'utilise pas ces dernières pour comprendre en quoi elles parlent de l'individu, c'est-à-dire de ses enjeux intrapsychiques et relationnels sous-jacents (profil psychologique). Il apparaissait alors important de jumeler l'ACT à une autre approche permettant une vision plus holistique de l'individu : de fait, la thérapie des schémas présente un modèle du développement de la personnalité. Il aurait également été possible de jumeler l'ACT à l'approche psychodynamique, comme l'ont fait certains auteurs (Bailey, Mooney-Reh, Parker, & Temelkovski, 2009). Toutefois, comme la thérapie des schémas et l'ACT représentent deux modèles intégratifs, le plan d'intervention proposé dans l'essai peut servir de base aux cliniciens de différentes appartenances théoriques, tout comme aux autres professionnels de la santé, étant donné la vulgarisation des principaux concepts. Ce langage est d'ailleurs plus accessible aux adolescents dont la pensée abstraite n'est pas aussi bien développée que celle des adultes.

Le jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT est également pertinent en référence à la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan rapportée par Bégin et ses collaborateurs (2006). Dans cette théorie, un individu doit combler trois besoins psychologiques fondamentaux, soit l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale

(enjeux ciblés dans la thérapie des schémas) pour qu'il puisse se développer de manière optimale, c'est-à-dire actualiser son potentiel en agissant en conformité avec ses valeurs (objectif de l'ACT). Autrement dit, la thérapie des schémas favorise le travail sur ces besoins psychologiques, ce qui peut ensuite permettre à l'individu un meilleur maintien de sa motivation autodéterminée dans l'ACT.

Tel que nous le verrons à la fin de la sous-section suivante portant sur les limites du plan d'intervention, bien que le jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT comporte des avantages, il suscite aussi certaines réflexions au plan théorique.

Inconvénients. En ce qui concerne les faiblesses de l'utilisation de l'ACT et de la thérapie des schémas auprès des adolescents en excès de poids, la première est le manque d'information empirique concernant le niveau développemental requis, notamment au plan cognitif, pour la compréhension des cibles thérapeutiques. L'efficacité du traitement pourrait alors varier selon le niveau de développement cognitif atteint (Holmbeck et al., 2012). Ainsi, certains concepts peuvent être moins accessibles aux adolescents, alors que d'autres peuvent être plus facilement compris. Par exemple, un adolescent pourrait identifier ses valeurs sans trop de difficulté, mais ne pas être en mesure d'expliquer la raison sous-jacente de telles valeurs chez lui. La thérapie des schémas et l'ACT reprennent toutefois plusieurs concepts déjà existants dans d'autres modèles (p. ex., contact avec l'instant présent et acceptation dans l'approche humaniste; introjection et passage à l'acte dans l'approche psychodynamique), mais y ajoutent des

techniques d'intervention plus concrètes qui pourraient permettre de rendre ces concepts plus accessibles, soit moins abstraits, aux adolescents.

Certaines autres limites du plan d'intervention proposé sont liées à sa nature individuelle considérant le contexte psychosocial de l'adolescence. D'abord, selon l'environnement familial de l'adolescent, il est possible que le clinicien oriente l'ensemble des membres de la famille vers une intervention systémique. En effet, si la dynamique familiale est très problématique, la portée d'une intervention individuelle sera trop limitée. Par exemple, l'excès de poids pourrait détenir une fonction particulière dans la famille, ce qui demande une compréhension systémique. Ensuite, même si l'adolescent consulte seul, il faut tenir compte de l'influence des parents, notamment comme tiers payeur. Cette situation peut engendrer des enjeux de différentes natures chez l'adolescent : entre autres, conflit de loyauté quand ses objectifs diffèrent de ceux de ses parents ou quand il aborde ses sentiments par rapport à eux. Finalement, si le plan d'intervention était appliqué dans le milieu scolaire, il pourrait être intéressant que les adolescents ayant consulté en individuel rejoignent un groupe de soutien, notamment dans la phase de maintien des acquis. En somme, les deux premiers types d'inconvénients concernent les enjeux cognitifs et sociaux typiques de l'adolescence. Toutefois, il importe de rappeler l'importance de tenir compte également des considérations développementales psychologiques et physiques dont il a été question préalablement.

Dans un autre ordre d'idées, bien que ce ne soit pas l'objectif du plan d'intervention proposé dans l'essai, l'ACT pourrait être bénéfique dans une optique de prévention de l'excès de poids ou de promotion de la santé globale. En guise d'exemple, Greco et ses collaborateurs (2008) proposent un programme de prévention en milieu scolaire secondaire basé sur l'ACT, d'une durée d'environ six à dix sessions, pour les adolescentes à risque de développer une obésité ou un TCA, notamment parce qu'elles présentent de l'embonpoint, des préoccupations élevées quant à leur image corporelle, des crises de boulimie, une restriction alimentaire ou des comportements compensatoires. Les objectifs principaux du programme sont : défusionner avec les modèles projetés dans la société quant à l'apparence physique idéale, favoriser le développement de saines habitudes de santé (entre autres, sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique), favoriser l'engagement dans des actions orientées vers les valeurs par l'acceptation des événements internes, ainsi que développer la compassion et le pardon envers soi-même. Or, le programme ne vise ni à diminuer l'insatisfaction corporelle ou la détresse psychologique, ni à engendrer une perte de poids. Greco et ses collaborateurs présentent différents exemples de métaphores et d'exercices adaptés pour une utilisation en groupe. Quant à la thérapie des schémas, elle apparaît moins appropriée pour une utilisation de ce genre, étant donné le type d'enjeux qu'elle cible.

Une autre faiblesse du plan d'intervention proposé est liée aux stratégies cognitives opposées de la thérapie des schémas et de l'ACT (alors que leurs stratégies émotionnelles et comportementales, elles, convergent). En effet, dans la thérapie des

schémas, il est possible d'utiliser des techniques de restructuration cognitive pour modifier les perceptions d'une personne, ce qui est contraire à la vision d'acceptation des événements internes dans l'ACT (Parfy, 2012). Comme il a été mentionné précédemment, le plan d'intervention comporte des éléments des traitements traditionnels en y soustrayant les techniques cognitives de deuxième vague. De manière cohérente, il en a été de même pour la thérapie des schémas. Ainsi, sauf dans la septième étape (thérapie des schémas à proprement parler où il y a réparation des schémas), le plan d'intervention n'utilise pas les techniques cognitives partagées par les traitements traditionnels et la thérapie des schémas.

Il est à noter qu'en sortant du cadre théorique où elles y sont opposées, les stratégies d'acceptation et de restructuration cognitive pourraient, en pratique, être utiles dans une même thérapie. Si le client prend le temps de contenir ses événements internes par l'acceptation, la restructuration cognitive pourrait perdre sa fonction d'évitement expérientiel et représenter un atout supplémentaire. À l'inverse, même après l'étape de réparation des schémas, l'individu peut demeurer sensible à certaines situations qui lui feront ressentir des émotions inconfortables (Parfy, 2012). Les stratégies d'acceptation sont donc de mise. Ainsi, un clinicien pourrait concilier les stratégies cognitives de la thérapie des schémas et de l'ACT dans sa pratique.

La dernière limite du plan d'intervention proposé dans l'essai est liée au fait qu'il n'est pas encore validé empiriquement et ne peut donc pas représenter une base solide

pour les intervenants désirant s'en inspirer dans leur pratique actuelle. De même, l'efficacité des deux modèles qui le sous-tendent n'a été démontrée ni pour l'excès de poids, ni pour la clientèle adolescente. Par ailleurs, même en dehors de cette condition physique, le jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT n'est pas appuyé empiriquement (Cousineau, 2012). Or, en raison du peu d'études disponibles, il est difficile de prédire l'efficacité future du plan d'intervention proposé et d'établir des critères de réussite permettant de s'en assurer. Par contre, le Tableau 1 présenté précédemment (voir p. 48) discute de certaines mesures objectives et subjectives possibles. La généralisation du plan d'intervention est donc limitée. Pour remédier à ces différents constats, le canevas présenté à l'Appendice A peut constituer une base pour la réalisation d'une recherche future. La prochaine sous-section indique les éléments auxquels tenir compte à cet effet.

Perspectives de recherche en lien avec le plan d'intervention

D'emblée, il est difficile de ne pas réitérer l'importance de valider empiriquement le plan d'intervention proposé dans l'essai jumelant la thérapie des schémas et l'ACT pour les adolescents en excès de poids. Ce faisant, il serait intéressant d'explorer les variables pouvant modérer l'efficacité du traitement, ce qui permettrait de distinguer les sous-groupes d'adolescents les plus susceptibles d'en bénéficier, dont possiblement ceux présentant une tendance à l'évitement expérientiel. De même, la présence de certains schémas précoces inadaptés pourrait influencer positivement ou négativement la réussite de l'intervention, tout comme le fait d'être suivi ou non en parallèle par d'autres

professionnels de la santé (p. ex., nutritionniste, kinésologue). Par ailleurs, l'utilisation de différents groupes expérimentaux évalués isolément (p. ex., traitement traditionnel, thérapie des schémas, ACT) permettrait de confirmer la valeur ajoutée d'une intervention jumelant les composantes de plusieurs modèles et ce, avec une distribution aléatoire des participants dans chacun des groupes de comparaison. Des mesures pré-test, post-test et différées (p. ex., relance à 6 mois, 1 an, 2 ans) permettraient de mieux comprendre les risques de rechute et de compensation. En effet, tel que souligné précédemment, la modification des habitudes de vie, en plus d'être difficile à maintenir, peut aussi engendrer un investissement dans d'autres comportements problématiques qui servent la même fonction que les anciennes habitudes.

En regard aux limites des études recensées dans l'essai, une attention particulière est requise quant à différents aspects méthodologiques : taille de l'échantillon, mesures de base des variables dépendantes (avant intervention), groupe contrôle et groupes de comparaison, durée de l'intervention, contexte de groupe versus individuel ainsi que design longitudinal.

Quant à l'évaluation des résultats, bien qu'une perte de poids soit parfois souhaitable, les objectifs devraient être cohérents avec la vision de la thérapie des schémas, de l'ACT et du nouveau paradigme en matière de gestion du poids, notamment l'acceptation de soi et l'amélioration de la qualité de vie. En effet, le but ne devrait pas être seulement la diminution des expériences internes et des symptômes. En guise d'exemple, les résultats de

Hooper et ses collègues (2012) ne démontrent pas de différence significative dans le nombre de chocolats consommés entre les groupes pendant l'expérimentation, mais suggèrent que la défusion cognitive permet de réduire davantage l'impact des *cravings* sur le comportement, c'est-à-dire de résister à un plus grand nombre d'entre eux.

Le plan d'intervention proposé dans l'essai a été conçu pour une utilisation individuelle, principalement en raison des enjeux psychologiques ciblés et de l'importance accordée au lien thérapeutique. Par contre, à des fins de recherche, il pourrait être nécessaire de l'adapter à une intervention de groupe, ce qui pourrait notamment permettre d'obtenir une plus grande taille d'échantillon et de diminuer le nombre d'intervenants requis. Dans la littérature, on constate que les recherches empiriques portant sur l'ACT, notamment appliquée à l'excès de poids, sont souvent effectuées dans ce contexte, ce qui serait moins le cas pour la thérapie des schémas. Il est à noter que cette utilisation en groupe pourrait également être bénéfique si le plan d'intervention est adapté et évalué dans une optique de prévention de l'excès de poids ou de promotion de la santé globale, ce qui n'est toutefois pas l'objectif premier de sa conception. L'ACT a déjà été utilisée de la sorte dans la littérature (Greco et al., 2008), ce qui ne serait pas le cas pour la thérapie des schémas.

Or, dépendamment des conditions sous-tendant l'intervention, le milieu où elle sera effectuée peut différer. En effet, s'il s'agit d'une intervention de groupe et plus particulièrement dans une optique de prévention, elle peut être réalisée directement dans

une école secondaire recrutée. S'il s'agit d'une intervention individuelle auprès d'adolescents déjà en excès de poids, elle peut nécessiter une consultation dans des locaux externes au milieu scolaire (p. ex., à l'université d'attache du chercheur). Dans tous les cas, une attention sera portée à la formation préalable des intervenants en thérapie cognitivo-comportementale de troisième vague, plus particulièrement l'ACT et la thérapie des schémas.

En résumé, un suivi thérapeutique auprès des adolescents doit tenir compte des enjeux physiques, cognitifs et psychosociaux liés à cette période développementale. Le plan d'intervention proposé dans l'essai cible d'ailleurs l'adaptation comportementale, psychologique et sociale de l'adolescent en excès de poids. Au-delà des limites conceptuelles inhérentes au jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT, ces deux thérapies ainsi combinées permettent une conceptualisation de cas plus complète et offrent des outils variés pour atteindre une vie plus significative dans le moment présent (p. ex., ne pas attendre de perdre du poids ou d'avoir une meilleure vision de soi-même). Par ailleurs, il importe de rappeler que le plan d'intervention présenté dans cette section découle d'une revue de la littérature ainsi que d'une application personnelle des concepts : par conséquent, son efficacité demeure à confirmer empiriquement.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

L'excès de poids des adolescents retient l'attention en raison de sa prévalence ainsi que des difficultés physiques et psychosociales associées à court, moyen et long terme (Cazale et al., 2012; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Organisation mondiale de la santé, 2014; Roberts et al., 2012). Malgré ce triste portrait, la perte de poids ne doit pas représenter à elle seule l'objectif à atteindre. Tout au plus, elle fera partie d'une intervention plus élargie abordant l'acceptation de soi et la promotion de la santé globale.

Dans cette vision, l'objectif de l'essai était d'explorer l'apport de la thérapie des schémas et de l'ACT dans l'intervention auprès des adolescents en excès de poids. La méthode utilisée a été une recension des écrits théoriques et empiriques qui a permis de faire ressortir différents constats. D'abord, la documentation sur la thérapie des schémas et sur l'ACT auprès des adolescents est récente, commençant dans les années 2000, et particulièrement limitée pour la thérapie des schémas. Alors que les résultats semblent prometteurs quant à l'efficacité de l'ACT auprès de ce groupe d'âge (Murrell & Scherbarth, 2011; Semple & Burke, 2012), le manque d'études empiriques pour la thérapie des schémas ne permet pas de se positionner à cet effet.

De façon similaire, sans égard à la classe d'âge, seule une étude de cas aborde l'efficacité de la thérapie des schémas pour l'excès de poids (Simpson & Slowey, 2011).

La littérature portant sur ce modèle en lien avec cette condition physique contient essentiellement des études cherchant à distinguer des profils psychologiques entre les individus (Anderson et al., 2006; Turner et al., 2005; Van Vlierberghe & Braet, 2007; Van Vlierberghe et al., 2009). Quant à l'ACT, les résultats de plusieurs études suggèrent son efficacité pour l'excès de poids, surtout dans un contexte d'intervention de groupe (Forman et al., 2009; Lillis et al., 2009; Niemeier et al., 2012; Tapper et al., 2009; Weineland et al., 2012). Enfin, aucun écrit n'existe au sujet du jumelage de la thérapie des schémas et de l'ACT pour cette même problématique. Bref, ces deux modèles, surtout la thérapie des schémas, méritent d'être investigués davantage en ce qui concerne leur efficacité pour une clientèle jeune en excès de poids.

Devant ces constats, un plan d'intervention individuelle jumelant la thérapie des schémas et l'ACT a été développé pour les adolescents en excès de poids. Dans la documentation théorique, les concepts de la thérapie des schémas en lien avec l'excès de poids sont peu exploités, à l'inverse de ceux de l'ACT. Il faut donc rappeler que les composantes de la thérapie des schémas intégrées dans le plan d'intervention découlent principalement d'une application personnelle. En somme, le plan d'intervention proposé dans l'essai demande une validation empirique. Il importe alors que les intervenants qui souhaitent s'en inspirer demeurent attentifs à la survenue d'effets indésirables et procèdent à une évaluation continue de leur client afin de s'assurer des bénéfices.

Sur le plan clinique, l'essai constitue une originalité par rapport à la littérature existante en proposant un plan d'intervention jumelant deux thérapies pour une même problématique, soit l'excès de poids, tout en appliquant pour les adolescents des concepts initialement développés chez les adultes. De cette manière, la thérapie des schémas et l'ACT peuvent contribuer respectivement à l'élaboration d'une compréhension dynamique de l'individu en excès de poids en plus de lui fournir des stratégies de régulation émotionnelle adéquates : entre autres, cerner la fonction de cette condition physique et des comportements associés permet d'expliquer pourquoi ils peuvent être si difficilement modifiables (Bégin et al., 2006). L'approche proposée dans l'essai s'inscrit donc dans les efforts déjà entamés dans la littérature pour comprendre les difficultés de maintien des changements de comportement de santé et de la perte de poids (Wilfley et al., 2012).

Au-delà du jumelage entre deux thérapies distinctes, le plan d'intervention multidimensionnel présenté ici diffère de plusieurs autres en abordant, en plus des habitudes de santé (alimentation et activité physique), la souffrance psychologique et sociale des adolescents. Il reconnaît donc que l'adaptation à l'excès de poids se veut à la fois comportementale, émotionnelle et sociale (Gillanders, 2011). Bien qu'il s'adresse aux psychologues, le plan d'intervention prévoit l'intégration des autres professionnels de la santé. En effet, selon le nouveau paradigme d'acceptation de soi, une approche interdisciplinaire face à cette condition physique est encouragée. Globalement, comme il permet de renforcer les ressources internes des adolescents et de cibler des processus

communs à différentes problématiques, le plan d'intervention pourrait avoir une portée plus large et favoriser ainsi une bonne santé physique et mentale à long terme.

Enfin, sur le plan scientifique, le canevas du plan d'intervention proposé à l'Appendice A peut servir de base pour une validation empirique de son efficacité. Ce faisant, il serait intéressant d'explorer les variables pouvant modérer les résultats, ce qui permettrait de distinguer des sous-groupes d'adolescents plus susceptibles d'en bénéficier que d'autres. Par ailleurs, l'utilisation de différents groupes expérimentaux évalués isolément (p. ex., TCC traditionnelle, thérapie des schémas, ACT) offrirait la possibilité de confirmer la valeur ajoutée d'une intervention jumelant les composantes de plusieurs modèles selon le nouveau paradigme.

Références

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. (2005). *Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : mise à jour*. Montréal, QC: Auteur.
- Aimé, A. (2012a). L'insatisfaction corporelle et ses répercussions chez les enfants. *Bulletin national d'information*, 4(3), 25.
- Aimé, A. (2012b). Surpoids et obésité : doit-on faire de la perte de poids une cible thérapeutique? *Psychologie Québec*, 29(5), 36-38.
- Alberts, H. J. E. M., Mulkens, S., Smeets, M., & Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings: Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55, 160-163. doi:10.1016/j.appet.2010.05.044
- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour: The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58, 847-851. doi:10.1016/j.appet.2012.01.009
- Anderson, K., Rieger, E., & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 245-252. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.08.002
- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, 10(9), 1-13. doi:10.1186/1475-2891-10-9
- Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L., & Temelkovski, S. (2009). Beyond the fragmented self: Integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality. Dans J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. P. Deane (Éds), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory research and practice* (pp. 281-310). Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.
- Bégin, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Provencher, V., & Lemieux, S. (2006). Traitement de l'obésité : soutenir l'individu dans l'appropriation de sa démarche. *Canadian Psychology*, 47(4), 316-332. doi:10.1037/cp2006021

- Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales médico-psychologiques*, *168*, 184-190. doi:10.1016/j.amp.2009.03.010
- Bihari, J. L. N., & Mullan, E. G. (2014). Relating mindfully: A qualitative exploration of changes in relationships through mindfulness-based cognitive therapy. *Mindfulness*, *5*, 46-59. doi:10.1007/s12671-012-0146-x
- Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2013). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*, *21*, 45-51. doi:10.1002/erv.2175
- Boucher, E., Callahan, S., & Rousseau, A. (2009). Présence d'insatisfaction corporelle et de schémas précoces mal adaptés spécifiques parmi les femmes pratiquant les recommandations du Programme national nutrition santé. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *19*, 61-66. doi:10.1016/j.jtcc.2009.07.002
- Bronfenbrenner, U. (Éd.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Bruch, H. (1994). *Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique*. Paris, France: Éditions Payot & Rivages.
- Burgard, D. (1993). Psychological theory seeks to define obesity. *Obesity & Health*, *7*(2), pp. 25-27, 37.
- Butryn, M. L., Forman, E., Hoffman, K., Shaw, J., & Juarascio, A. (2011). A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*, *8*, 516-522.
- Caldwell, K. L., Baime, M. J., & Wolever, R. Q. (2012). Mindfulness based approaches to obesity and weight loss maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*, *34*(3), 269-282.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 735-746. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*, 399-410. doi:10.1007/s10802-012-9691-y

- Cazale, L., Paquette, M.-C., & Bernèche, F. (2012). Poids, apparence corporelle et actions à l'égard du poids. Dans L. A. Pica, I. Traoré, F. Bernèche, P. Laprise, L. Cazale, H. Camirand, M. Berthelot, & N. Plante (Éds), *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 1 : Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie* (pp. 121-147). Québec, QC: Institut de la statistique du Québec.
- Cousineau, P. (2012). Mindfulness and ACT as strategies to enhance the healthy adult mode: The use of the mindfulness flash card as an example. Dans M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Éds), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 249-257). Oxford, UK: Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons Ltd.
- Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents, and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 379-399. doi:10.1016/j.chc.2011.01.010
- de la Almodena Sanahuja, M., & Belot, R.-A. (2013). Défaillance de la relation à l'objet primaire et altération de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse. *L'évolution psychiatrique*, 78, 653-667. doi:10.1016/j.evopsy.2013.05.003
- Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26(6), 20-24.
- Dionne, F. (2011). L'alliance thérapeutique dans les thérapies cognitives et comportementales contemporaines. *Psychologie Québec*, 28(2), 24-28.
- Dumet, N., Thiebaut, E., & de Tychev, C. (1999). Facteurs de risque et modalités de prévention de l'obésité infantile : approches cognitivo-comportementale et psychodynamique. *Annales médico-psychologiques*, 157(4), 225-237.
- Engstrom, D. (2007). Eating mindfully and cultivating satisfaction: Modifying eating patterns in a bariatric surgery patient. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 2(4), 245-250. doi:10.1089/bar.2007.9954
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328. doi:10.1016/j.jbtep.2009.01.002
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 223-235. doi:10.1016/j.cbpra.2008.09.005

- Forman, E. M., Hoffman, K. L., Juarascio, A. S., Butryn, M. L., & Herbert, J. D. (2013). Comparison of acceptance-based and standard cognitive-based coping strategies for craving sweets in overweight and obese women. *Eating Behaviors, 14*, 64-68. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.10.016
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2372-2386. doi:10.1016/j.brat.2007.04.004
- Geerdink, M., Jongman, E., & Scholing, A. (2012). Schema therapy in adolescents. Dans M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Éds), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 391-396). Oxford, UK: Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons Ltd.
- Gillanders, D. (2011). Acceptance and commitment therapy and motivational interviewing for health behavior change. Dans L. M. McCracken (Éd.), *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice* (pp. 217-242). Oakland, CA: Context Press, New Harbinger Publications Inc.
- Goodwin, C. L., Forman, E. M., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Ledley, G. S. (2012). A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behavior Modification, 36*(2), 199-217. doi:10.1177/0145445511427770
- Greco, L. A., Barnett, E. R., Blomquist, K. K., & Gevers, A. (2008). Acceptance, body image, and health in adolescence. Dans L. A. Greco & S. C. Hayes (Éds), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (pp. 187-214). Oakland, CA: Context Press, New Harbinger Publications Inc.
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., & Ehrenreich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. Dans S. M. Orsillo & L. Roemer (Éds), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 301-322). New York, NY: Springer Science+Business Media Inc.
- Gregg, J. A., Almada, P., & Schmidt, E. (2011). Health behavior problems in diabetes, obesity, and secondary prevention. Dans L. M. McCracken (Éd.), *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice* (pp. 79-106). Oakland, CA: Context Press, New Harbinger Publications Inc.

- Gueniche, K., Isaac, P., Samara-Boustani, D., Dabbas, M., Caron, V., & Polak, M. (2008). À propos du fonctionnement psychique de jeunes filles obèses depuis l'enfance : le poids du difficile traitement psychique de la perte. *Psychologie clinique et projective*, *14*, 155-187. doi:10.3917/pcp.014.0155
- Gundy, J. M., Woidneck, M. R., Pratt, K. M., Christian, A. W., & Twohig, M. P. (2011). Acceptance and commitment therapy: State of evidence in the field of health psychology. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, *8*(2), 23-35.
- Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. O., Hansen, B., Solem, S., & Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 781-788. doi:10.1016/j.brat.2011.08.007
- Hansen, T. B., Steenberg, L. M., Palic, S., & Elklit, A. (2012). A review of psychological factors related to bullying victimization in schools. *Aggression and Violent Behavior*, *17*, 383-387. doi:10.1016/j.avb.2012.03.008
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur : créez la vie que vous voulez*. Montréal, QC: Les Éditions de l'Homme.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: The Guilford Press, Guilford Publications Inc.
- Higgs, S., & Donohoe, J. E. (2011). Focusing on food during lunch enhances lunch memory and decreases later snack intake. *Appetite*, *57*, 202-206. doi:10.1016/j.appet.2011.04.016
- Holmbeck, G. N., Devine, K. A., Wasserman, R., Schellinger, K., & Tuminello, E. (2012). Guides from developmental psychology for therapy with adolescents. Dans P. C. Kendall (Éd.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, (4^e éd., pp. 429-470). New York, NY: The Guilford Press, Guilford Publications Inc.
- Hooper, N., Sandoz, E. K., Ashton, J., Clarke, A., & McHugh, L. (2012). Comparing thought suppression and acceptance as coping techniques for food cravings. *Eating Behaviors*, *13*, 62-64. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.10.002
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012). *Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne : guide de pratique clinique. Volet I*. Montréal, QC: Auteur.

- Jenkins, K. T., & Tapper, K. (2014). Resisting chocolate temptation using a brief mindfulness strategy. *British Journal of Health Psychology, 19*, 509-522. doi:10.1111/bjhp.12050
- Kitzmann, K. M., Dalton III, W. T., Stanley, C. M., Beech, B. M., Reeves, T. P., Buscemi, J., ... Midgett, E. L. (2010). Lifestyle interventions for youth who are overweight: A meta-analytic review. *Health Psychology, 29*(1), 91-101. doi:10.1037/a0017437
- Lacaille, J., Ly, J., Zacchia, N., Bourkas, S., Glaser, E., & Knäuper, B. (2014). The effects of three mindfulness skills on chocolate cravings. *Appetite, 76*, 101-112. doi:10.1016/j.appet.2014.01.072
- Lamontagne, P., & Hamel, D. (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec.
- Ledoux, T., Winterowd, C., Richardson, T., & Clark, J. D. (2010). Relationship of negative self-schemas and attachment styles with appearance schemas. *Body Image, 7*, 213-217. doi:10.1016/j.bodyim.2010.02.003
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 145-156. doi:10.1016/S0005-7967(99)00026-1
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine, 37*, 58-69. doi:10.1007/s12160-009-9083-x
- Lillis, J., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2011). Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology, 16*(5), 722-727. doi:10.1177/1359105310388321
- Lodge, J., & Feldman, S. S. (2007). Avoidant coping as a mediator between appearance-related victimization and self-esteem in young Australian adolescents. *British Journal of Developmental Psychology, 25*, 633-642. doi:10.1348/026151007X185310
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*(3), 185-202. doi:10.1080/16506073.2011.614274

- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc.
- Meyer, C., Blissett, J., Alberry, R., & Sykes, A. (2013). Beliefs about exercise: Relationship to eating psychopathology and core beliefs among young female exercisers. *Eating Behaviors, 14*, 79-82. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.10.003
- Moffitt, R., Brinkworth, G., Noakes, M., & Mohr, P. (2012). A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food. *Psychology & Health, 27*(2), 74-90. doi:10.1080/08870446.2012.694436
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson SAS.
- Montgomery, K. L., Kim, J. S., Springer, D. W., & Learman, J. A. (2013). A systematic and empirical review of mindfulness interventions with adolescents: A potential fit for delinquency intervention. *Best Practices in Mental Health, 9*(1), 1-19.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2004). ACT with children, adolescents, and their parents. Dans S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Éds), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 249-273). New York, NY: Springer Science+Business Media Inc.
- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2011). State of the research and literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(1), 15-22.
- Newman, M. L., Holden, G. W., & Delville, Y. (2011). Coping with the stress of being bullied: Consequences of coping strategies among college students. *Social Psychological and Personality Science, 2*(2), 205-211. doi:10.1177/1948550610386388
- Niemeier, H. M., Leahey, T., Palm Reed, K., Brown, R. A., & Wing, R. R. (2012). An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: A pilot study. *Behavior Therapy, 43*, 427-435. doi:10.1016/j.beth.2011.10.005
- Oderda, L., & Tounian, P. (2013). Les complications psychologiques de l'obésité infantile. *Archives de pédiatrie, 20*, 65-66. doi:10.1016/S0929-693X(13)71324-1
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Obésité*. Document consulté le 21 janvier 2014 de <http://www.who.int/topics/obesity/fr/index.html>

- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 105-121. doi:10.1016/j.brat.2014.07.018
- Parfy, E. (2012). Schema therapy, mindfulness, and ACT: Differences and points of contact. Dans M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Éds), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 229-237). Oxford, UK: Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons Ltd.
- Parham, E. S. (1996). Is there a new weight paradigm? *Nutrition Today*, *31*(4), 155-161.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 181-197. doi:10.1016/j.cbpra.2011.03.001
- Pearson, A. N., Heffner, M., & Follette, V. M. (2010). *Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc.
- Reilly, J. J., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, *35*, 891-898. doi:10.1038/ijo.2010.222
- Roberts, K. C., Shields, M., de Groh, M., Aziz, A., & Gilbert, J. (2012). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011. *Rapports sur la santé*, *23*(3), 1-7.
- Roberts, W. B., Jr. (2009). *L'intimidation chez les jeunes : comprendre et aider les victimes et les intimidateurs*. Montréal, QC: Chenelière Éducation inc.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York, NY: The Guilford Press, Guilford Publications Inc.
- Secker, D. (2010). Promouvoir la surveillance optimale de la croissance des enfants au Canada : l'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé – Résumé. Un document de principes conjoint des Diététistes du Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers communautaires. *Paediatrics and Child Health*, *15*(2), 80-83.

- Semple, R. J., & Burke, C. A. (2012). Mindfulness-based treatment for children and adolescents. Dans P. C. Kendall (Éd.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, (4^e éd., pp. 411-426). New York, NY: The Guilford Press, Guilford Publications Inc.
- Shields, M. (2005). Obésité mesurée : l'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada. Dans *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (no1). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Shields, M., & Tremblay, M. S. (2010). Canadian childhood obesity estimates based on WHO, IOTF and CDC cut-points. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5, 265-273. doi:10.3109/17477160903268282
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. doi:10.1037/a0022181
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 1-10. doi:10.3389/fpsyg.2010.00182
- Simpson, S. G., & Slowey, L. (2011). Video therapy for atypical eating disorder and obesity: A case study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 38-43. doi:10.2174/1745017901107010038
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W. R., van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. M. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 9, 474-488. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Singh, A. N., Winton, A. S. W., Singh, J., McAleavey, K. M., ... Joy, S. D. S. (2008). A mindfulness-based health wellness program for managing morbid obesity. *Clinical Case Studies*, 7(4), 327-339. doi:10.1177/1534650107312869
- Skårderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 347-383). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Sperry, S., Knox, B., Edwards, D., Friedman, A., Rodriguez, M., Kaly, P., ... Shaffer-Hudkins, E. (2014). Cultivating healthy eating, exercise, and relaxation (CHEER): A case study of a family-centered and mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for obese adolescents at risk for diabetes and cardiovascular disease. *Clinical Case Studies*, 13(3), 218-230. doi:10.1177/1534650113507743

- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, *52*, 396-404. doi:10.1016/j.appet.2008.11.012
- The, N. S., Suchindran, C., North, K. E., Popkin, B. M., & Gordon-Larsen, P. (2010). Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. *Journal of the American Medical Association*, *304*(18), 2042-2047. doi:10.1001/jama.2010.1635
- Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *13*(3), 395-407. doi:10.1177/1359104508090603
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, *29*, 381-387. doi:10.1038/sj.ijo.0802915
- Twohig, M. P., Field, C. E., Armstrong, A. B., & Dahl, A. L. (2010). Acceptance and mindfulness as mechanisms of change in mindfulness-based interventions for children and adolescents. Dans R. A. Baer (Éd.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 225-249). Oakland, CA: Context Press, New Harbinger Publications Inc.
- van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. Dans M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Éds), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 27-40). Oxford, UK: Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons Ltd.
- Van Vlierberghe, L., & Braet, C. (2007). Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 342-351. doi:10.1002/cpp.546
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, *34*, 316-332. doi:10.1007/s10608-009-9283-5
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., & Goossens, L. (2009). Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, *42*, 437-442. doi:10.1002/eat.20638

- Wagner, E. E., Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2006). Mindfulness in dialectical behavior therapy (DBT) for adolescents. Dans R. A. Baer (Éd.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 167-189). Burlington, VT: Elsevier Academic Press.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders. Dans L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Éds), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 139-175). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wardle, J. (2009). Is obesity an eating disorder? *European Health Psychologist, 11*, 52-55.
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T. P., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice, 6*, e21-e30. doi:10.1016/j.orcp.2011.04.004
- Weiss, F. (2006). Psychodynamic group psychotherapy for the obese disordered-eating adult: A contemporary view. *Group, 30*(4), 337-357.
- Wilfley, D. E., Kass, A. E., Kolko, R. P., & Stein, R. I. (2012). Eating disorders and obesity. Dans P. C. Kendall (Éd.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, (4^e éd., pp. 283-323). New York, NY: The Guilford Press, Guilford Publications Inc.
- Wilfley, D. E., Tibbs, T. L., Van Buren, D. J., Reach, K. P., Walker, M. S., & Epstein, L. H. (2007). Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychology, 26*(5), 521-532. doi:10.1037/0278-6133.26.5.521
- Winston, T. (2012). Psychodynamic approaches to eating disorders. Dans J. R. E. Fox & K. P. Goss (Éds), *Eating and its disorders* (pp. 244-259). Oxford, UK: Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons Ltd.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2003). *Je réinvente ma vie : vous valez mieux que vous ne pensez*. Montréal, QC: Les Éditions de l'Homme.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: The Guilford Press, Guilford Publications Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles, Belgique: Groupe De Boeck s.a.

Appendice A

Plan d'intervention individuelle jumelant la thérapie des schémas et l'ACT
pour les adolescents présentant un excès de poids

Objectifs principaux et sous-objectifs du plan d'intervention

Phase d'évaluation initiale (une ou plusieurs séances)

- Anamnèse habituelle avec une attention particulière sur :
 - o État de santé psychosociale
 - o État de santé physique, dont complications de l'excès de poids
 - o Habitudes de santé (p. ex., alimentation et activité physique)
 - o Évolution et fluctuation du poids depuis l'enfance, facteurs susceptibles d'avoir contribué au développement de l'excès de poids, tentatives de perte de poids antérieures
 - o Facteurs susceptibles d'influencer la participation au plan d'intervention et son efficacité (p. ex., qualité de la motivation, sentiment d'auto-efficacité, croyances quant à l'origine de l'excès de poids)
 - o Environnement familial¹ (p. ex., habiletés parentales dont la capacité de soutien, perception de la pertinence du traitement par les parents)
- Questionnaire des schémas de Young
- Indicateurs d'efficacité thérapeutique suggérés² :
 - o Mesures objectives (p. ex., IMC, pression sanguine, bilan lipidique, niveau d'activité physique, valeur nutritive des aliments consommés)
 - o Mesures subjectives (p. ex., préoccupation par rapport au poids et à la nourriture, acceptation de soi et de son apparence physique, estime de soi, qualité de vie, capacité de défusion)
- Fournir des explications à l'adolescent concernant le rationnel soutenant le plan d'intervention proposé (p. ex., en quoi les comportements favorisant l'excès de poids, comme les habitudes alimentaires et d'activité physique, représentent de l'évitement expérientiel)

Phase active de l'intervention (minimum de 22 séances d'une heure)

Étape 1 (séances 1 à 3)

Introduction aux modèles

- Objectif principal : favoriser la pleine conscience et la tolérance des événements internes (p. ex., pensées, émotions, sensations corporelles) à l'aide d'exercices incluant des métaphores
- Sous-objectifs : a) fournir des outils auxquels se référer au quotidien, notamment dans les autres étapes du plan d'intervention; b) introduire la chaîne d'analyse

¹ S'il y a lieu, orientation vers une intervention systémique ou des professionnels de la santé plus spécialisés (p. ex., médecin, nutritionniste, kinésologue)

² Il serait idéal de les évaluer en début et en fin d'intervention, tout comme quelques mois ou quelques années après le suivi pour vérifier s'il y a maintien des bénéfices. La plupart des mesures objectives doivent être fournies par le corps médical.

Étape 2 (séances 4 à 6)**Élaboration d'un plan d'action**

- Objectif principal : préciser les objectifs thérapeutiques visés par l'adolescent
- Sous-objectifs : a) clarifier les valeurs; b) identifier des buts en lien avec la santé (alimentation et activité physique) et, s'il y a lieu, reliés à d'autres sphères de la vie; c) identifier les obstacles possibles à l'atteinte des objectifs et les facteurs pouvant les favoriser
- À la fin de cette étape, une rencontre avec les parents est possible afin de les sensibiliser aux objectifs de leur adolescent

Étape 3 (séances 7 à 9)**Application des modèles à l'alimentation**

- Objectif principal : favoriser une régulation de l'alimentation basée sur les besoins physiologiques
- Sous-objectifs : a) modifier son alimentation au nom de ses valeurs, malgré la présence d'événements internes allant dans le sens opposé; b) se réapproprier ses signaux de faim et de satiété; c) comprendre les facteurs entraînant l'envie de manger et quand ils ne sont pas liés à la sensation de faim, utiliser la résolution de problème; d) tolérer les événements internes liés à l'envie de manger, quand ne pas y répondre provient d'un choix éclairé; e) manger en pleine conscience

Étape 4 (séances 10 à 12)**Application des modèles à l'activité physique**

- Objectif principal : favoriser l'engagement dans l'activité physique
- Sous-objectifs : a) s'activer au nom de ses valeurs, malgré la présence d'événements internes allant dans le sens opposé; b) tolérer la détresse associée à l'activité physique, notamment la fatigue, l'inconfort et l'urgence d'arrêter; c) bouger en pleine conscience de son environnement intérieur (p. ex., sensations corporelles) et extérieur (p. ex., observer le paysage)

Étape 5 (séances 13 à 15)**Application des modèles à l'estime de soi et à l'image corporelle**

- Objectif principal : favoriser une vision globale de soi, qui n'est pas uniquement basée sur l'image corporelle et les habitudes de santé
- Sous-objectifs : a) prendre conscience et tolérer les événements internes rattachés à son image personnelle incluant son corps; b) diminuer les comportements d'évitement reliés à une faible estime personnelle et à une perception négative de son corps; c) identifier en quoi l'insatisfaction corporelle peut représenter une forme d'évitement expérientiel

Étape 6 (séances 16 à 18)**Application des modèles aux relations interpersonnelles et à la victimisation**

- Objectif principal : acquérir des habiletés sociales favorisant un rapport d'égalité dans les relations interpersonnelles

- Sous-objectifs : a) identifier en quoi les enjeux personnels, dont les schémas précoces inadaptés, sont liés aux difficultés sur le plan interpersonnel; b) améliorer les habiletés de communication et d'affirmation de soi, notamment par une meilleure identification des événements internes et une diminution des comportements d'évitement et des agirs

Étape 7 (séances 19 et plus) (facultatif)

Thérapie des schémas

- Travail de guérison des schémas précoces inadaptés à l'aide de techniques comme l'imagerie
- Importance d'évaluer s'il est adéquat d'entamer un tel processus (p. ex., possibilité de suivi à long terme, ressources internes de l'adolescent, conséquences possibles au plan systémique, intérêt de l'adolescent envers ce genre d'approche)

Étape 8 (séances finales)

Prévention de la rechute

- Objectif principal : favoriser le maintien d'une régulation émotionnelle adaptée face aux événements difficiles à venir
- Sous-objectifs : a) réviser les stratégies enseignées tout au long de la thérapie; b) faire un retour sur le processus thérapeutique et sur les progrès réalisés; c) identifier les situations à risque de rechute et les stratégies à utiliser dans de telles situations; d) explorer les enjeux liés à la fin du suivi régulier

Phase de maintien de l'intervention (minimum de 4 séances mensuelles d'une heure)

- Objectif principal : explorer les difficultés qui surviennent dans le maintien des nouveaux comportements
- Possibilité d'un suivi à long terme, impliquant des rencontres ou des contacts téléphoniques à intervalle régulier

Appendice B
Exemples d'exercices et de métaphores pouvant être utilisés
dans le plan d'intervention

Dix raisons motivant le changement

Cet exercice détermine les principales raisons pour lesquelles un changement des habitudes de vie, ultimement une perte de poids, est souhaité par l'adolescent. Il permet au clinicien de déceler les différentes sources de motivation intrinsèques et extrinsèques, lesquelles peuvent être plus ou moins adaptées. Lorsqu'il est repris en fin de suivi, cet exercice offre la possibilité à l'adolescent de comparer ses réponses avec celles émises quelques mois auparavant. En effet, à la suite de l'intervention, les raisons devraient être davantage en lien avec ses valeurs. De façon similaire, l'adolescent pourrait être invité à nommer les « pour » et les « contres »¹ des objectifs visés dans le plan d'intervention afin d'anticiper le stress du changement, notamment dans un contexte systémique. Par exemple, diverses réactions sont possibles face à la pensée de ne plus être en excès de poids et de présenter un corps de poids normal, comme des craintes.

Tante Danielle²

Cette métaphore souligne les bénéfices de l'acceptation, en comparaison de la stratégie adaptative de la lutte, face aux événements internes. Il s'agit pour l'adolescent de s'imaginer qu'il organise un repas pour son anniversaire auquel il ne veut pas que sa tante Danielle assiste. Deux choix s'offrent à lui. D'abord, il peut demeurer près de la porte pour s'assurer d'intercepter tante Danielle si elle se présente chez lui à l'improviste. En voulant la maintenir à l'écart (et en restant ainsi près de la porte), toute son énergie et tout son temps seront focalisés sur tante Danielle, plutôt que sur la fête. Il se privera alors de s'amuser avec les autres. Or, comme deuxième solution, l'adolescent peut permettre à tante Danielle d'assister à son anniversaire si elle pointe le bout de son nez (ce qui n'est pas certain). Par sa présence, son anniversaire ne se déroulera probablement pas comme il l'aurait souhaité. Par contre, n'étant pas occupé à prévenir et à se préoccuper de la possible venue de tante Danielle, il pourra en profiter davantage.

Écriture à l'aveugle³

Cet exercice permet aussi de démontrer l'intérêt de l'acceptation comparativement à la lutte. Plus spécifiquement, il favorise la prise de conscience de la capacité à s'engager dans l'action en présence de pensées, d'émotions ou de sensations douloureuses. Le clinicien donne une feuille et un crayon à l'adolescent. Il lui demande d'écrire une phrase, alors qu'il place un obstacle devant ses yeux (p. ex., un carton). Dans un premier temps, le clinicien permet à l'adolescent de faire tout ce qu'il peut pour voir en même

¹ Adapté de Waller et al. (2007, p. 158).

² Adapté de Monestès et Villatte (2011, p. 47).

³ Adapté de Monestès et Villatte (2011, p. 49).

temps qu'il écrit (p. ex., bouger la tête, se lever, repousser son bras). Pendant que l'adolescent essaie d'écrire et de contourner l'obstacle, le clinicien tente de lui boucher la vue le plus possible. Au bout de quelques secondes, l'adolescent n'aura probablement rien écrit, du moins de lisible, étant trop occupé à essayer d'éviter l'obstacle. Dans un second temps, le clinicien propose à l'adolescent une autre approche, soit de ne pas essayer de contourner l'obstacle et de se concentrer plutôt sur ses efforts pour écrire. L'adolescent devrait parvenir à écrire une phrase lisible facilement.

Les passagers du bus¹

Cette métaphore aide à percevoir qu'il est possible d'agir selon ses valeurs plutôt que selon ses pensées et émotions « barrières ». L'adolescent est amené à imaginer ses pensées, ses émotions et ses sensations physiques comme les passagers d'un bus dont il est le chauffeur. Deux choix s'offrent à lui devant les passagers qui crient où ils veulent aller : il peut les écouter et aller dans le sens qu'ils indiquent ou choisir de les laisser crier et conduire dans la direction que lui-même souhaite, c'est-à-dire vers ses valeurs.

Compter sa respiration²

Cet exercice permet de centrer son attention sur sa respiration, dans ce cas-ci en la comptant silencieusement. Il est aussi possible d'expérimenter en pleine conscience les sensations physiques liées à l'inspiration et à l'expiration de l'air dans son corps. La respiration constitue un repère simple pour revenir au moment présent, notamment quand des émotions intenses sont vécues. Si une pensée survient lorsque l'adolescent observe et compte sa respiration, il doit simplement remarquer cette pensée, la laisser passer, puis revenir sur sa respiration.

Le balayage corporel³

Cet exercice aide à prendre conscience des sensations physiques parvenant des différentes parties de son corps en y portant attention de façon successive. Par exemple, l'adolescent peut percevoir une tension musculaire au niveau de ses épaules et ainsi identifier un état de stress ou ressentir la faim en se réappropriant ses signaux internes.

Surfer sur ses impulsions⁴

Cette métaphore permet de concevoir une impulsion comme une vague dans le but de ne pas y répondre, c'est-à-dire d'y réagir. Il est possible d'observer une impulsion devenir de plus en plus intense, puis commencer à diminuer. De fait, une vague finit

¹ Adapté de Monestès et Villatte (2011, p. 84).

² Adapté de Monestès et Villatte (2011, p. 111).

³ Adapté de Monestès et Villatte (2011, p. 106).

⁴ Adapté de Harris (2009, p. 135).

toujours par redescendre. Par exemple, face à une situation de *craving*, l'adolescent peut remarquer de quelle façon son urgence de consommer s'accroît et, quand il n'y répond pas, comment elle s'atténue pour finalement disparaître.

J'ai la pensée que...¹

Cet exercice modifie la formulation des pensées pour favoriser la distanciation vis-à-vis de celles-ci. Ajouter « j'ai la pensée que... » devant une croyance (p. ex., « j'ai la pensée que... je suis laide ») aide à concevoir celle-ci comme étant seulement une série de mots et non pas une représentation de la réalité. De fait, la distanciation est créée sans discuter de la véracité du contenu des pensées.

Chaîne d'analyse²

Cet exercice permet d'établir la séquence des événements menant à un comportement qui s'éloigne des objectifs ciblés dans le plan d'intervention (souvent par évitement expérientiel). L'adolescent est amené à déterminer les différents éléments impliqués, à savoir :

- Facteur(s) de vulnérabilité : facteur favorisant une réaction inadaptée à l'événement déclencheur. Par exemple, difficultés de sommeil, mauvaise qualité de l'alimentation, problème de santé, consommation d'alcool ou de drogue, procrastination, pression à l'école.
- Événement(s) déclencheur(s) : événement spécifique entraînant la séquence des événements menant au comportement à analyser. Par exemple, se chicaner avec un ami, se regarder dans un miroir, aller à une fête.
- Schéma(s) : schéma précoce inadapté pouvant influencer l'interprétation de l'événement déclencheur.
- Émotions(s) : émotion engendrée par l'événement déclencheur.
- Pensée(s), Image(s), Souvenir(s) : pensée, image ou souvenir engendrés par l'événement déclencheur.
- Sensation(s) physique(s) : sensation physique engendrée par l'événement déclencheur.
- Comportement(s) à analyser : comportement qui diffère des objectifs établis par l'adolescent au plan de l'alimentation, de l'activité physique, de l'estime de soi ou des relations interpersonnelles. Par exemple, manger de la restauration rapide quand il était prévu de cuisiner un repas santé, ne pas s'entraîner alors que cette activité était inscrite à son agenda, ne pas magasiner avec un ami plus mince que soi, ne pas s'affirmer devant un intimidateur.

¹ Adapté de Monestès et Villatte (2011, p. 89).

² Adapté de Safer et al. (2009, p. 75).

- Conséquence(s) : impact positif et négatif, à court et à long terme, du comportement à analyser. Par exemple, soulagement d'un inconfort, confirmation d'un schéma, apparition d'un autre comportement à analyser, difficulté à retourner s'excuser auprès d'autrui, mauvaise image de soi.

La Figure 1 présente l'exemple d'une chaîne d'analyse. Elle illustre une situation pouvant avoir été vécue par Myriam, cas fictif présenté préalablement.

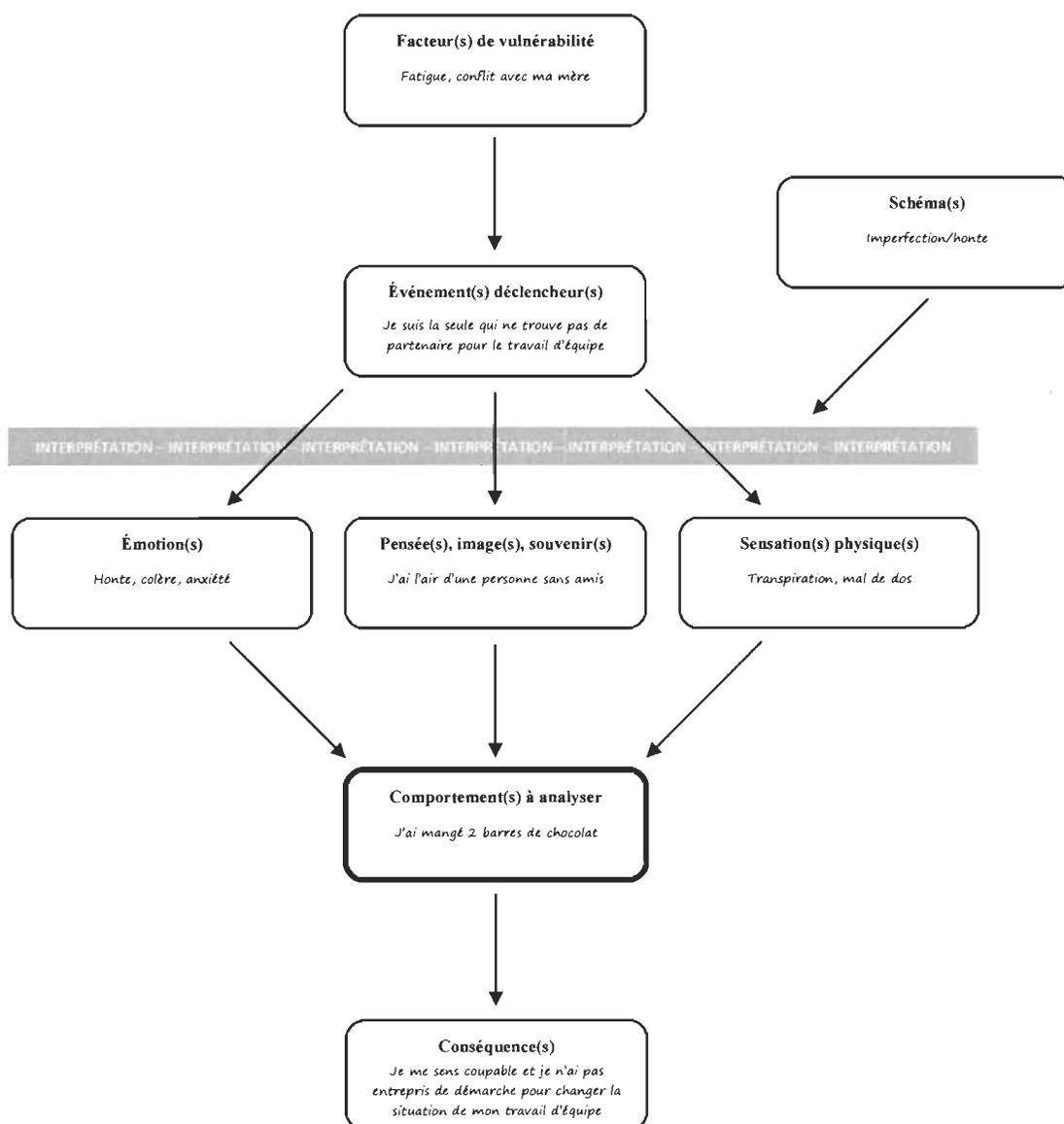


Figure 1. Chaîne d'analyse complétée par une adolescente.

Extraterrestre et ski alpin

Cette métaphore permet d'illustrer l'importance du plaisir dans le processus menant à l'atteinte des objectifs. Dans cette histoire, un humain explique à un extraterrestre (qui lui propose de le téléporter au bas de la pente pour l'aider) qu'en ski alpin, la descente est tout aussi plaisante, sinon plus, que le point d'arrivée.

Carotte et chocolat¹

Cet exercice aide à pratiquer la défusion (dissocier pensées et comportements) afin de favoriser l'engagement dans un comportement valorisé malgré la présence de pensées qui rendent celui-ci difficile. Le clinicien présente une carotte et un morceau de chocolat à l'adolescent, puis lui demande d'écrire toutes ses pensées relatives au désir de manger le chocolat (p. ex., « manger seulement un morceau ne peut pas être si mauvais »). L'adolescent est ensuite invité à manger la carotte en regardant le morceau de chocolat, pendant que le clinicien lit la liste des pensées précédemment écrites.

Trois questions pour un choix éclairé²

Cet exercice permet de faire un choix éclairé, c'est-à-dire en pleine conscience, quant au comportement alimentaire à adopter. Pour ce faire, l'adolescent peut se poser trois questions (qui pourraient être adaptées à des comportements autres qu'alimentaires, notamment ceux reliés à l'activité physique), soit :

- Qu'est-ce qui m'amène à vouloir manger cet aliment maintenant?
- Quelles sont mes autres options d'aliments à consommer ou de comportements dans lesquels je peux m'engager?
- Est-ce que manger cet aliment est l'option que je veux choisir?

Observer toutes les facettes d'un même objet³

Cet exercice consiste à se centrer un long moment sur un objet auquel on ne prête habituellement pas une telle attention. Par exemple, l'adolescent peut observer un raisin sec comme s'il s'agissait de quelque chose qu'il n'avait jamais vu. Il en remarque les circonvolutions, la forme et la couleur. Ensuite, il le porte à sa bouche très lentement et le garde plusieurs minutes sur sa langue et contre son palais pour prendre conscience des sensations que le contact ainsi prolongé peut procurer. Progressivement, l'adolescent croque le raisin et constate les nouvelles sensations qui apparaissent. Chaque étape de cet exercice est réalisée en observant les pensées, les sensations et les émotions qui sont déclenchées par le contact avec le raisin.

¹ Adapté de Forman et al. (2009, p. 228).

² Adapté de Forman et al. (2009, p. 228).

³ Adapté de Monestès et Villatte (2011, p. 109).

Lever les jambes¹

Cet exercice permet de pratiquer la défusion face aux événements internes (p. ex., inconfort, fatigue, urgence d'arrêter) engendrés par l'effort physique. Le clinicien demande à l'adolescent, qui est assis sur sa chaise, de lever les jambes parallèles au sol et de pratiquer différentes techniques à cet effet, entre autres : « j'ai la pensée que... je ne suis plus capable de garder les jambes levées ».

Miroir en pleine conscience²

Cet exercice permet la pleine conscience, l'acceptation et la défusion des événements internes liés à la perception de son image corporelle. En se regardant dans un miroir, l'adolescent est invité à verbaliser toutes les pensées et émotions par rapport à son corps, allant de la tête aux pieds.

¹ Adapté de Butryn et al. (2011, p. 517).

² Adapté de Pearson et al. (2010, p. 118).