



UFR de Psychologie

« Département de Psychopathologie Clinique, de Psychologie de la Santé et de
Neurosciences »

Mémoire du Master 2 professionnel « *Psychothérapies et Psychopathologies* »

**Peut-on dresser un profil psychologique de l'obésité ? Etude clinique de la
violence dans la dynamique psychique de personnes obèses.**

Soutenu le 16 juin 2011 par Adélaïde d'Antin de Vaillac

Mail : adedantin@yahoo.fr

Note obtenue : 16/20

Directeur de mémoire : M. Pirlot

Membre assesseur : Mme Callahan



Remerciements

Ma reconnaissance va tout d'abord à Magalie Oustrain, psychologue clinicienne au CHU de Ranguel, tutrice du stage effectué cette année. Ses conseils judicieux et son suivi attentionné furent prodigués avec une générosité gratuite, et ont été d'un grand soutien pour l'élaboration de ce travail. Ma gratitude est aussi adressée à Mademoiselle Serrentino, psychologue également au CHU de Ranguel, avec qui les échanges cliniques ont enrichi ma réflexion.

Je remercie aussi Monsieur Pirlot pour ses conseils avisés. La rareté de nos échanges n'a pas empêché la précision et la grande pertinence de son éclairage clinique et théorique, qui m'a ouvert de bonnes pistes pour avancer dans mon travail.

Enfin, je tiens à remercier Madame Callahan, pour avoir accepté d'être membre assesseur lors de la soutenance. Sa bienveillance et sa disponibilité ont été remarquables.

Sommaire

<u>Introduction</u>	4
<u>I. Revue théorique sur la polyvalence de l'obésité</u>	6
1. Définition de l'obésité	6
1.1. Obésité et société.....	6
1.2. Spécificités cliniques de l'obésité.....	8
1.3. La question du traumatisme.....	11
2. Obésité et psychopathologie	12
2.1. Dépression.....	12
2.2. Addictions et Troubles du Comportement Alimentaire.....	13
2.3. Etats-limite : la clinique du vide.....	14
3. Diversité des prises en charge de l'obésité	15
3.1. La chirurgie bariatrique.....	15
3.2. Les psychothérapies.....	15
<u>II. Méthodologie de la recherche et cas cliniques</u>	17
1. Méthodologie	17
1.1. Problématique.....	17
1.2. Hypothèses et indicateurs.....	18
2. Opérationnalisation de la recherche	19
2.1. Cadre de la recherche.....	19
2.2. Recueil des données.....	20

3. Entretiens, analyse et résultats.....	22
2.1. Mme B.....	22
2.2. Mme C.....	27
2.3. M. D.....	31
2.4. M. M.....	36
<u>III. Discussion : clinique de l'obésité et conséquences thérapeutiques.....</u>	42
1. Enjeux et dynamiques psychiques de l'obésité.....	42
1.1. Ré-évaluation du concept d'obésité.....	42
1.2. Violence et obésité.....	44
1.3. Limites de notre recherche.....	44
2. Conséquences thérapeutiques.....	45
2.1. L'outil chirurgical : fonctions et préparation.....	45
2.2. La nécessaire adaptation des psychothérapies classiques.....	46
2.3. Importance du contexte social.....	47
<u>Conclusion.....</u>	49
<u>Bibliographie.....</u>	50
<u>Annexes.....</u>	53
Grille d'entretien.....	53
Formulaire de consentement.....	54
Projet de publication.....	55

Introduction

L'obésité semble être un trouble énigmatique. N'ayant pas de place propre au sein des nosographies psychiatriques, sa seule définition concerne en fait ses manifestations physiques. Quelle est donc la spécificité psychique de l'obésité ? Y'a-t-il un point commun, une dynamique partagée chez les personnes obèses ? C'est ce que nous avons tenté d'explorer dans ce travail, afin de tenter de comprendre pourquoi et comment devient-on obèse. Nous ne parlerons pas de certaines obésités constitutionnelles ou génétiques car ces obésités ont un déterminant trop médical qui dépasse nos compétences.

Nos investigations cliniques nous ont amenée à un constat : l'obésité est polyvalente, et sa ressemblance avec d'autres entités psychopathologiques est troublante car elle interroge sur la spécificité de l'obésité. Une revue de la littérature internationale sur le sujet de l'obésité va permettre d'envisager les liens de celle-ci avec divers fonctionnements psychologiques : dépression, états-limite, addictions, troubles du comportement alimentaire, troubles psychosomatiques. Beaucoup des traits saillants de ces troubles se retrouvent dans l'obésité ; des relations anaclitiques de l'état-limite (Bergeret), à la basse estime de soi de la dépression. Devant tant de ponts psychopathologiques, notre hypothèse de départ sera ré-examinée. Celle-ci établissait qu'une certaine ligne psychologique commune pouvait décrire les trajectoires des personnes obèses. Mais les ressources théoriques sur l'obésité paraissent démontrer sa grande diversité clinique.

Face à toutes les fonctions assumées par l'obésité, nous avons tenté de dégager un axiome principal, afin de mieux comprendre la trajectoire des personnes obèses. L'hypothèse secondaire concernait ainsi la violence vécue par ces personnes. Nous allons explorer ce lien entre violence et obésité dans plusieurs publications, pour l'étudier précisément. Nous avons

mené quatre entretiens de recherche, auprès de quatre patients obèses candidats à une opération de chirurgie bariatrique, afin d'en savoir plus sur la constitution de leur obésité. Ces rencontres ont eu lieu en service de chirurgie digestive à l'hôpital de Rangueil, autour d'entretiens semi-directifs. Le fil de notre recherche concerne donc aussi la violence subie, et son influence sur une obésité développée après-coup. Tandis que nous comptions dégager un profil psychologique de l'obésité, la réalité fort complexe vécue par les personnes rencontrées a mis notre projet en déroute. Modalités relationnelles, narcissisme, instances surmoïques, sexualisation, individuation : tout semble différent chez les personnes rencontrées. Il était tout de même important d'interroger le rôle de la violence dans leur parcours, afin de comprendre aussi leur désir d'intervention chirurgicale.

Cependant, bien que nos hypothèses aient été invalidées, la richesse clinique rencontrée a permis une réflexion sur la prise en charge de l'obésité. Celle-ci varie selon les obédiences théoriques, et il a paru important de les détailler pour examiner les leviers thérapeutiques que l'on peut trouver dans la clinique de l'obésité. La revue de ces moyens thérapeutiques nous a permis de questionner les prises en charges actuelles de l'obésité, afin de dégager les points clés qui semblent nécessaires au suivi thérapeutique des personnes obèses.

I. Revue théorique sur la polyvalence de l'obésité

L'obésité est une réalité devenue problème de santé publique en France, mais également sur toute la planète. Pourtant, si ses manifestations physiques sont bien visibles, le concept d'obésité peut sembler flou et polyvalent, oscillant entre maladie somatique et problème alimentaire. C'est pourquoi nous avons voulu éclaircir cette notion, en l'abordant de la manière la plus globale possible. Une revue de l'obésité dans le contexte social a semblé importante, car les facteurs sociaux sont fondamentaux pour aborder un problème sanitaire national et international.

1. Définition de l'obésité

1.1. Obésité et société

L'obésité est un véritable problème de santé publique. L'OMS la décrit comme une épidémie mondiale, et sa progression en France est indéniable. La dernière enquête nationale sur le sujet, datant de 2009, révèle une progression de l'obésité sévère, la prévalence de celle-ci étant de 1,5% en 1997 à 3,9% en 2009¹. 31,9% des français de plus de 18 ans sont en surpoids, et 14,5% sont obèses (IMC > 30kg/m²). L'obésité serait le cinquième facteur de risque de mortalité selon l'OMS². Ces chiffres attirent notre attention sur l'ampleur du phénomène social incarné par l'obésité.

Mais l'obésité est un concept assez flou. Elle se définit par un excès de masse grasse, ayant un impact néfaste sur la santé. L'obésité est donc définie par sa manifestation, un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30kg/m². Cet IMC correspond au poids en kilos divisé par la taille en mètres au carré. C'est un indicateur consensuel de l'obésité, mais il calcule

¹ 5ème édition de l'enquête nationale ObEpi, Inserm / TNS Healthcare(Kantarhealth) / Roche (2009). P.17

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

seulement la masse pondérale et non l'adiposité des tissus, ce qui compte pourtant beaucoup dans l'évaluation de l'obésité.

Il est intéressant de se pencher sur les facteurs sociaux liés à l'obésité. Le rapport ObEpi 2009 relate une augmentation du poids chez toutes les catégories professionnelles, bien que cette augmentation se fasse à une vitesse différente³. Ce rapport montre aussi le lien entre le niveau d'instruction, dans le sens où plus il est faible, plus l'obésité augmente. Cette corrélation inversement proportionnelle concerne aussi les revenus des foyers. Enfin, l'étude ObEpi montre que depuis 50 ans, les Français deviennent obèses de plus en plus précocement. L'OMS précise que si l'obésité était jadis liée aux niveaux de développement nationaux, elle n'est maintenant plus caractéristique des pays riches et près de 35 millions d'enfants sont touchés par l'obésité dans des pays en développement⁴.

La stigmatisation de l'obésité est aussi un facteur aggravant le mal-être des personnes obèses. L'apparence physique est souvent jugée révélatrice de la personnalité, et le corps d'une personne obèse peut être perçu comme signe de léthargie, avidité, vénalité, richesse et égoïsme (Mankar et al., 2008). Cependant, la stigmatisation ne produit pas l'obésité, bien qu'elle semble être un facteur aggravant. Berdah (2008) précise que « la stigmatisation ne crée probablement pas le surpoids et l'obésité, mais elle l'aggrave et l'entretient.⁵»

Ces perspectives sociales ont été exposées car on ne peut parler d'un problème public comme l'obésité sans examiner son aspect social, car le contexte détermine souvent certaines manifestations, et son étude permet de cerner de manière globale le sujet. Mais après avoir évoqué l'obésité sous l'angle social et médical, il convient de l'appréhender sous l'angle psychologique.

³ 5ème édition de l'enquête nationale ObEpi, Inserm / TNS Healthcare(Kantarhealth) / Roche (2009), p.29.

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

⁵ Berdah C. (2008) Obésité et psychiatrie. SYMPOSIUM CREGG - COMMISSION MOTRICITÉ DIGESTIVE ET NUTRITION Probiotiques, ballon gastrique et chirurgie bariatrique. Paris, 4 juillet 2008 Acta Endoscopica Volume 38, Supplement 1, S49-S54. S50

1.2. Spécificités cliniques de l'obésité

Le premier champ auquel l'obésité semble rattachée est celui du psychosomatique. L'OMS explique que « la cause fondamentale de l'obésité et du surpoids est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées.⁶» Cependant, l'excès de graisse tout comme le déséquilibre alimentaire ne disent rien sur ce qu'est l'obésité, mais renseignent seulement sur ses manifestations. Et les reprises de poids post-opératoires montrent bien que l'obésité concerne plus que le seul poids. Par ailleurs, on peut lire dans l'Abrégé de Psychologie pathologique que « pour pouvoir dire qu'une maladie est psychosomatique, il faut faire ressortir l'existence d'un conflit⁷ ». Or ce conflit est assez manifeste au premier abord : le fait de manger excessivement allié à une culpabilité consécutive imparable est un mélange d'excès et de contrôle qui semble hautement conflictuel et douloureux pour la personne obèse. Par ailleurs, Sami-Ali a décrit la notion d'impasse relationnelle, qui semble parlante pour certaines obésités. Leydenbach (2003) évoque l'impasse relationnelle d'une patiente, dont l'issue thérapeutique sera permise par l'esthétique, permettant une ouverture à autrui dont elle ne pouvait bénéficier auparavant. Lorsque les mots manquent, et que le lien à l'Autre fait défaut, le corps devient messenger pour dire ce dont le psychisme est muet. Mais si l'obésité est vraiment une manifestation psychosomatique, cela signifie-t-il qu'elle est assortie d'une organisation psychique particulière ?

Les auteurs semblent partagés vis-à-vis d'une psychopathologie spécifique de l'obésité. Gohier et al. (2010) ne trouvent pas de profil psychopathologique spécifique à l'obésité. Pourtant, certains éléments comme le repli social, la diminution de l'estime de soi, ou le rejet du corps présents dans l'obésité, peuvent conduire à une symptomatologie dépressive.

⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

⁷ Bécache A. (1976), *Malades psychosomatiques*, in Abrégé de Psychologie pathologique. Bergeret J. (dir.) Paris : Masson. p. 206.

D'autres auteurs évoquent des relations maternelles spécifiques dans l'obésité. Dumet (2006), expose la difficulté d'une de ses patientes de se séparer de l'objet maternel, celui-ci n'ayant pas été assez satisfaisant et donc insuffisamment intériorisé.

Bréchon (2005) évoque deux cas d'obésité, marqués de failles narcissiques importantes, conséquences d'un défaut d'enveloppe psychique protectrice. L'issue thérapeutique pour l'une des patientes consisterait dans le passage de l'incorporation à l'introjection, qui présupposerait la création de liens avec autrui.

L'obésité étant si liée à son objet qui est la nourriture, il peut sembler évident qu'on se réfère alors au stade oral, décrit par Freud comme le premier stade de la genèse psychique. Ce stade définit la modalité relationnelle de l'enfant avec l'extérieur. Sur le modèle de l'acte nutritif, on parlera d'incorporation et d'introjection, pour exprimer l'assimilation psychique progressive des représentations parentales. L'incorporation permettra l'assimilation d'un objet totalement bon, dans une indifférenciation entre le sujet et le monde extérieur, tandis que l'introjection sera plutôt l'intégration des représentations psychiques de l'objet maternel. L'introjection peut être définie comme le passage « sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets »⁸, assurant une sorte de permanence affective psychique.

Enfin, Anzieu peut apporter un éclairage pertinent sur certaines fonctions du Moi-Peau qui pourraient être rapprochées de l'obésité. Son principe de base est que « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental⁹ ». Le psychisme semble s'appuyer sur une peau mentalisée, intériorisée. Le Moi se structure sur une projection psychique de la surface corporelle. Nous avons retenu deux fonctions du Moi-Peau, qui pourraient être touchées dans l'obésité. La fonction contenante est manifestée par l'idée d'un sac enrobant, constitué au

⁸ Laplanche J., Pontalis J-B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF. 4^{ème} ed. : 2004. p. 209

⁹ Anzieu D. (1995) Le Moi-peau. Paris : Dunod. 2^{ème} ed. p. 119.

départ par les gestes, les sons échangés entre la mère et l'enfant. Anzieu note aussi l'importance du Ca pour la contenance, car celle-ci ne sera construite, éprouvée, que si des pulsions butent sur les limites, que si des poussées sont vécues. Lorsque la fonction contenante fait défaut, l'angoisse de pulsions diffuses, non localisées et inconnues peut surgir. Ou encore, le Moi-Peau deviendra une passoire, de laquelle fuient les contenus psychiques ainsi que l'agressivité, qui est pourtant nécessaire à l'élaboration identitaire. Ceci peut être relié au ressenti de vide évoqué par plusieurs patients obèses, assorti d'une impression de fuite des contenus psychiques, provoquée par les « trous » de l'enveloppe psychique.

1.3. La question du traumatisme

La fonction de pare-excitation du Moi-peau paraît être centrale dans la question du traumatisme psychique, et indirectement dans l'obésité. Anzieu dit que la « nécessité de surinvestir ainsi l'enveloppe narcissique apparaît bien comme la contrepartie défensive d'un fantasme de peau décharnée : face à un danger permanent d'attaques externes/internes, il faut redorer le blason d'un Moi-peau mal assuré dans ses fonctions de pare-excitation et de contenant psychique. ¹⁰ » On pourrait penser que le surinvestissement narcissique évoqué se traduit corporellement chez les personnes obèses, à défaut de se faire psychiquement.

Plusieurs études convergent sur la maltraitance comme élément disposant à l'obésité. Greenfield et Marks (2009) ont remarqué que sur un échantillon de 1650 sujets, les personnes ayant subi des violences de la part de leurs parents sont plus enclines à devenir obèses, en utilisant la nourriture comme réponse au stress. Wildes et al. (2008), ont repéré que 66% des personnes obèses interrogées (N=230) disaient avoir vécu de la maltraitance infantile.

¹⁰ Ibid. p.154

Dunkley, Masheb et Grilo (2010), ont établi une corrélation entre l'insatisfaction corporelle et l'abus émotionnel et sexuel infantile chez les patients atteints de Binge Eating Disorders. Tous ces résultats n'établissent pas de relation de causalité entre la maltraitance infantile et l'obésité, mais elles dévoilent tout de même une forte corrélation entre ces deux variables.

Berdah (2010) dit que Bruch différencie « l'obésité de développement » (la mère répond systématiquement aux signaux de l'enfant en lui donnant à manger), et l'obésité réactionnelle par hyperphagie compensatrice, après un traumatisme. Par ailleurs, une étude italienne (Terracciano et al. 2009) établit une forte corrélation entre le surpoids et l'impulsivité, ainsi qu'à une faible capacité d'organisation. Elle établit aussi la vulnérabilité comme prédicteur de l'obésité. On peut ici faire le lien entre cette vulnérabilité et le passé de maltraitance chez les personnes obèses, évoqué dans les articles exposés précédemment.

Enfin, Anzieu évoque la fonction de pare-excitation du Moi-Peau en relation avec la notion de traumatisme. Cette fonction permet la « lutte contre l'angoisse d'effraction¹¹ » qui peut être vécue lors d'un traumatisme. C'est une sorte de filtre qui permet la régulation psychique, protection de l'intégrité. Mais l'effroi traumatique peut faire sauter ce système. La revue de tous ces mécanismes psychiques pose un cadre théorique qui permettra d'analyser les cas cliniques étudiés. Il faut maintenant examiner l'aspect psychopathologique de l'obésité, nécessaire pour la saisir de la manière la plus précise possible.

¹¹ Anzieu D. (1994) *Le Penser : du Moi-peau au Moi-pensant*. Dunod : Paris. p. 108.

2. Obésité et psychopathologie

Plusieurs difficultés surgissent lorsque l'on veut examiner l'obésité sous l'angle psychopathologique. En effet, l'étude des ressources théoriques sur l'obésité amène à penser que ce trouble entretient des liens très divers avec plusieurs entités psychopathologiques. Mais si c'est vraiment le cas, et que l'on retrouve dans l'obésité des problématiques qui ne lui sont pas spécifiques, y'a-t-il un point commun aux obésités ?

2.1. Obésité et dépression

De multiples travaux ont été conduits sur la présence de symptômes dépressifs chez les personnes obèses. Simon et al. (2008) ont montré une corrélation forte et constante entre la dépression et l'obésité chez 4641 femmes d'âge moyen. Or la dépression est elle-même fortement corrélée aux comportements à risques, et ceci sans distinction de poids (Verger, Dizière, Bocquier, Ventelou ; 2008). Une personne obèse aura tendance à manger cinq fois plus pendant un épisode dépressif qu'une personnes de poids normal (Murphy et al. ; 2009). Pourtant, Murphy et al. n'ont pas trouvé de lien entre l'obésité et la dépression, si ce n'est un symptôme dépressif commun : l'absence d'espoir. Enfin, Schneider et al. (2008) concluent qu'un traitement de la dépression préalable à une thérapie pour l'obésité, en améliore les bénéfices physiques et mentaux. Un autre élément semble établir une corrélation entre dépression et obésité. Faulconbridge et al. (2009) ont trouvé que la perte de poids permet de réduire les symptômes dépressifs, quel que soit le traitement ayant permis de perdre ce poids (sibutramine ou thérapie combinée). Par ailleurs, il semble que la corrélation entre dépression et obésité se retrouve sur un aspect neurologique commun, la faible sécrétion de dopamine, responsable de l'anhédonie (Berdah, 2010). Mais ces éléments n'établissent pas de réel

rapport de causalité entre obésité et dépression, ils manifestent seulement leur corrélation. Celle-ci semble d'ailleurs complexe, puisque la dépression peut être cause mais aussi conséquence de l'obésité, dont découleront différentes prises en charge ; il importera donc de déterminer si la dépression est primaire ou secondaire à l'obésité.

2.2. Addictions et Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

L'obésité peut faire penser aux addictions. Celles-ci supposant l'usage de substances nocives pour la santé, ainsi que le besoin d'un produit à assouvir rapidement, on pourrait presque y inclure l'obésité. Car l'obésité implique en effet que l'absorption de nourriture ait été abusive, et parfois certaines compulsions alimentaires en sont à l'origine. On peut d'ailleurs faire le lien entre obésité et TCA. Car certaines obésités ont été produites par de l'hyperphagie, qui consiste à manger des quantités démesurées de nourriture. Mais les personnes obèses ne sont pas forcément hyperphages. Certes, quelques patients présentent des compulsions alimentaires, vivant des épisodes de *craving* comparables à ceux vécus dans l'alcoolisme ou la toxicomanie, mais ce n'est pas le cas dans toutes les obésités, même morbides. Wardle (2009), s'est demandée si l'obésité gagnerait à être considérée comme un TCA, et sa conclusion est que l'obésité ne peut être réduite à un TCA bien que quelques aspects communs puissent être dégagés. Ainsi la représentation corporelle peut être troublée chez les personnes obèses, les empêchant de percevoir leur corps de manière juste et unifiée. Ce point est commun avec les TCA, dans lesquels le reflet du miroir présente une image du corps perçue de manière biaisée.

2.3. Obésité et états-limite

L'obésité a souvent été reliée aux personnalités limites. Celles-ci, possédant d'importantes failles narcissiques provoquées par un abandon précoce, ainsi qu'un sentiment d'identité défaillant, peuvent effectivement faire penser au fonctionnement de certaines personnes obèses. Nous avons pensé que le point commun entre obésité et états limite pourrait être saisi sous le terme de « clinique du vide ». On note en effet une sorte de béance psychique, qui peut être causée par un trauma précoce. L'évolution libidinale aurait été figée, car ayant rencontré trop tôt la problématique oedipienne. On peut rapprocher ce fait de la « déssexualisation » de certaines personnes obèses. Celles-ci ne semblent pas investir leur identité sexuelle, comme si la différence sexuelle acquise normalement grâce à l'Œdipe n'avait jamais été intégrée. Par ailleurs, le mode de relation anaclitique particulier à l'état-limite peut aussi se retrouver dans l'obésité, du fait d'un narcissisme constitué de manière incomplète.

Les états-limite et l'obésité pourraient aussi être rapprochés par un vecteur commun, la violence. Bergeret parle d' « émoi pulsionnel ¹² », dans lequel le pare-excitation a été débordé du fait d'une excitation massive, causée par la confrontation prématurée avec la problématique oedipienne. Le psychisme peut en ressortir déstructuré. On pense à la clinique du trauma psychique, avec l'idée d'une effraction qui viendra bouleverser l'organisation psychique.

Cette revue théorique des particularités cliniques de l'obésité, qui demande des approfondissements ultérieurs (cf. Annexe III), amène logiquement à envisager ses enjeux thérapeutiques.

¹² Bergeret J. (1976). Abrégé de Psychologie pathologique. Bergeret J. (dir.) Paris : Masson. p. 192.

3. Diversité des prises en charge de l'obésité

3.1. La chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est indiquée pour les obésités morbides (IMC > 40), et permet une correction rapide de certaines co-morbidités mettant en jeu le pronostic vital.

Selon la technique utilisée, la restriction et la malabsorption induites par l'opération permettront aux patients de manger en quantités réduites, grâce à la diminution de la sensation de satiété, provoquée par la réduction de la capacité gastrique.

Hélas, quelles que soient les méthodes utilisées, on remarque souvent des bénéfices incontestables post-opératoires, mais on constate aussi la fragilité de ces bénéfices, qui diminueront progressivement avec le temps. La sleeve gastrectomie peut ainsi permettre une diminution de l'appétit ainsi que de la faim, mais ces acquis diminuent, notamment deux ans après l'opération (Van Hout & al. 2007). Pourtant, la chirurgie ne corrige que le poids des patients, et leur fonctionnement psychique n'est pas toujours prêt pour de telles modifications.

3.2. Les psychothérapies

En dernier lieu, on peut examiner les différentes prises en charge de l'obésité, qui nous indiqueront peut-être les différents facteurs qui peuvent aider à s'en sortir. Le Run (2005) montre que les psychothérapies classiques ne sont pas très adaptées pour les patients en surpoids, car l'hyperphagie est un symptôme très efficace pour soulager l'angoisse, et la faire disparaître entraîne une prise de conscience et une frustration très douloureuses.

Etant donné que le corps est investi comme une interface psychique dans l'obésité, passer par lui semble être pertinent pour la traiter. Les thérapies corporelles peuvent être pratiquées par

des psychosomaticiens, ou encore des arts-thérapeutes. Cette approche peut être pertinente, notamment pour certaines obésités marquées par des troubles de l'image du corps.

Le dispositif de groupe est aussi indiqué pour le soin des personnes obèses. En effet, le collectif participera à réparer la stigmatisation sociale subie, et à symboliser une présence bienvenue face au vide parfois ressenti par ces personnes.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) travaillent davantage à une sorte de restructuration cognitive des patients. Rousseau (2010) détaille la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, dont certaines obésités peuvent faire partie. Elle évoque la tenue d'un carnet alimentaire ou les épisodes hyperphagiques seront scrupuleusement notés, accompagnés de la description des cognitions et émotions les accompagnant. Cela permettra de distinguer l'envie et la faim ressentie avant la prise alimentaire. Des consignes sont données au patient pour contrôler les stimuli alimentaires (courses, vacances etc). Le but étant de remplacer les croyances irrationnelles par des pensées plus logiques. Il s'agira aussi d'apprendre des comportements alternatifs, pour que les réponses aux émotions ne soient plus alimentaires.

Les psychothérapies psychodynamiques prescrivent l'établissement d'un cadre thérapeutique contenant. L'alliance thérapeutique sera fondamentale pour faciliter le processus de séparation/individuation. Car en fortifiant les assises narcissiques du patient, il sera possible ensuite d'envisager l'idée de séparation et d'individuation, sans provoquer d'effondrement psychique. Il s'agira aussi d'amener les patients à avoir une conception nuancée du monde pour éviter le jugement dichotomique et le clivage, mécanismes aussi présents chez l'état-limite.

II. Méthodologie de la recherche et cas cliniques

1. Méthodologie

1.1. Problématique

Les relations objectales du stade oral semblent se retrouver dans l'obésité, en lien avec les problématiques d'incorporation et d'introjection. Cependant, ces fonctions n'apparaissent pas fondamentalement différentes dans les addictions, ce qui pose un problème de discrimination pour spécifier réellement l'obésité, et l'en distinguer des autres entités psychopathologiques. Ce constat pose un problème clinique : l'obésité est-elle une entité à part entière ? Ou seulement une manifestation physique dont les soubassements psychologiques se retrouvent dans d'autres troubles ? Si l'obésité est vraiment une maladie, la logique voudrait qu'elle réponde à une sémiologie précise. Etant donné la nature psychosomatique de l'obésité, cette sémiologie devrait concerner aussi le versant psychologique. Or ce n'est pas le cas, et le peu d'éléments dynamiques relevés dans l'obésité se retrouvent dans d'autres troubles. Mais si l'obésité ne se distingue pas fondamentalement des problématiques addictives, cela signifierait que son traitement est le même. Pourtant la revue théorique exposée précédemment montre bien que certaines spécificités de l'obésité réclament une prise en charge particulière, notamment vis-à-vis de la représentation du corps. La question principale posée concerne donc la nature de l'obésité, ainsi que son ou ses organisations psychiques.

1.2. Hypothèses et indicateurs

L'hypothèse première, posée grâce aux apports théoriques étudiés précédemment est la suivante : **il est possible d'établir un profil psychologique spécifique de l'obésité.**

L'hypothèse secondaire concerne le fait que **le fonctionnement psychologique de l'obésité est constitué en fonction de la violence vécue.**

Les indicateurs sont les éléments qui permettront de vérifier nos hypothèses lors de l'application de la recherche. Les indicateurs choisis concernent d'abord le rapport de la personne avec l'obésité : la souffrance causée par l'obésité, le sens qui lui est donné, les attentes vis-à-vis d'une opération de chirurgie bariatrique.

Ensuite, on investiguera l'enfance du sujet, en cherchant plusieurs variables : le rapport du sujet avec ses parents, la relation conjugale des parents, la place dans la fratrie, et les situations de violence vécues. On examinera aussi la représentation qu'a le sujet de son corps : l'aime-t-il ? En prend-il soin ? Comment le perçoit-il ?

Enfin, on analysera le discours du sujet sur lui-même : la représentation de son corps, l'identité (notamment sur le versant sexuel) et les identifications, sa capacité d'introspection et d'analyse de sa trajectoire.

2. Opérationnalisation de la recherche

2.1. Cadre de la recherche

- *Choix des participants*

La première démarche visait à demander aux patients venant pour la première fois en consultation d'obésité de participer à la présente étude. Cette demande se faisait à la fin de l'entretien psychologique auquel nous assistions, et lorsque les patients acceptaient, nous les voyions seule en suivant. Pourtant, cette démarche était peu concluante : les patients étaient pressés de partir, ayant souvent passé la moitié de leur après-midi en salle d'attente pour rencontrer l'interne en chirurgie puis la psychologue que j'accompagnais. Nous n'avons donc pu obtenir qu'un entretien par ce moyen. Nous avons donc décidé avec la psychologue de recruter parmi ses patients ceux qui habitaient à Toulouse (pour qu'ils puissent venir facilement), et ayant déjà entamé le suivi préopératoire. Ce nouveau critère assurait une facilité d'expression, car les patients avaient donc eu plusieurs entretiens de suivi, ce qui était aussi le gage d'une élaboration progressive de leur vécu concernant l'obésité. Les trois autres patients ont donc été recrutés par ce moyen là, au cours des entretiens de suivi avec la psychologue, après lesquels nous leur propositions de participer à notre travail, et en cas d'accord, de fixer un rendez-vous. La totalité des patients sollicités en suivi a répondu positivement. Nous nous réservions la possibilité de les rencontrer une deuxième fois en fonction des données collectées. Nous avons souhaité revoir la première patiente, mais sa disponibilité limitée a empêché une nouvelle rencontre. L'intérêt de voir des patients en cours de suivi est d'examiner la manière dont ils perçoivent leur changement pondéral, souvent bien amorcé depuis le début du programme alimentaire. Le cadre de la recherche rendait difficile la tenue d'un deuxième entretien. En effet, ce n'était pas un cadre thérapeutique ou

de suivi, et nous trouvions éthiquement douteux de revoir les patients pour explorer certaines parties de leur vie (souvent les plus douloureuses) sous couvert de recherche, sans cadre thérapeutique.

- *Echantillon*

Les participants retenus étaient au nombre de quatre. Bien que notre élaboration première concerne davantage les femmes obèses, il nous a ensuite semblé important d'inclure des hommes dans notre recherche, afin de bien appréhender ce qui peut être communs à toutes les obésités, malgré les différences liées au sexe des participants. Notre échantillon était donc composé de deux hommes et deux femmes.

Les personnes reçues avaient toutes un IMC inférieur à 40, mais elles ont aussi toutes connu un épisode avec un IMC supérieur à 40 dans le passé. Les âges des participants allaient de 37 à 60 ans.

2.2. Recueil de données

Les psychologues du service prennent des notes devant les patients, au moins lors du premier entretien. Ceux-ci sont donc habitués à ce mode d'entretien. Nous avons donc procédé par ce moyen pour nos entretiens de recherche, et notions les informations données par le patient au fur et à mesure de l'entretien. Consciente de l'impact de cette prise de note sur la dynamique relationnelle établie avec les patients, nous prenions soin de maintenir avec eux un contact visuel fréquent, sans être trop absorbée par nos notes, afin d'instaurer un échange sécurisant et agréable. Le cadre de nos entretiens (recherche universitaire) légitimait aussi la prise de notes aux yeux des patients. Enfin, ce moyen de recueil permettait de ne pas omettre d'éléments importants, et de citer précisément quelques paroles des patients. Ils

signaient un formulaire de consentement (cf. Annexe II) en deux exemplaires, pour en garder un.

- *Grille d'entretien*

Le choix d'une grille souple (cf. Annexe I) a été motivé par le souhait de récolter le plus d'informations spontanées chez les sujets. En établissant quelques thèmes à aborder, il était possible de ne rien oublier, sans pour autant poser des limites contraignantes à la verbalisation des sujets. L'organisation des thèmes a été faite selon trois catégories, comprenant chacune des sous parties. Cette grille s'est voulue large, bien que quelques hypothèses du présent mémoire aient réclamé des questions spécifiques : sur l'éventuelle violence subie dans l'enfance ou à l'âge adulte, sur les relations avec les parents etc.

Cependant, après le premier entretien mené, l'ordre des thèmes abordés n'était pas satisfaisant. Aborder l'enfance si tôt dans l'entretien était malvenu, car trop intime au vu d'une relation établie depuis cinq minutes. C'est pourquoi le mode d'entrée dans l'entretien a été recentré sur le cadre hospitalier, c'est-à-dire les consultations pour l'obésité. Cela permettait de partir d'éléments factuels (date de la première consultation, personne qui les a adressés ici) pour entrer plus profondément dans le sens que les patients donnent à leur obésité.

Les thèmes ont été choisis pour avoir l'occasion de déceler des problématiques particulières : la maltraitance (en évoquant l'enfance), les troubles du comportement alimentaire (par des questions sur les habitudes alimentaires), l'image du corps (par une question directe), les complications psychopathologiques (par des questions sur un éventuel suivi psychologique en ville), les modalités relationnelles (grâce à l'évocation des relations avec les parents et des relations de couple)...

Même si l'ordre des thèmes à aborder n'était pas rigide, ces thèmes ont été utiles pour couvrir largement les problématiques liées à l'obésité. Mais il n'était souvent même pas nécessaire de se référer à cette grille, les éléments importants venant naturellement au cours de l'entretien.

- *Analyse des entretiens*

L'analyse des entretiens a débuté par une organisation des informations recueillies, selon les thèmes de la grille d'entretien. Rapidement, des problématiques récurrentes ont émergé des cas analysés, et ont permis d'avoir des axes d'analyse psychologique afin de saisir au mieux la dynamique des patients rencontrés. Les axes d'analyse des entretiens ont donc été variables selon les personnes rencontrées. Le récit des entretiens a été structuré selon ces axes.

2. Entretiens, analyse et résultats

2.1. Mme B.

- **Entretien**

Cet entretien a été mené en consultation de l'obésité le 24/03/11, et a duré une heure. Mme B. vient pour demander une opération de chirurgie bariatrique. Elle pèse 101 kg, pour 1,60m et a 60 ans. Son poids maximum fut de 106kg. Elle vient de voir l'interne qui lui a expliqué les différentes opérations, puis nous la recevons en entretien, d'abord avec la psychologue. A la clôture de celui-ci, nous lui présentons notre recherche et elle accepte d'y participer ; nous la rencontrons donc seule à la suite de l'entretien psychologique. Certains des points rapportés ici proviennent de l'observation de l'entretien avec la psychologue, mais la plupart est tiré de l'entretien de recherche mené avec Mme B. Nous avons tenté de la revoir

pour un second entretien, mais habitant en périphérie toulousaine, et visitant son mari quotidiennement dans une clinique, elle n'était pas disponible.

- *Famille*

Mme B. a une sœur et deux frères, habitant en région parisienne. Leur mère a 89 ans et vit actuellement en maison de retraite. La patiente la décrit comme une femme autoritaire, qui n'hésitait pas à gourmander son mari lorsque celui-ci rentrait ivre le soir. Il n'aimait pourtant pas l'alcool, mais il en abusait au bar avant de rentrer au logis en état d'ébriété. Il est mort en 1995.

- *Histoire personnelle*

Mme B. s'est mariée une première fois en 1965, puis a divorcé 10 ans après (elle avait 28 ans), restant en bons termes avec son ex-mari. Il la battait durant leur mariage, elle et leurs enfants. Ceux-ci ne se souviennent plus des violences de leur père. Sa mère l'avait mise en garde contre cet homme, mais la patiente dit s'être mariée « comme un défi » posé à sa mère. Le mari de Mme B. s'est suicidé ensuite, longtemps après le divorce. Mme B. exprime son regret, car elle avait noté que son ex-mari n'allait pas bien avant son suicide, mais n'a rien fait pour l'aider.

Mme B. a eu sa fille « toute seule », avec un homme d'un soir. C'était ce qu'elle voulait, et même si sa mère lui conseillait d'avorter, elle a gardé sa fille qui constitue depuis sa naissance son « rayon de soleil ». Mais sa fille était aussi un « bébé vampire », c'est-à-dire qu'elle prenait le calcium de sa mère lors de la gestation. Mme B. a eu en conséquence des problèmes dentaires.

La dame est maintenant mariée depuis 6 ans. Mais elle se sent isolée en région toulousaine, et voudrait vivre plus près de ses enfants, qui vivent près de Paris.

- *Psychopathologie*

Mme B. dit souffrir d'une dépression depuis 8 ans, diagnostiquée par son généraliste. Elle se sent fatiguée, agressive, et prend un traitement pour équilibrer son humeur. Elle prend quotidiennement du Dépamide, de l'Effexor et du Xanax le soir. Elle pense que l'opération de chirurgie bariatrique règlera sa dépression, qu'elle relie à son poids.

- *Poids et alimentation*

Dans son enfance, Mme B. a connu un début de surpoids lors de ses 14 ans. Mais elle a ensuite suivi une sorte de régime, qui consistait à manger des « pâtes à l'eau », grâce auxquelles elle a pu maigrir. Elle ne mange ni le matin ni à midi, mais plutôt le soir. Elle décrit des fringales fréquentes en fin de soirée, et les satisfait en se faisant des sandwiches. Elle dit être insomniaque depuis toujours, et se couche tard, ce qui occasionne des grignotages.

Elle dit abuser de la nourriture lorsqu'elle n'est pas bien. « Et quand vous allez bien ? » lui demandais-je, elle élude la question... Elle se décrit comme gourmande. Mme B. a déjà perdu 9 kg en une semaine après une grossesse. Elle n'a mangé qu'une pomme en une semaine et son médecin l'a mise en garde contre une telle restriction. Mme B. décrit cet événement devant la psychologue, ajoutant qu'elle souhaiterait avoir recours de nouveau à cette méthode amaigrissante radicale. Sa mère était en surpoids mais est maintenant très fine. Mme B. ne boit pas une goutte d'alcool et fume 15 cigarettes par jour.

- *Rapport au corps*

Mme B. avoue ne pas s'apprécier. Elle prend l'image de l'ange et du démon qui régit son comportement alimentaire. Elle n'aime plus prendre soin d'elle.

- *Opération*

A la question de la psychologue : « Voulez-vous être opérée ou maigrir ? », elle répond : « Etre opérée », d'un *by pass*. L'opération lui permettrait de se sentir mieux dans sa peau. « Je vais respirer » dit-elle, grâce à une meilleure hygiène de vie. « Mon corps c'est moi » ajoute – t-elle.

- **Analyse**

Mme B. a un abord agréable : souriante, bavarde, d'aspect vestimentaire classique, elle ponctue son discours de fréquentes onomatopées. Elle rit aussi souvent, mais précise pendant l'entretien qu'elle « rit jaune ». Le contact est cordial, et Mme B. se montre bienveillante à mon égard. On sent que certains sujets ne peuvent être abordés facilement, comme celui des violences. Mme B. est alors moins prolix et change rapidement de sujet. D'où l'intérêt d'un second entretien mais cette rencontre ne fut pas possible du fait de ses occupations.

Que peut signifier l'obésité dans la trajectoire de Mme B. ? On note en premier lieu la dimension de contrôle dans le discours de Mme B. L'épisode de restriction dont elle se souvient avec nostalgie en est un signe. Elle dit avec fierté qu'elle n'a mangé qu'une pomme en une semaine après sa grossesse, et ajoute qu'elle aimerait être de nouveau capable de ce contrôle total. Cette restriction semble n'être qu'un versant de la problématique. On aperçoit un conflit, entre destruction et conservation sur un mode pulsionnel. On note une certaine rigidité (restriction cognitive) liée à un laisser aller progressif. Que signifie cette oscillation ? Cet aspect conflictuel paraît saillir de l'intense culpabilité exprimée par Mme B. Elle est particulièrement visible au sujet du suicide de son ex-mari. Cet épisode laisse entrevoir l'ambivalence exprimée par le sujet : une culpabilité immense liée au suicide de son ex-mari mais des violences subies par celui-ci, un grignotage important mais une restriction qui l'est tout autant, et un « bébé vampire » qui est un rayon de soleil.

Mais comment a-t-elle élaboré ces violences ? Nous n'en saurons rien, car le sujet sera banalisé et évité autant que possible par Mme B. Un autre élément concordant avec les précédents a attiré notre attention : lorsque Mme B. a dit qu'elle allait respirer grâce à l'opération. Nous nous demandons quel poids l'opprime tant, qu'est-ce qui l'empêche de respirer. Est-ce simplement la surcharge pondérale ? Ou bien s'agit-il d'un poids psychique, historique, difficile à porter ?

Certains signes manifestant des éléments dépressifs sont à noter chez Mme B. Tout d'abord son traitement, composé de d'un régulateur de l'humeur, d'un anti-dépresseur et d'un anxiolytique semble assez conséquent. Ensuite, Mme B. évoque une grande fatigue, une difficulté à agir, faisant penser à une sorte d'asthénie manifeste des états dépressifs. Par ailleurs, le mari de Mme B. est à l'hôpital pour des troubles gastro-entérologiques sévères, et ses enfants habitent tous en région parisienne. Le manque affectif exprimé par le sujet est important.

Les lignes analysées dans cet entretien laissent entrevoir plusieurs choses, avec des conséquences thérapeutiques importantes. Une sorte de masochisme se dégage parfois du contrôle excessif que Mme B. a pu s'infliger. Or si cette violence centrée sur soi est à l'origine de la demande d'opération, il faut le savoir pour l'en dégager. Et nous avons vu que Mme B. cherche à être opérée, plutôt qu'à maigrir. Il faudrait connaître la fonction de la violence chez Mme B. Car la violence subie et souhaitée alliée à la culpabilité pourrait faire penser à une sorte d'auto-punition que la patiente s'inflige. Et il ne faudra pas que l'opération entre dans cette fonction. Cette culpabilité pourrait être symptomatique d'un processus de victimisation, c'est-à-dire dans le développement psychique qui suit une agression quelconque. Et les violences conjugales, lorsqu'elles prennent place dans une relation

d'emprise, peuvent fort bien provoquer cette culpabilité, et un certain masochisme qui en découle.

On a aussi pu remarquer chez Mme B. l'usage très fréquent d'onomatopées, répétées souvent à trois reprises. Quel sens ont-elles ? Il est possible que leur usage aie une valeur défensive, permettant d'éviter de dire (et de penser) les choses en les remplaçant par des bruits.

L'orientation thérapeutique qui pourrait être proposée à Mme B. pourrait prendre en compte la violence vécue. La verbaliser, la penser et l'élaborer permettrait de trouver une alternative pour que la réponse aux conflits psychiques ne soit plus violente.

2.2. Mme C.

▪ **Entretien**

Mme C. rencontrée le 22/04/11, pendant une heure. Mme C. a 48 ans, pèse 95 kg et mesure 1,59m. Son poids maximum était de 104,5 kg, atteint fin mars 2010. Son abord est extrêmement sympathique. Très souriante et expressive, du vernis à ongle rose fluo sur de longs ongles donnent une impression de vivacité et de dynamisme. Cette personne a accepté d'emblée de me rencontrer, arguant avec fierté qu'elle était habituée aux travaux de recherche, ayant aidé d'autres étudiants par ses témoignages. Elle est suivie depuis le mois de septembre 2010 dans notre service, et souhaiterait se faire opérée d'un *by pass*.

Mme C. habite à Toulouse, avec ses deux enfants qu'elle élève seule. Un de ses garçons a 22 ans, et a eu de sérieux problèmes de poids (il a pesé jusqu'à 200 kg) ainsi que des problématiques délictuelles. Ses deux enfants sont du même père, qui est décrit comme un « filou », marié à une autre femme et faisant à la patiente des promesses de divorce velléitaires. Elle l'a rapidement quitté, lorsque ses enfants étaient petits, mais a ensuite engagé un détective pour le retrouver, afin que ses enfants le rencontrent.

Mme. C. consulte dans notre service depuis le mois de septembre 2010, adressée initialement par son généraliste. Peu après son arrivée, elle a été en cure dans un centre d'amaigrissement, et y a perdu 12 kg. Elle souhaiterait qu'on lui pose un *by pass*, bien que certains avis négatifs entendus récemment sur cette technique l'aient fait réfléchir. Elle est sous traitements médicamenteux pour son cholestérol, son hypertension, ainsi que sa dépression. A la question des motivations concernant l'opération, elle donne trois réponses. « Pour me sentir mieux dans ma peau » est le premier objectif, puis pour l'amélioration de sa forme physique (moins d'essoufflement et de sudation), et enfin pour bénéficier d'un regard plus valorisant de la part d'autrui. Mme C. est suivie par un psychiatre depuis 2008. Il a attesté sa souffrance au travail, lui permettant d'obtenir son arrêt maladie, et lui prescrit toujours du Prozac. Le psychiatre a posé un diagnostic d'état-limite léger sur la patiente, causé par les carences affectives dont elle témoigne. Elle adhère à ce diagnostic.

- *Histoire pondérale*

Mme C. n'était pas obèse avant, simplement en léger surpoids. Son premier régime a été entamé en 2001, et corrigeait simplement les excès alimentaires, ce qui lui a valu une perte pondérale de 22 kg. En février 2006, le sujet a connu un burn-out (selon ses propres termes) au travail, suivi d'une prise de 12 kg en six mois. Ce burn-out a été très difficile. Il était causé par une ambiance dégradée au travail (association d'aide aux personnes âgées), caractérisée par une pression permanente, un surmenage, la peur de mal faire, un « flicage » perpétuel, et un mépris de la part de la hiérarchie. La patiente a pourtant continué à travailler, souhaitant persévérer. Mais un malaise vagal survenant en mars 2009 a déclenché son arrêt maladie, ainsi qu'une prise de 12 kilos supplémentaires.

- *Histoire familiale*

Le père de Mme C. est mort lorsqu'elle était petite, en 1971, et sa mère s'est remariée avec un « tyran » (décédé en 2003). Elle a vécu dans une ambiance conflictuelle teintée de cris fréquents lors de toute son enfance. Elle émet à plusieurs reprises le terme « terreur », l'illustrant par l'interdiction de parler à table qui était faite à toute la famille. Un des frères de la patiente est mort à 23 ans, alors qu'elle en avait 21. Mme C. ne voit plus sa mère depuis 2009, depuis sa prise de conscience des sévices subis. Sa mère était en effet maltraitante, traitant la patiente comme un bouc émissaire. Mais Mme C. ajoute que ces comportements n'étaient qu'une répétition de ce que sa mère avait elle-même vécu dans son enfance. Les sévices de la mère sur Mme C. étaient surtout de nature psychologique, essentiellement des humiliations répétées et du mépris (elle traitait notamment la patiente de « grosse » quand elle avait 18 ans, alors que sa taille de vêtement était du 38). Le sujet explique que sa mère a toujours été jalouse d'elle. Mme C. fait ici le lien entre les maltraitances vécues et ses problèmes de poids. Par ailleurs, Mme C. a été témoin de violences conjugales chez ses parents, et en voyant son père frapper sa mère, a écrasé un tabouret sur la tête de celui-là pour protéger celle-ci. Le terme de père est d'ailleurs seulement conventionnel, puisque Mme C. ne l'a jamais considéré comme son père, et s'est toujours sentie comme une « pièce rapportée » dans la famille de celui-ci. Il lui faisait subir crachats et humiliations entre autres sévices. Malgré tout cela, elle se décrit comme ayant toujours été très dévouée.

Mme C. est partie de chez elle à 21 ans, animée d'un grand besoin d'indépendance. Elle se décrit comme de nature « rebelle ». Mme C. explique n'avoir pas besoin d'homme dans sa vie, et préfère savourer sa liberté. A la question concernant un lien éventuel entre les relations parentales et ses relations amoureuses, elle acquiesce en évoquant avoir quitté une fois un homme de peur qu'il la quitte, et que cette attitude vient des carences qu'elle a vécu.

Pour Mme C., la nourriture comble un manque, mais est aussi source de plaisir répondant à sa gourmandise. A la question « aimez-vous votre corps ? », elle réplique « je ne le déteste pas mais je ne l'aime pas beaucoup non plus ».

- **Analyse**

Nous avons remarqué après l'entretien que nous avons des difficultés pour avoir un regard psychologique, analytique sur la patiente. Car la relation fut d'emblée très/trop « amicale », sur un mode quasi hystérique (beaucoup de rires parfois disproportionnés, mimiques, expressions littéraires imagées et romanesques...). Le récit semblait presque mis en scène, bien que toujours authentique. La relation transfero-contre-transférentielle semblait « engluante », très prenante, nous positionnant dans une posture de spectatrice. Mme C. ressentait un plaisir évident à parler de sa vie.

Mme C. a évoqué une relation qui semblerait anaclitique, ou la dépendance ambivalente paraît prégnante. Elle a précisé en effet avoir quitté un homme de peur qu'il l'a quitte, comme si le conflit entre un désir de fusion et une peur de l'abandon en était à l'origine. Mme C. a aussi énormément investi ses fils. Elle se décrit elle-même comme une « mère poule », et ses enfants rendent la présence d'un homme inutile selon elle. Ce refus de la dépendance à un homme et ce désir d'autonomie paroxystique prennent place dans un profil qui se voudrait « rebelle », et refuserait l'attachement excessif à un homme de peur d'en pâtir de nouveau. Pourtant, Mme C. ne semble pas être « androgyne » mais au contraire plutôt féminine et prenant soin d'elle. Il ne semble pas y avoir de refus du sexuel en soi, mais plutôt le refus d'une posture de faiblesse, de soumission. Cela semble logique, par rapport à l'enfance violente de Mme C. Le romanesque apparent de son discours semble l'enrober pour le rendre psychiquement plus acceptable. Une sorte d'enveloppe semble avoir imprégné l'histoire de Mme C., lui conférant une tonalité presque littéraire, comme si un principe organisateur avait

permis à la patiente d'unifier son histoire. Mais tout cela est le fruit d'une dynamique instaurée depuis longtemps. Car ses consultations avec un psychiatre lui ont permis de prendre conscience de sa « mère réelle », ainsi que des sévices subis, afin de tenter d'opérer une véritable introjection non clivée, pour une meilleure individuation. Car avant cette prise de conscience, il apparaît que la mère était vraiment considérée comme un bon objet. L'incorporation permettait à Mme C. de garder l'image maternelle intacte, au risque d'une indifférenciation entravant son développement. On pense alors au stade oral primitif, prenant place entre 0 et 6 mois, lorsque l'objet est totalement bon et placé à l'intérieur de soi. Le Moi-Peau de Mme C. semble assurer parfaitement sa fonction contenante. Elle peut être mise en relation avec l'enrobage du discours, qui permet d'obtenir une sécurité psychique.

L'orientation thérapeutique pourrait être centrée sur les modalités relationnelles de Mme B., afin que ses investissements objectaux soient équilibrés et que la peur de l'abandon n'empêche pas de nouveaux attachements.

2.2. M. D.

▪ **Entretien**

M. D. fut rencontré le 27/04/11, à midi, durant quarante-cinq minutes. Monsieur D. a 37 ans, et présente un contact volontaire et coopérant. Il pèse actuellement 85 kg, et avait atteint son poids maximum de 104 kg un an auparavant. Il est venu consulter à Rangueil en octobre 2009 pour son obésité, un peu par hasard, sans y avoir été adressé par quiconque. Sa motivation principale pour perdre du poids concerne sa santé. Il n'était pas très motivé par une opération intrusive, et avait choisi la pose d'un ballon intra gastrique, car cette intervention lui semblait la plus douce (technique non-chirurgicale). Il pensait à une opération de chirurgie bariatrique pour perdre du poids, mais il a abandonné cette idée au vu de l'efficacité de son régime

actuel. Il suit en effet avec satisfaction le régime Dukan, qui n'a pas été conseillé par notre service, mais que le patient a entrepris de manière spontanée. Il se dit satisfait de son poids actuel, au vu de sa morphologie naturelle de « costaud ». Son rythme alimentaire lui convient, étant régulier et cadré.

- *Poids et alimentation*

M. D. est en surpoids depuis 10 ans. A cette période, il avait dû cesser le sport et avait abandonné la cigarette. Cependant son alimentation n'avait pas changé pour autant, et la diminution d'activité physique expliquait donc à ce moment-là une prise de poids importante. Il n'a pris conscience de son surpoids qu'il y a deux ans. Il explique n'avoir pas été gêné par son poids avant, et ajoute qu'« il était aveugle » signifiant par là une sorte de réveil brutal dans la perception de son corps. Ce « réveil » a été provoqué par la vue d'une ancienne photo de lui-même, comparée à l'image actuelle que lui renvoyait le miroir. Il n'a alors pas eu de réaction de dégoût mais a senti qu'une réaction rapide était nécessaire. M.D. explique alors que sa confiance en soi a été très atteinte, qu'il s'est senti dévalorisé. Après cet épisode, le sujet a donc mis deux ans avant de parvenir à perdre du poids. Le sujet décrit son état d'alors : stress, angoisse, mauvais sommeil, tout cela conséquemment à son poids selon lui. « Y'en a qui se mutilent, moi je mange » ajoute-t-il. Une certaine violence affleure dans l'évocation de ces troubles alimentaires. Le sujet ne parle pas de compulsions, mais plutôt de frénésie, qui consistait à manger presque en permanence, comme un réflexe. La nourriture était pour lui un refuge, un calmant.

Sur la question à propos du regard des autres, le sujet répond qu'il ne l'a jamais redouté, car sa barrière de rigidité empêchait toute relation personnelle.

M. D. aime cuisiner et se dit gourmand. Son éducation alimentaire semble normale, sans manques ni excès.

- *Vie professionnelle*

Le sujet a été dans l'armée durant 3 ans, le temps d'un contrat. Il se souvient de cette période comme d'un temps sans soucis, heureux. « C'était l'idéal » dit-il, expliquant que la rigueur du cadre le rassurait. M. D. est peintre en bâtiment pour le moment, mais envisage de changer de travail. Il a subi une dépression lorsque l'entreprise qu'il avait montée s'est trouvée en faillite, en 2007. Cet épisode aurait duré deux semaines. Il a vécu cela comme un échec, un véritable « déshonneur ». Mais il a ensuite réagi en recommençant à travailler en intérim. M. D. n'est pas engagé dans un travail psychothérapeutique en ville, et n'a jamais eu de traitement psychotrope.

- *Famille*

Sur ma demande, M. D. évoque ses rapports familiaux, qui semblent conflictuels. Son père n'a pas bonne presse : décrit comme « un alcoolique et un voyou », il exerçait sur son fils des violences physiques (gifles répétées) et psychologiques (humiliation et mépris). Sa mère subissait aussi cet état de choses, et ne protégeait pas ses enfants, car elle ne le pouvait pas selon le patient. M. D. a grandi avec son grand-père jusqu'à l'âge de 7 ans, car son père était en prison. Il pleurait alors souvent mais son rapport à la nourriture était équilibré. Le père est décédé juste avant que le patient entre dans l'armée, celui-ci en ressentant de la peine mais aussi la délivrance d'une oppression.

- *Introspection*

M. D. parle de la manière dont son passé a influencé sa personnalité. Il dit s'être construit en opposition avec l'image paternelle, et être devenu apeuré, ayant « peur de tout », mais empreint d'une grande rigidité. Il possède de hautes exigences, autant pour lui qu'envers les autres, et pense que toute faiblesse lui est interdite. Il évoque enfin son « mauvais caractère »,

lui permettant d'éviter ce que faisait son père (colères etc...), par l'adoption de comportements de retrait lorsqu'il en ressent le besoin.

Cependant, le sujet précise son assouplissement vis-à-vis de ce fonctionnement si rigide. Il a aussi coupé les ponts avec sa famille, afin d'assouvir son besoin d'indépendance. Il a seulement conservé des liens avec sa mère et sa sœur aînée.

- **Analyse**

M. D. présente un bon contact. Il est toutefois pudique. Nous ne parlons pas de résistance ni de défense, mais vraiment de pudeur, car le sujet passe rapidement sur les sujets douloureux mais accepte d'approfondir à ma demande, sans fuir.

M. D. a un parcours intéressant, car l'obésité développée semble avoir une valeur surmoïque. Le sujet s'est en effet construit pendant toute sa vie dans un mode d'opposition à tout ce que représentait le père, qui est méprisé et rejeté. Il semble que l'alimentation puisse symboliquement être rapportée à un acte oedipien. Ainsi, l'assimilation de la nourriture provoque sa destruction, et il semble que M. D. a assimilée les représentations paternelles pour mieux les détruire. On parle de la prévalence du Surmoi, car on constate dans le discours du sujet un thème récurrent : celui de l'honneur, de l'exigence. M. D. ne se permet pas d'être faible, et veut éviter de devenir celui qui l'a tant déçu, son père.

Cette armure d'exigences exprime implicitement la notion de devoir, même si ce terme n'a jamais été employé par le patient. Il ne s'est jamais senti aussi bien que lorsqu'il était à l'armée, celle-ci lui offrant un cadre contenant, obligeant, qui seyait bien au désir de contrôle du sujet. Pourtant, M. D. s'assouplit progressivement, et prend petit à petit conscience de son fonctionnement. On dirait presque qu'il s'aperçoit de l'inutilité de son fonctionnement opposant. Car cette opposition, loin de l'éloigner de la figure paternelle, lui reste indissolublement liée, puisque cette figure reste toujours le référentiel psychique majeur. Le

désir de séparation et d'autonomie n'est donc pas possible dans cette logique, et il semble que M. D. prenne conscience de son fonctionnement réactionnel. Cette armure pourrait être vue comme un Moi-Peau solide, rigide, ne jouant pas sa fonction d'interface avec l'extérieur. On se souvient du « réveil » de M. D., grâce auquel il a pris brusquement conscience de son poids. Ce réveil semble montrer que le Moi-Peau était imperméable, et solidifié pour ne rien laisser entrer qui pourrait l'affaiblir. On ne peut que penser à la théorie des schémas exposés par Young. M. D. semble être entre deux schémas. Celui de « l'inhibition émotionnelle », qui lui permet de mettre de la distance avec autrui, et d'éviter toute honte et désapprobation ; et celui des « exigences élevées » constitué « de normes intérieures très élevées. »¹³ Cela peut aussi renvoyer à un Idéal du Moi très exigeant, construit en opposition avec l'image paternelle. Enfin, la question de la violence affleure le récit du sujet. Sa comparaison de l'alimentation avec une mutilation est très parlante. Cette violence semble faire partie des thématiques surmoïques, regroupant les interdits, contraintes, et cadres rigides évoqués par le sujet.

On peut cependant penser que M. D. est dans un processus libérateur. En effet, en assouplissant son fonctionnement qui était plutôt rigide, ses relations avec autrui s'en trouvent améliorées. Le régime suivi est assez strict ce qui rassure le sujet, mais il est suivi avec succès et rend une opération bariatrique inutile. Enfin, un dernier point notable est le fait que le sujet siffle en sortant de l'entretien. Lorsque ce point est évoqué avec la psychologue qui le suit, elle précise qu'il siffle après chaque entretien. Ce comportement jovial et soulagé est un signe gratifiant après l'entretien.

3.3. M. M.

¹³ Aupetit A. (2010) La thérapie des schémas. Cours du master 2 « Psychothérapies et Psychopathologies », Toulouse Le Mirail. P. 72

▪ **Entretien**

Monsieur M. fut rencontré le 03/05/11, lors d'un entretien ayant duré une heure et dix minutes. Venu en consultation de l'obésité en octobre dernier pour une opération de chirurgie bariatrique, M.M. essayait de perdre du poids depuis 10 ans. Il pèse aujourd'hui 113 kilos pour une taille d'un mètre soixante-seize. Son poids maximum fut de cent trente-cinq kilos. En janvier 2010 il a fait un malaise vagal au travail. Il a alors eu très peur d'un problème cardiaque, et a pris conscience du danger de son poids. « Ce que je devenais ne me plaisait pas ».

• *Poids et alimentation*

Le sujet a perdu 23 kilos depuis un an, sans opération. Il a réappris à manger, et redécouvre les saveurs. Ses tentatives de régimes avaient échoué, car sa sensation de faim persistait toujours, il craquait donc ensuite et reprenait du poids. Nous lui demandons : « s'agissait-il vraiment de faim ? », il répond « plutôt des envies ». Avant, M. M. mangeait même lorsqu'il n'avait plus faim. « Je n'étais plus du tout à l'écoute de mon corps ». Il décrit des épisodes de grignotages et une hyperphagie prandiale. Le sujet ajoute : « mon frigo est mon psy ». Il aime le voir plein en rentrant, cela le rassure. Il l'ouvre dix fois par jour, comme un TOC selon lui. Il ne s'y servira pas mais sera apaisé de le voir rempli.

L'éducation alimentaire fut absente lors de son enfance. La nourriture était de mauvaise qualité et sans variété dans les aliments. Cela était lié à des finances précaires notamment mais pas seulement. Les parents de M. M. sont obèses, et ses frères et sœur sont en surpoids, mais pas depuis l'enfance. M. M. en revanche a toujours été obèse. Il expose ses motivations pour une opération digestive: une meilleure santé ; le regard des autres (aime séduire) ; son propre regard (ne s'accepte plus obèse depuis trois ans)

M.M. évoque une prise de poids particulière lors ces trois dernières années (sept kilos pris). Il l'explique par son stress : dix à quinze heures passées au travail tous les jours, et l'impression de délaisser sa famille.

M.M. livre un élément très intéressant, en disant : « Je crois que dans ma tête je serai encore obèse », après l'opération. « Le moindre bourrelet sera difficile à assumer » ajoute-t-il.

Le sujet détaille la valeur de la nourriture pour lui en parlant du plaisir de mettre quelque chose dans sa bouche. Mais une énorme culpabilité l'assaille à chaque fois qu'il cède à ses envies. Il n'a jamais considéré la nourriture comme un « moyen de survie », mais toujours comme un plaisir. La nourriture a aussi pour lui un côté refuge, utile quand ça ne va pas bien.

- *Histoire familiale*

Le sujet évoque l'ambiance familiale dans laquelle il a grandi. La famille était repliée sur elle-même, dans un grand isolement social. Ils se sont retrouvés presque à la rue du jour au lendemain. Son a vu son entreprise liquidée, son propre frère l'assignant au tribunal.

Les parents de M. M. entretiennent une relation conjugale conflictuelle. Il a assisté à une scène où son père menaçait sa mère avec un couteau. M.M. ne veut plus voir son père. Il ressent une grande colère à son encontre. Il trouve que celui-ci se complait dans une position de victime, qui est parfois décalée est égoïste. M. M. reconnaît une certaine « vaillance » chez son père, du fait d'événements de vie très difficiles (amputation d'un bras, liquidation de l'entreprise), mais refuse ses justifications, ses excuses lorsqu'il met ses erreurs sur le compte de ces événements (« il nous a joué sa victime toute sa vie »). Il trouve son père irresponsable. M.M a en effet appris qu'il avait commis un inceste sur sa sœur, et qu'il a aussi eu des relations sexuelles avec sa bru (la belle-sœur de M. M.). La sœur aînée de M.M. a ainsi été victime d'inceste paternel, et a vite quitté le foyer familial. M.M a tenté de la retrouver 24 ans après, pour comprendre. Les retrouvailles se sont très bien passées, comme

s'ils s'étaient quittés la veille. Le père ne voit plus aucun de ses enfants. M.M. en veut d'ailleurs à son père car celui-ci a toujours été désintéressé par rapport à ses petits-enfants. Or le sujet voudrait que sa fille connaisse son grand-père, car lui-même souffre de n'avoir jamais connu ses grands-parents. M.M. reproche aussi à son père son avarice, qui est toujours présente alors même que sa situation financière est devenue confortable. M. M. subissait de « petites tortures » dans son enfance, psychologiques surtout, et physique une fois. Son frère s'était pris tant de fessées qu'il n'avait pu aller à l'école pendant 8 jours.

Le sujet pense que sa mère reste avec son père par pitié seulement.

- *Narcissisme et image du corps*

M. M. désire une reconnaissance de son corps par les autres, et ajoute avec dépit qu'il n'a jamais été aimé pour son corps, mais pour des qualités plus intérieures. Il parle d'un fantasme, d'un besoin de reconnaissance passant par un pouvoir de séduction. Mais ce pouvoir dépend de la confiance en soi, dont il se dit totalement dénué. C'est pourquoi même après l'opération, même si son corps devient plus désirable, il ne sera pas davantage séducteur s'il ne trouve pas de confiance en soi.

Si M. M. se percevait comme faible jusqu'en classe de sixième, il a opéré un retournement, n'ayant plus envie de se laisser faire. Il est alors devenu bagarreur et soucieux de ses droits.

M. M. se soucie beaucoup du regard des autres : l'aiment-ils pour lui-même ou pour ce qu'il leur apporte (générosité etc...) ? Le sujet expose un immense besoin de réassurance quant à sa valeur. Il a peur de décevoir et de blesser les autres. Il pense avoir déjà blessé des gens : son père (propos durs), et sa mère (car ne va plus la voir car qu'elle habite avec son père). Il craint que sa mère se sente abandonnée par lui.

M. M. ajoute : « Je veux vivre dans le monde de Barbie », il se décrit comme un « gros bisounours », détestant les conflits et les cris. M.M. dit avoir envie d'être câliné, chéri, cette envie étant « plus forte que tout ».

M. M. désire maigrir pour plaire à sa femme, la séduire de nouveau. Son poids l'handicapait jusque dans leurs rapports physiques, ce dont il se sent coupable et amoindri. Le sujet décrit son amour comme étouffant parfois, et il a pris conscience de l'excès de ses besoins affectifs. Le sujet évoque aussi l'adultère récent de sa femme, qui lui a fait prendre conscience de ses devoirs vis-à-vis d'elle : virilité, forme physique, attention et respect de l'indépendance.

- *Identité*

M.M. évoque « le fait de n'être jamais comme les autres » et dit s'être toujours senti à part. Il n'invitait jamais personne chez lui car ne voulait pas montrer ses conditions de vie précaires. A toujours eu peur du « qu'en dira-t-on ».

M.M. parle de relations amoureuses difficiles, car il n'osait pas aborder les filles. Il n'a pu en côtoyer avant l'âge de 19 ans, car il était en pension non mixte. Il avait mis la femme sur un piédestal, et est tombé de haut selon ses termes.

Le sujet estime avoir grandi dans le mensonge, et doute même de l'existence d'un amour paternel.

- **Analyse**

Le contact fut bon, M.M. ayant un regard franc et une expression émotionnelle qui semblaient adaptées. On note bien chez M. M. plusieurs problématiques. Tout d'abord, celle de l'identité semble prévalente. Cette identité semble fragile. Ainsi, on remarque une identité sexuelle en construction, marquée par le désir du désir de l'autre, dans un besoin de reconnaissance perpétuel. M. M. semble douter de sa virilité, ce qui pourrait faire penser à

une castration symbolique. Cette castration paraît réactivée par l'adultère de sa femme, qui n'a pas remis en question les sentiments qu'il lui porte, mais plutôt sa propre capacité à la séduire et à lui plaire. Cet aspect identitaire fragile est corroboré par la grande ambivalence que ressent M. M. vis-à-vis de son père. Car il lui veut du mal, et le rejette, mais refuse de s'en séparer pour autant. Il regrette ainsi que ses propres enfants ne connaissent pas leur grand-père, ce qui dénote avec la longue diatribe négative qu'il venait d'émettre sur ses défauts. Il semble que l'image paternelle ayant été défaillante aux yeux du sujet, elle n'ait pu être intériorisée, rendant impossible le nécessaire « meurtre » du père. Enfin, un dernier élément vient compléter ces aspects identitaires, la notion de secret de famille. M. M. a appris récemment les comportements incestueux de son père, et il sent qu'il y'a d'autres secrets à découvrir ; il est à leur recherche. Les deux aînés avaient conservé les secrets pendant l'enfance pour mieux protéger leurs cadets, mais M. M. veut maintenant savoir. Ce point ajouté au sentiment de M. M. d'être « à part », différent des autres, aide à mieux comprendre les failles identitaires, pointant le doigt sur la notion de mythe familial possiblement élaborée pour répondre aux questions existentielles. Ces aspects peuvent d'ailleurs être rapprochés avec les processus psychiques élaborés par les enfants témoins de violence.

Le deuxième aspect marquant dans ce que nous dit M. M. de son fonctionnement, est la problématique narcissique. Celle-ci semble symbolisée par la nourriture. Elle ne fait jamais défaut (à la différence des parents) : le frigo l'attend, plein, comme pour lui dire : « tu ne manqueras de rien ». La nourriture peut symboliser le bon objet, qui étant totalement bon, peut être incorporé pour ne jamais faire défaut. Son corps peut assurer aussi la même fonction, de pare-choc, de sécurité affective. Il pourrait s'agir d'une sorte de carapace lui ayant permis de trouver un refuge contre le sexuel et la découverte des secrets familiaux. Mais ces besoins narcissiques ne sont pas totalement comblés par la nourriture. Car M.M. évoque un fonctionnement presque infantile, ce qui se manifeste par son désir de « vivre dans

le monde de Barbie », et par le fait qu'il se décrive comme un « bisounours ». Tous ces points font penser à une dynamique addictive, dans laquelle l'objet extérieur vient remplir un manque intérieur.

Il s'agit donc d'une véritable quête identitaire pour M. M. : à la recherche de ses racines, de sa virilité, de la confiance en soi, d'un bon objet qui ne fera pas défaut. M.M tente tout simplement de s'accomplir en tant qu'homme, se saisissant de son passé pour mieux se l'approprier. Ce processus quasi initiatique semble structurant pour M. M.

○ **Résultats**

Ces entretiens nous ont permis d'aborder différentes facettes psychologiques liées à l'obésité. On a pu voir les différentes fonctions de la nourriture. M. D. semble illustrer l'aspect symboliquement destructif de l'incorporation, l'objet détruit étant ici la figure paternelle. M. M. montre l'aspect narcissique de la nourriture, et semble chercher en elle la satisfaction de ses besoins affectifs, sa jouissance n'étant pas encore tout à fait génitale mais fixée à l'oralité. Mme C. trouve dans l'alimentation une sorte de bulle de protection, lui permettant de fuir les conflits et la violence parentale. Enfin, Mme B. paraît manger comme pour apaiser une angoisse qui échappe à son contrôle, avec l'impact probablement important de la violence. Les différentes fonctions du Moi-Peau sont différemment atteintes : la fonction de contenance semble surinvestie chez M. D. tandis qu'elle semble fissurée chez Mme B., laissant écouler les contenus psychiques. Ces résultats montrent bien la diversité de problématiques que l'on peut rencontrer chez des personnes obèses. Nous allons donc envisager les conséquences cliniques de cette diversité.

III. Discussion : clinique de l'obésité et conséquences thérapeutiques

Les patients rencontrés ont permis d'envisager quelques différentes facettes de l'obésité. Le recueil de données n'avait ainsi pas de valeur quantitative mais plutôt qualitative, afin d'investiguer les dynamiques à l'œuvre dans l'obésité. Les résultats obtenus vont être mis en perspective avec les données théoriques afin de mieux appréhender les processus psychiques pouvant sous-tendre l'obésité.

1. Enjeux et dynamiques psychiques de l'obésité

1.1. Ré-évaluation du concept d'obésité

Alors qu'est-ce que l'obésité ? Est-ce vraiment une maladie ? La notion de maladie est définie dans le dictionnaire Larousse comme une « altération de la santé ¹⁴ ». Mais cette définition pourtant consensuelle n'est pas satisfaisante, car elle ne définit la maladie qu'en opposition à la santé. Or on connaît la définition de la santé donnée par la constitution de l'OMS, pour qui la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ¹⁵ ». Ces définitions se renvoient l'une à l'autre, sans pour autant décrire ce que sont vraiment ces deux réalités. La notion de santé est définie positivement de manière assez floue, mais surtout négativement (elle n'est **pas** seulement l'absence de maladie). La clinique rencontrée nous présente l'obésité comme une sorte de maladie chronique (cf. M.M. qui a toujours été obèse) ou bien comme une construction réactionnelle (cf. Mme C. par exemple). Pourtant, il n'est pas apparu lors des entretiens, que les personnes perçoivent leur obésité comme une maladie, mais ils la

¹⁴ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maladie>

¹⁵ http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

voient plutôt comme une partie d'eux-mêmes, signifiante à un moment donné d'un conflit psychique.

Au vu de ces éléments, l'obésité ne semble pas pouvoir être classée comme une maladie, mais plutôt comme une manifestation d'un fonctionnement psychique particulier, et l'on pourrait donc l'appeler trouble. Ce terme peut être compris comme une « perturbation dans l'accomplissement d'une fonction physique ou psychique, pouvant se manifester au niveau d'un appareil, d'un organe, d'un tissu ¹⁶». On peut donc retenir le terme de trouble, ou même de symptôme, au sens psychique, pour parler de l'obésité.

La médicalisation de la notion d'obésité pose aussi un léger problème. Car si l'obésité est une maladie, tout le monde peut en être victime, et « attraper l'obésité » comme on attraperait un rhume. Or on a pu remarquer des variables communes dans le chemin menant à l'obésité, et il semble bien que l'histoire du sujet soit très liée à l'apparition de l'obésité.

Si la maladie se définit par ses symptômes, on voit mal comment l'obésité, qui n'a qu'une manifestation directe (l'excès pondéral) pourrait en être une. Pourtant, certains facteurs héréditaires sont parfois responsables de son apparition. L'obésité peut aussi être le symptôme d'une maladie, dans le cas du syndrome de Prader-Willi par exemple. Il semble donc difficile de circonscrire l'obésité à un cadre conceptuel restreint, même si l'obésité semble appartenir davantage au symptôme qu'à la maladie (Grangeard, 2007).

Mais l'obésité se confond elle alors avec le psychosomatique en tant que fonctionnement ? Lorsque l'on pense au concept de pensée opératoire de Pierre Marty, on doit reconnaître que tous les patients obèses ne fonctionnent pas avec ce type de pensée. Il y en a certes, mais ce n'est certainement pas le cas de la majorité des patients. Il faut donc distinguer l'obésité comme un trouble à part entière, qui ne peut être totalement appréhendée par la notion de psychosomatique.

¹⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/trouble/79999>

1.2. Violence et obésité

La revue théorique nous a permis d'examiner le lien entre la maltraitance et l'obésité. Les quatre personnes rencontrées ont toutes subi des violences. Pourtant on doit reconnaître que toutes les personnes obèses n'ont pas forcément été victimes de violences, et que toutes les violences ne mènent pas à l'obésité. Ce simple constat rhétorique nous indique une voie intéressante à explorer, celle du « choix de l'organe », c'est-à-dire les facteurs qui amènent une personne à développer une obésité, alors qu'une autre ayant vécu aussi des violences n'en développera pas. Cette piste pourrait donner lieu à une recherche spécifique, dans laquelle un groupe témoin permettra d'établir les aménagements psychiques spécifiques des personnes obèses, si cette spécificité existe.

La question de la violence, même si elle n'est pas généralisable à toutes les obésités, offre une approche novatrice pour appréhender la trajectoire d'obésité. Dans certaines obésités, on constate une sorte de cycle, dans lequel la violence sera subie (maltraitance), agie (prise alimentaires excessives, restriction cognitive et déformation du corps), et souhaitée (opération chirurgicale intrusive). Ceci pose la question du caractère thérapeutique de la violence. Car certes, la violence subie désorganisera le psychisme, mais les violences agies et souhaitées auront une relative fonction réparatrice. Le psychisme serait-il en quelque sorte « habitué » à la violence, celle-ci constituant finalement le seul moteur de changement et d'adaptation psychique ?

1.3. Limites de notre recherche

Le premier biais remarqué concerne le recueil de données. Nous regrettons de ne pas avoir enregistré les entretiens, car cela aurait permis une analyse plus fine de leur contenu.

Un enregistrement aurait été intéressant pour l'entretien avec Mme B. notamment, car nous aurions pu examiner le contexte précis de l'usage des onomatopées pour mieux saisir leur fonction.

Le deuxième biais concerne le poids des personnes rencontrées. Leur IMC montre une obésité sévère mais non morbide, et il est possible que cette variable influence les résultats obtenus. De plus, cela enlève toute représentativité en tant que candidats à une opération de chirurgie bariatrique, puisque celle-ci est d'abord indiquée pour l'obésité morbide.

Enfin, un dernier biais d'échantillonnage a pu avoir des conséquences sur nos résultats. En effet, Mme B. fut rencontrée lors de sa première consultation pour l'obésité, tandis que les autres participants avaient déjà bien entamé le suivi préopératoire avant nos entretiens. Nous pensons que cette variable a un effet important sur les résultats, car les facultés d'élaboration des personnes sont forcément plus développées lorsqu'elles ont réfléchi sur leur obésité avec la psychologue pendant plusieurs séances, que lorsque c'est la première fois que ces problèmes sont évoqués devant un tiers. Ce biais est donc à prendre en compte concernant l'analyse de l'entretien de Mme B.

En définitive, cette étude qualitative ne s'est pas voulue représentative, mais elle visait plutôt à observer chez quelques personnes la trajectoire liée à l'obésité. Un seul entretien n'aura évidemment pas suffi à connaître ces personnes, mais le cadre de recherche donné à notre étude ne nous permettait pas d'investiguer davantage sans risquer de glisser vers un travail thérapeutique dont il aurait fallu assurer la suite.

2. Conséquences thérapeutiques

Malgré les limites de notre travail, nous avons tout de même pu nous apercevoir de certaines particularités liées à l'obésité, comme l'importance du corps ou la problématique de la

violence. Même si ces points ne sont pas spécifiques de l'obésité, ils réclament pourtant des prises en charge spécifiques.

2.1. L'outil chirurgical : fonctions et préparation

Les opérations de chirurgie bariatrique sont de plus en plus répandues. De telles opérations sont-elles légitimes et thérapeutiques ? Il faut déjà prendre en compte les comorbidités importantes qui peuvent être liées à l'obésité. La santé des personnes peut être réellement en danger, et l'opération pourrait permettre un rétablissement rapide. Pourtant, on remarque qu'un suivi pré et post opératoire insuffisant conduit à une rapide reprise pondérale. L'utilité de la chirurgie semble donc conditionnée par le suivi proposé aux personnes obèses. Ce suivi comporte idéalement un aspect diététique et psychologique. Le suivi diététique sera un programme alimentaire, simplement pour trouver un équilibre alimentaire, ce qui provoquera une légère baisse de poids. Mais il ne s'agit pas d'un nouveau régime. Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids met en garde contre le risque de pratiquer des régimes : « La pratique des régimes amaigrissants favorise la restriction cognitive, avec des pertes de contrôle alimentaires qui, elles-mêmes, entraînent des prises de poids. On est donc clairement dans un cercle vicieux ! »¹⁷. C'est pourquoi un simple programme alimentaire permettra un léger amaigrissement sans restriction cognitive, ce qui facilitera en plus le travail du chirurgien pendant l'opération. Car les opérations de chirurgie bariatrique sont plus aisées pour le chirurgien lorsque la masse grasse abdominale est un peu réduite¹⁸. En tous les cas, si la chirurgie bariatrique a montré son efficacité, il est important de la considérer comme un outil et non comme une finalité. Si le suivi est vraiment investi, il peut même permettre de se passer d'opération (cf. entretien M. D.)

¹⁷ <http://www.gros.org/sinformer/obesite-et-surpoids/problemes-de-poids-et-troubles-du-comportement-alimentaire>

¹⁸ Information donnée par un chirurgien bariatrique en consultation de l'obésité à l'hôpital de Rangueil.

2.2. La nécessaire adaptation des psychothérapies classiques

Les patients obèses posent aux soignants une question déontologique. Car s'ils veulent être opérés, ils ne demandent pourtant pas toujours un travail de fond, et ne sont pas forcément prêts à modifier leur fonctionnement habituel. Il appartiendra donc aux psychologues de faire émerger cette demande si c'est possible, sans pour autant forcer les patients à changer. Car certains patients, en focalisant leurs espoirs sur une opération miraculeuse, se dédouanent de tout effort psychique, ce qui leur permet de conserver leur symptôme tout en bénéficiant d'améliorations physiques. L'attachement au symptôme est une variable à prendre en compte. Car le symptôme a une raison d'être, et ses fonctions sont tellement investies par le patient qu'il serait imprudent de le faire disparaître sans l'avoir interrogé au préalable. Ainsi, une obésité qui aurait une valeur protectrice suite à un traumatisme, pourrait permettre le maintien de l'intégrité psychique. Il conviendra donc de trouver des alternatives avant de vouloir éradiquer ce symptôme, sans quoi un effondrement psychique serait à craindre.

Il s'agit donc de trouver un juste équilibre, entre la demande du sujet (parfois l'immobilisme), et la nécessité thérapeutique (préparation du patient aux bouleversements occasionnés par l'opération). Le travail autour du symptôme semble essentiel, afin de comprendre sa place dans la vie de l'individu, ainsi que les bénéfices qu'il peut lui apporter. Ceci étant dit, une telle adaptation semble possible pour les thérapies corporelles, cognitives et comportementales, et psychodynamiques.

Tout comme les dans états-limite, il semble que le champ dans lequel l'obésité s'inscrit est celui de l'agir. L'acte alimentaire devient le moyen d'extérioriser les conflits psychiques. L'abord thérapeutique pourra être de favoriser la mentalisation et l'élaboration des conflits, afin qu'ils aient un mode d'écoulement alternatif.

2.3. Importance du contexte social

L'étude de la fonction de la nourriture en lien avec l'aspect pulsionnel de la prise alimentaire semble nécessaire pour tenter de traiter l'obésité. Harrus-Révidi (2003) explique que l'aspect identificatoire des interdits alimentaires est fondamental, car inscrit profondément dans nos cultures.

L'alarme sanitaire tirée autour de l'obésité semble paradoxale avec l'incitation consumériste actuelle. L'ingérence publique se traduit par une surveillance de l'alimentation des personnes, secteur qui est habituellement privé. Le programme EPODE a pour objectif « d'aider les familles à modifier en profondeur et durablement leur mode de vie (...) pour faciliter l'adoption de nouvelles routines de vie¹⁹ ». Ce programme consiste à mettre en œuvre les recommandations du Programme National Nutrition Santé dans les villes françaises, notamment par l'éducation des enfants. On s'aperçoit bien que l'interventionnisme croissant de l'Etat dans la vie privée constitue réellement un symptôme social. Ces données permettent de comprendre le cadre social de « l'épidémie d'obésité » et peuvent poser des questions déontologiques aux psychologues. Car ceux-ci cultivent leur indépendance vis-à-vis des diktats sociaux, et face à une personne qui ne souffre aucunement de son surpoids, la tolérance sera de mise.

M-C Célerier (2003) évoque bien la manière dont la société actuelle provoque les compulsions alimentaires. Car dans une société où la différence des sexes est déniée, par le primat d'une égalité annihilante, assortie d'un refus du manque, un vide symbolique est laissé, à remplir par la nourriture.

¹⁹ <http://www.epode.org/notre-objectif>

Conclusion

Cette recherche théorique et clinique nous a permis de saisir plusieurs caractéristiques de l'obésité. Tout d'abord, sa polyvalence a été montrée grâce aux liens étroits qu'elle peut entretenir avec d'autres entités psychopathologiques, telles que la dépression ou l'état-limite. Nous n'avons donc pas pu dégager de profil psychologique de l'obésité en raison de sa complexité. Ensuite, la violence a été examinée pour voir si l'obésité n'en serait pas la conséquence. Si tous les participants de notre étude ont effectivement été victimes de violences (directes ou indirectes), leurs aménagements psychiques pour y faire face se sont révélés uniques. Pourtant, la prise en compte de ce facteur peut aider à mieux comprendre certaines obésités. Ainsi, malgré la complexité clinique de l'obésité, des lignes thérapeutiques précises ont pu être dégagées. Le suivi pré et post opératoire ainsi que l'adaptation des psychothérapies classiques, pour contenir les personnes et aborder la question de leur rapport au corps et à l'alimentation paraissent essentiels. Une revue de littérature plus importante permettrait de comprendre encore mieux les spécificités cliniques de l'obésité, et un champ d'investigation plus précis pourrait concerner les liens entre violence et obésité. Pourtant, chercher pas à circonscrire l'obésité dans des cases cliniques n'est pas forcément une démarche utile, sauf si, et c'est bien l'enjeu majeur, un tel travail peut participer à une meilleure prise en charge des personnes obèses.

Bibliographie

- **Articles**

- Berdah C. (2008) Obésité et psychiatrie. SYMPOSIUM CREGG - COMMISSION MOTRICITÉ DIGESTIVE ET NUTRITION Probiotiques, ballon gastrique et chirurgie bariatrique. Paris, 4 juillet 2008. *Acta Endoscopica* Vol. 38, Suppl. 1, S49-S54. S50
- Berdah C. (2010) Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-Psychologiques*. 168, 184-19
- Bréchon G. (2005) La destinée du trop. Deux études de cas : Aurélie et Claire. *Enfances & Psy*, 2 (no27).
- Célérier M-C. (2003). La boulimie compulsive revisitée. *Champ Psychosomatique*, 2003, n° 29, 43-55.
- Dumet N. (2006) J'engloutis, je vis, je suis. De l'hyperphagie à la subjectivation. *Cahiers de psychologie clinique*, 1 (no 26).
- Dunkley D. M., Masheb R. M., Grilo C. M. (2010) Childhood Maltreatment, Depressive Symptoms, and Body Dissatisfaction in Patients with Binge Eating Disorder : The Mediating Role of Self-Criticism. *Int J Eat Disord*. April ; 43(3): 274–281.
- Faulconbridge et al. (2009) Changes in Symptoms of Depression with Weight Loss: Results of a Randomized Trial. *Obesity (Silver Spring)*. May ; 17(5): 1009–1016.
- Gohier B., Richard-Devantoy S., Denès D., Sallé A., Becouarn G., Topart P., Garré J-B. (2010) Le psychiatre et la chirurgie bariatrique. *Annales Médico-Psychologiques* 168 ; 220-223.
- Grangeard C. (2007) Le poids des représentations: « transfert et contre-transfert » en chirurgie bariatrique, the weight of self-image. *Obésité* Vol. 2, N°4, 318-323
- Greenfield E. A., Marks N. F. (2009) Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: Using food in response to stress as a mediator of risk. *Soc Sci Med. March* ; 68(5): 791–798.

- Entretien avec Gisèle Harrus-Révidi, réalisé par Pascale Mignon. (2003) Mangeurs de mots. *Festins d'enfants. La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2 no 52 ; 57-62
- Le Run J-L (2005) Trop de poids, pas assez de quoi ? *Enfances & Psy* 2 (no27) 119-126.
- Leydenbach T. (2003) Le beau et le vrai. A propos d'un cas d'obésité. *Champ Psychosomatique*, n° 29, 57-69.
- Murphy J. M., Horton N. J., Burke J. D., Monson R. R., Laird N. M., Lesage A., Sobol A. M. (2009). Obesity and Weight Gain in Relation to Depression: Findings from the Stirling County Study. *Int J Obes (Lond)*. March ; 33(3): 335–341.
- Schneider et al. (2008) Design and methods for a randomized clinical trial treating comorbid obesity and major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 8:77.
- Simon et al. (2008) Association between obesity and depression in middle-aged women. *Gen Hosp Psychiatry* ; 30(1): 32–39.
- Terracciano A., Sutin A. R., McCrae R. R., Deiana B., Ferrucci L., Schlessinger D., Uda M., Costa P. T. (2009) Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Med*. July ; 71(6): 682–689.
- Van Hout G., Jakimowicz J., Fortuin F., Pelle A., van Heck G. (2007). Weight Loss and Eating Behavior following Vertical Banded Gastroplasty. *Obesity Surgery*, 17, 1226-1234.
- Verger P., Dizière S., Bocquier A., Ventelou B. (2008) La dépression comorbide favorise-t-elle certains comportements à risque chez les personnes ayant des problèmes de poids ? *RFAS* ; 1 ; 49-70
- Wardle J. (2009) Is obesity an eating disorder ? *The European Health Psychologist*. Vol.11. 52-55.
- Wildes et al. (2008) Childhood Maltreatment and Psychiatric Morbidity in Bariatric Surgery Candidates. *Obes Surg*. March ; 18(3): 306–313.

- **Livres**

- Anzieu D. (1995) *Le Moi-peau*. Paris : Dunod. 2^{ème} ed.
- Anzieu D. (1994) *Le Penser : du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod.

- Bergeret J. (dir.) (1976). Abrégé de psychologie pathologique. Paris : Masson. 2^{ème} ed.
- Laplanche J., Pontalis J-B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF. 4^{ème} ed. : 2004.

- **Cours**

- Aupetit A. (2010) La thérapie des schémas. Cours du master 2 « Psychothérapies et Psychopathologies », Toulouse Le Mirail. Powerpoint : p. 72
- Rousseau A. (2010) Cours sur les troubles du comportement alimentaire. Master 2 « Psychopathologies et Psychothérapies ». Université de Toulouse-Le Mirail.

- **Autres sources**

- *Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) :*
<http://www.gros.org/sinformer/obesite-et-surpoids/problemes-de-poids-et-troubles-du-comportement-alimentaire>
- *5^{ème} édition de l'enquête nationale ObEpi,* Inserm / TNS Healthcare (Kantarhealth) / Roche (2009).
- *Site Internet de l'OMS, rubrique obésité :*
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- *Constitution de l'OMS :*
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Annexes

Annexe I : grille d'entretien : les thèmes abordés

Général

- Informations pratiques (âge, poids et taille)
- Enfance
- Liens avec les parents
- Relations amoureuses
- Vie actuelle (travail, famille...)

Histoire de l'obésité

- Alimentation : habitudes alimentaires, fonction de la nourriture.
- Quelles attentes vis-à-vis d'une opération de chirurgie bariatrique ?
- Histoire de l'obésité (antécédents familiaux, moment de survenue de l'obésité etc)
- Relation au corps : « qu'est-ce qui ne vous plaît pas chez vous ? »

Éléments psychologiques

- Suivi psychologique en dehors de l'hôpital ? Traitement psychotrope ? Antécédents psychiatriques ?
- « Quelle cause donnez-vous pour expliquer l'entrée dans l'obésité ? »
- Problématique de la violence : « Avez-vous connu des situations de violence ? »

Annexe II : Formulaire de consentement

Université de Toulouse II - Le Mirail. 5 allées Antonio Machado 31058 TOULOUSE Cedex 9

Formulaire d'accord de participation

Je soussigné (e), déclare accepter librement, et de façon éclairée, de participer à l'étude sur le lien entre les facteurs psychologiques et physiques. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

Cette étude est menée dans le cadre du Master 2 Professionnel « Psychothérapies et Psychopathologies », sous la supervision de Gérard Pirlot, Maître de conférence à l'Université Toulouse Le Mirail.

But de l'étude : apporter une contribution clinique à l'état actuel de la recherche sur l'obésité et ses traitements.

Engagement du sujet : participer à une investigation psychologique à l'aide d'un ou deux entretiens individuels, espacés d'au moins une semaine, d'une durée d'environ 45 minutes chacun, retranscrits manuellement par l'investigateur.

L'identité du sujet n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et toute information le concernant sera traitée de façon confidentielle.

Déontologie : les données recueillies conservent la confidentialité, grâce au respect de l'anonymat (Titre I, article 1, 3, 5, 6 du Code de déontologie des psychologues, France).

Fait à, le..... en deux exemplaires.

Signatures :

Sujet participant

Investigateur principal

Adélaïde d'Antin

Annexe III : projet de publication

Un travail documentaire important a pu être effectué sur l'obésité, dans le cadre du stage fait à l'hôpital de Rangueil. Les psychologues travaillant dans la consultation de l'obésité ont recueilli un nombre important d'articles scientifiques sur ce sujet (une centaine au moins). Nous avons trié ces articles, et avons entamé l'élaboration d'une synthèse. Ce travail pourrait permettre une revue littéraire globale sur l'obésité, et ferait ainsi éventuellement l'objet d'une publication. Les articles collectés provenant de divers pays (France, U.S.A, Angleterre, Inde, Portugal...), il serait possible de publier en anglais pour une revue internationale. Plusieurs revues scientifiques publient des revues littéraires. *Clinics in Plastic Surgery* par exemple, a publié en 2008 un article intitulé « Psychiatric Considerations of the Massive Weight Loss Patient » faisant l'état des lieux sur ce sujet. Le type d'article (une revue des articles scientifiques) et sa destination (une revue internationale) sont donc élaborés, et il ne reste plus qu'à mettre en forme le contenu selon la revue choisie. Une telle publication serait donc le fruit d'une collaboration entre l'hôpital de Rangueil (la psychologue ainsi que le chef de service), l'université du Mirail (Mme Callahan) et nous-même. Cette piste de travail est donc ouverte, et promet un travail intéressant.

Résumé

L'obésité est un problème de santé publique et ses seules définitions sont d'ordre médical. Mais pourquoi devient-on obèse ? L'analyse psychologique qualitative de l'obésité présentée ici tente de répondre à cette question, en essayant de dégager un profil psychologique particulier. Notre hypothèse secondaire concerne la violence comme facteur commun aux obésités, causant la spécificité de leur organisation psychique. Un recueil de données auprès de quatre candidats à une opération de chirurgie bariatrique a été effectué, grâce à la conduite d'entretiens semi-directifs. Mais un profil psychologique de l'obésité n'a pu être établi, et la violence n'a pu être retenue comme cause unique de l'obésité. Nous avons donc tenté de dégager les conséquences thérapeutiques d'une telle complexité clinique.

Mots-clé : obésité, psychopathologie, chirurgie bariatrique, violence.

Obesity is a public health problem and its definitions are only medical. But why do people become obese? The qualitative and psychological analysis showed here tries to answer this question, focusing on a possible particular psychological profile. Our second hypothesis concerns violence as common factor in obesities, causing a specific psychological organisation. Data collection on four candidates for bariatric surgery was done through semi-directive interviews, and our initial assumption has been invalidated. We couldn't find a psychological profile of obesity. Therefore we have tried to underline therapeutic implications of the huge clinical complexity of obesity.

Key-words: obesity, psychopathology, bariatric surgery, violence.