

Prise en charge de l'obésité en 2012 : le point de vue d'une psychologue

D. MACHAUX-THOLLIEZ
(Boulogne)

Résumé

L'obésité est une maladie qui met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu. Ses déterminants sont multiples et ne peuvent se réduire aux seuls désordres alimentaires. Le développement de l'obésité ne se résume pas plus à un modèle unique de compréhension psychologique : la littérature comme la clinique montrent que l'obésité s'inscrit dans un système complexe. La dimension psychologique est centrale pour la compréhension de l'origine et des conséquences de l'obésité.

Prendre en charge une personne obèse en particulier ne peut s'envisager qu'avec une bonne connaissance et compréhension de l'obésité en général.

Mots clés : obésité, troubles du comportement alimentaire, modèles psychologiques de l'obésité, restriction cognitive, prise en charge psychologique de l'obésité

Hôpital Ambroise Paré - Service nutrition - 9 avenue Charles de Gaulle - 92100 Boulogne

Correspondance : deborah.tholliez@apr.aphp.fr

Déclaration publique d'intérêt

Je soussignée, Deborah Machaux-Tholliez, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

L'obésité est une maladie qui met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu [1]. Il est intéressant de voir qu'elle est, à l'origine, une construction sociale qui s'est progressivement médicalisée sous l'influence de différents facteurs. Les compagnies d'assurance, tout d'abord, qui ont défini l'obésité en tant que facteur de risque sur la base de l'indice de masse corporelle de Quételet, déterminant ainsi une norme pondérale. L'obésité s'est ensuite médicalisée pour des raisons médico-économiques, liées à l'augmentation de la prévalence de l'obésité hors des frontières américaines et de ses conséquences sur la santé. Les dimensions psychologiques, quant à elles, ont pu un temps être mises au second plan par rapport aux problèmes somatiques. Mais il est maintenant admis qu'elles occupent une place centrale dans la compréhension de la personne obèse, dans la compréhension des processus comportementaux et biologiques conduisant à la prise de poids, et des conséquences de l'excès de poids. Les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité sont variables selon les individus et selon le stade évolutif de la maladie. Contrairement aux idées reçues et aux messages délivrés aux personnes qui ont des problèmes de poids, l'obésité ne peut se réduire à un simple problème d'ordre alimentaire, et ce d'autant plus que dans la littérature comme en clinique, on remarque que même si les troubles qualitatifs des conduites alimentaires sont fréquents dans l'obésité, ils ne sont ni obligatoires, ni

spécifiques. Et, même si un désordre alimentaire est à l'origine de la prise de poids, ce trouble peut avoir, quelques années plus tard, une autre signification, une autre représentation symbolique et peut même ne plus être pathologique. Il n'y a pas de « psychologie type » de l'obésité, mais la dimension psychologique est au cœur de l'évaluation clinique et de la stratégie de prise en charge.

I. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Un comportement se définit comme « un ensemble de conduites intégrées, déclenchées par des stimulations internes ou externes, et concourant à la réalisation d'un but ». On reconnaît au comportement alimentaire une fonction énergétique et nutritionnelle, qui ressort de la biologie ; une fonction hédonique, d'ordre affectif et émotionnel ; et enfin une fonction symbolique, d'ordre psychologique, relationnel et culturel.

L'individu ne peut survivre, ne peut se développer physiquement mais aussi psychiquement, qu'au travers d'un équilibre entre ces trois fonctions.

On parle de « trouble, de pathologie du comportement alimentaire » dès que le comportement alimentaire se différencie du comportement généralement adopté par une majorité d'individus dans un même contexte et qu'il engendre d'importantes conséquences pour la santé, que ce soit sur le plan somatique (obésité, malnutrition, dénutrition) ou psychologique (désocialisation, troubles de l'estime de soi, troubles de l'image du corps, anxiété, dépression) [2].

Les troubles du comportement alimentaire contribuent largement au développement des obésités selon des modalités variables.

D'un point de vue quantitatif, le comportement des personnes obèses peut se caractériser par une hyperphagie qui peut être soit prandiale, soit extra-prandiale.

L'augmentation des apports caloriques au moment des repas est souvent en rapport avec des habitudes familiales ou professionnelles, avec la convivialité. L'hyperphagie prandiale définit les personnes qui sont de « gros mangeurs », qui se décrivent comme ayant un « bon appétit ». L'augmentation des apports caloriques au moment des repas, la tachyphagie (personne qui mange très vite) ou la consommation excessive de boissons caloriques caractérisent ce trouble alimentaire. L'hyperphagie prandiale peut s'expliquer par une augmentation de la

faim (besoin physiologique de manger) ou de l'appétit (envie de manger un aliment dont on attend du plaisir), mais aussi par l'absence de rassasiement ou de satiété. De nombreuses obésités masculines se développent dans ce contexte et associent deux notions fondamentales qui s'attachent à la notion de « bon repas », à savoir le plaisir et la convivialité.

Pour ce qui concerne les consommations extra-prandiales, le grignotage est un trouble fréquent et qui, de ce fait, est devenu banal. Il s'agit d'ingestion répétée de petites quantités de divers aliments non spécifiques, sans ressentir de faim ou d'appétit, mais souvent choisis car ils sont jugés agréables. Le panel des comportements de grignotage est très varié : il peut s'agir d'un simple complément de nourriture, les repas structurés restant prépondérants ; mais le grignotage peut aussi représenter l'ensemble de l'alimentation. Ce qui caractérise surtout cette conduite, c'est que le grignotage n'est que rarement motivé par la faim : c'est une prise alimentaire qui se fait le plus souvent sous une forme d'automatisme. Mais le grignotage n'est pathologique que dans la mesure où il court-circuite la réflexion en devenant le seul moyen de répondre à toutes les difficultés de l'existence.

Certains patients décrivent des compulsions alimentaires qui sont des impulsions soudaines à consommer un aliment donné, généralement en dehors des repas : dans sa forme la plus simple et la plus commune, les personnes décrivent une envie de manger un aliment ou un groupe d'aliments qu'elles apprécient, envie qui n'est en rien motivée par la faim. La compulsion simple procure, le plus souvent, un plaisir initial, plaisir qui cesse lorsque la satisfaction a été obtenue. Après coup, le sujet peut éprouver des sentiments de culpabilité, parfois de honte. La quantité d'aliments est variable selon les cas : parfois limitée (un biscuit, un morceau de fromage, un carré de chocolat), elle peut atteindre des valeurs caloriques importantes (une tablette de chocolat, un paquet de gâteaux). Dans la compulsion grave, le sujet perd le contrôle sur son comportement alimentaire. Il consomme des quantités d'aliments souvent importantes dans un contexte thymique et affectif particulier.

Compulsion et grignotage semblent très proches, mais le grignotage se distingue de la compulsion par son caractère automatique, sans nécessairement en avoir « envie ».

Dans les troubles du comportement alimentaire susceptibles de faire plus rarement partie du tableau symptomatique de l'obésité, il y a les crises boulimiques [3] dans lesquelles l'ingestion de nourriture est à la fois incontrôlable et objectivement importante. La personne boulimique mange, indépendamment des besoins physiologiques et

sans rythme de repas, des quantités massives de nourriture. La crise de boulimie est souvent associée à des affects dépressifs ; et elle est décrite comme une épreuve pénible que le sujet subit. Il s'agit d'un épisode brusque au cours duquel une importante quantité de nourriture est ingérée à la hâte, en cachette, sans limite autre que la contenance gastrique. Les aliments sont parfois absorbés après une préparation culinaire qui peut être ritualisée, certains patients cuisinant et installant nourriture et cadre (ils préparent des repas élaborés toute la journée, dressent la table selon certaines règles qui leurs sont propres et ingèrent ce qu'ils ont préparé selon un ordre défini) ; mais le plus souvent, ces aliments sont absorbés dans le plus grand désordre, tels quels, non chauffés, dans la boîte de conserve. Tous les aliments sont susceptibles de faire l'objet d'une conduite boulimique, chaque patient ayant ses « préférences » (charcuterie, pâtisserie...). On remarque que fréquemment, la crise est précédée d'un état de tension, de malaise, sans faim véritable, avec parfois une dimension d'excitation ; une lutte consciente contre l'impulsion à manger peut accompagner ce moment. La notion de convivialité disparaît au profit d'une solitude nécessaire. La patiente boulimique mange seule, en cachette, et commence son accès sur un mode impulsif. La prise alimentaire est hâtive, sans mâcher ni mastiquer ; les quantités ingérées peuvent être objectivement conséquentes. Tout contrôle rationnel se trouve balayé par un passage à l'acte qui consiste à manger, non pour se nourrir mais pour se remplir. La crise s'achève quand il n'y a plus rien à manger ou lorsque la patiente est dérangée dans sa solitude par un tiers ou enfin quand les douleurs dues au remplissage de l'estomac surviennent. Une phase d'abattement avec malaise physique (douleurs d'estomac, fatigue, céphalées, nausées...) et psychique (remords, honte, culpabilité, dégoût, humiliation, dévalorisation...) succède, perdurant jusqu'à l'endormissement ou les vomissements provoqués. Les personnes boulimiques ont recours à différentes techniques afin de contrôler leur poids : elles se font vomir après une crise, ou elles peuvent avoir recours à des laxatifs, des diurétiques, des lavements ou autres médicaments. Les crises de boulimie s'inscrivent le plus souvent dans une problématique anorexique, ainsi que chez des femmes de poids normal qui expriment un désir de maigrir, ou tout au moins de ne pas grossir. Mais d'authentiques crises de boulimie peuvent s'observer chez des personnes obèses, même si cela reste rare.

Le *Binge Eating Disorder* (BED), qui peut se traduire par « syndrome d'hyperphagie incontrôlée », est très proche de la symptomatologie décrite dans les crises de boulimie, mais s'en distingue nettement par l'absence de stratégie drastique afin de contrôler le

poids. Il n'y a donc pas de contrôle pondéral et, de ce fait, les personnes peuvent prendre du poids.

Il apparaît que les prises alimentaires nocturnes (certains sujets se réveillent et se lèvent pour manger) peuvent se faire sur un mode compulsif ou boulimique. On parle alors de *Night Eating Syndrome* (NES). Le NES se définit donc par une hyperphagie nocturne et/ou la consommation d'au moins 50 % des apports énergétiques quotidiens après 19 h [4]. Il convient de ne pas confondre ces prises alimentaires avec celles des sujets insomniaques qui mangent parce qu'ils n'arrivent pas à dormir. Le NES s'inscrit le plus souvent dans une symptomatologie anxio-dépressive.

Les troubles du comportement alimentaire sont donc susceptibles de contribuer au développement des obésités selon des modalités variables. La question est de savoir quels en sont les déterminants afin de pouvoir adapter au mieux la stratégie thérapeutique.

II. LES MODÈLES PSYCHOLOGIQUES

II.1. Hypothèses initiales

Les hypothèses psychanalytiques initiales postulaient l'existence d'une problématique orale : les personnes sont obèses du fait d'un recours prééminent au comportement alimentaire parce qu'elles ne trouvent d'autres satisfactions que dans le fait de manger, problématique propre au stade oral. Ces théories plaçaient au centre un conflit intrapsychique spécifique et/ou l'existence de fixations à la phase orale du développement psychogénétique, responsable d'une hyperphagie, résultant d'une recherche de satisfactions régressives. La nourriture, de façon symbolique assimilée à l'amour maternel des premiers mois de vie, est ici inconsciemment recherchée afin d'éviter frustrations et conflits. Dans les années 1960, les études [5] ont essentiellement porté sur la recherche de traits de caractères « oraux » comme la passivité, l'immaturité, la dépendance, la recherche de soutien et les perturbations narcissiques chez les personnes obèses. Ces recherches n'ont pu mettre en évidence une spécificité de caractères « oraux » chez les personnes obèses mais ont permis de reconnaître les situations cliniques individuelles répondant à ce type de problématique. Ceci était attendu quand on considère l'hétérogénéité clinique de l'obésité, des obésités ; mais aussi quand on considère le nombre de

traits de personnalité qui découlent du stade oral. La personnalité « orale » ne se réduit pas, contrairement aux stéréotypes, à une personnalité passive et placide, dépendante affectivement. Divers traits de personnalité peuvent se rencontrer comme la confiance en soi, la générosité, l'optimisme, mais aussi la possessivité, l'intolérance à la frustration et la revendication.

Ces premières recherches psychanalytiques ont mis en évidence la diversité des traits de caractère, de leurs déterminants, la complexité des mécanismes et leur intrication : la personne obèse, l'obésité, les obésités ne peuvent donc se réduire à un seul trait de personnalité.

Une réflexion plus globale de l'obésité a été élaborée au travers de divers courants.

II.2. La psychanalyse

L'apport de Hilde Bruch [6] a été considérable en avançant l'hypothèse que l'on pouvait distinguer deux situations d'obésité liées à des problèmes psychologiques.

Dans un premier cadre, il s'agit de l'obésité de développement qui se construit principalement dans l'enfance (situation à distinguer des obésités constitutionnelles). Pour la psychanalyste, chez la plupart des enfants obèses et chez beaucoup d'adultes obèses depuis l'enfance, les déterminants sont liés à de sérieux troubles émotionnels et de la personnalité, ou en rapport avec des relations perturbées au sein de la famille.

Pour Hilde Bruch, il est indispensable que l'enfant reçoive des réponses adaptées aux signaux de ses besoins, tant sur le plan intellectuel, émotionnel ou social, pour être en mesure de développer une bonne conscience de soi et de ses propres possibilités. Dès les premiers jours de vie, la relation nourricière avec la mère est le moment privilégié d'échanges qui vont permettre l'élaboration de l'appareil psychique. La mère est dans une relation fusionnelle avec son nourrisson, relation qui lui permet de fournir des soins en adéquation avec ses besoins, de façon quasi instantanée et surtout sans à-coup pulsionnel. Cette relation le protège des expériences angoissantes, condition nécessaire pour que le Moi du bébé puisse se développer. L'appareil psychique peut se mettre en place quand les tétées s'espacent pour diverses raisons et se font attendre, espace temporel pendant lequel le bébé éprouve un manque. Cet espace n'est pas un temps vide : le bébé va progressivement apprendre à moduler la tension pulsionnelle. Il va alors transformer une réalité déplaisante du manque

au moyen d'une activité psychique en se remémorant les expériences gratifiantes antérieures : il se crée une représentation, une image mentale globale de la satisfaction. Cette activité ne peut se mettre en place qu'à partir de l'absence de l'objet, de la mère, et à condition que la séquence besoin-satisfaction ait été suffisamment répétée. Les soins maternels adaptés, étayants et récurrents vont être rassurants, permettant l'attente et le délai, et conditionnant la tolérance à la frustration. Le désir naît de l'écart entre le besoin et la réponse.

La mise en place de l'appareil psychique est étroitement dépendante des besoins oraux au cours des échanges ; elle est étroitement dépendante de la mère, de la « bonne mère », de celle qui ne l'est ni trop, ni pas assez. Il y a autant d'enfants que de mères ; et la mère suffisamment « bonne » au sens de Winnicott est celle qui est en résonance avec cet enfant-là, à ce moment-là, celle qui favorise le modelage mutuel de leur relation en vue de leur dégage­ment réciproque. L'histoire familiale, maritale, culturelle, sociale de la mère influence bien évidemment la façon dont elle va s'occuper de son enfant, la façon dont elle va l'étayer. Des comportements maternels peuvent entraver le développement des capacités ultérieures de mentalisation.

Certaines mères n'ajustent pas leurs comportements aux besoins du nourrisson : il se trouve contraint de s'adapter aux impératifs de sa mère. Les soins sont marqués par la discontinuité : le bébé vit selon un rythme décousu, sans repère stable et ses besoins sont comblés de façon imprévisible. De ce fait, il lui est impossible d'intérioriser la certitude d'une satisfaction à venir et, dans l'attente, la frustration devient insoutenable. D'autres mères perpétuent la relation fusionnelle des premières semaines. Ne pouvant s'en séparer et encore moins les frustrer, elles anticipent tous ses besoins. La gratification orale, toujours immédiatement apportée, ne laisse aucune place à l'expérience du manque, et donc à la possibilité de désirer. D'autres encore donnent à manger en toutes circonstances : elles procurent de la nourriture en réponse à tous les cris, toutes les tensions, tous les maux de leur nourrisson. Le problème est qu'une mère qui utilise l'alimentation comme remède universel entérine et pérennise chez l'enfant l'incapacité à différencier ses besoins les uns des autres. Pulsions et sensations étant traitées indifféremment de la même manière, l'enfant ne peut que persister à confondre ses besoins psychologiques avec ses besoins physiologiques : c'est ce qu'Hilde Bruch appelle la « confusion des affects ». Enfin, le nourrissage peut se révéler fluctuant, étroitement dépendant de l'histoire pondérale et alimentaire des mères qui se soumettent à de multiples régimes [7].

Donc, si les besoins initialement indifférenciés ne sont pas convenablement reconnus et renforcés, l'enfant éprouve par la suite les plus grandes difficultés à distinguer ce qui ressort du besoin biologique et de l'émotionnel, à identifier les sources de troubles émotionnels ou de problèmes existentiels. Dans la relation de nutrition, la nature de la réponse que la mère fournit aux signaux de l'enfant est primordiale, selon qu'elle permet à l'enfant de déterminer lui-même les quantités de nourriture nécessaires, selon qu'elle le force ou non à accepter des aliments nouveaux, qu'elle le laisse ou non manger à son propre rythme. Dans le meilleur des cas, le bébé est un partenaire actif et la mère s'attache à être sensible aux signaux de l'enfant. Il apparaît que des mères moins attentives à la demande de l'enfant ont tendance à le suralimenter dans un but de gratification, d'autres dans l'espoir de les faire dormir pendant longtemps pour s'en débarrasser [8].

Des observations cliniques ont été faites sur des enfants obèses en relation avec leur mère, parmi lesquelles certaines se montraient aimantes et compréhensives, bien qu'elles aient pour habitude de suralimenter leur enfant, tandis que d'autres, qui le rejetaient, avaient tendance à interpréter toutes ses demandes comme des demandes de nourriture. De même, il apparaît que l'enfant est particulièrement dérouté par une mère qui ne serait investie que dans ses problèmes personnels, et qui ramènerait à elle tous les faits et gestes de l'enfant. Ainsi, elle interpréterait le refus de manger de l'enfant comme un acte d'hostilité à son égard ; à l'inverse, elle prendrait pour de l'amour ses tandances boulimiques.

Selon Hilde Bruch, ce n'est pas tel ou tel aspect du comportement au sein du groupe familial qui est en cause mais les interactions dynamiques entre les membres d'une famille et les rôles qu'ils sont amenés à jouer l'un vis-à-vis de l'autre. Hilde Bruch observe que l'enfant obèse était « élu » comme compensation aux déceptions et frustrations des parents.

L'autre situation est celle de l'obésité « réactionnelle », l'obésité se constituant en réaction à un événement traumatisant de nature variable. Les facteurs psychologiques sont bien entendu centraux. Hilde Bruch propose que la suralimentation et l'obésité sont une défense contre l'angoisse ou une réaction dépressive. Au lieu d'exprimer leur colère, de la vivre, les patients se dépriment et la prise alimentaire intervient comme un mécanisme de défense contre une dépression plus grande. Ces personnes ont souvent conscience du lien entre la prise alimentaire et leurs affects, et elles se sentent moins efficaces et compétentes quand elles essaient de se contrôler. On les

qualifie souvent de « mangeurs compulsifs », et il importe de faire la différence entre la faim véritable et ce besoin « névrotique », impérieux de nourriture.

Par la suite, d'autres modèles explicatifs ont vu le jour, soit en approfondissant les chemins de la psychanalyse, soit en empruntant la voie des théories comportementales.

II.3. Les théories comportementales

Beaucoup ont fondé leurs réflexions et travaux en s'appuyant sur la théorie de l'externalité élaborée par Schachter [9], qui propose que certains sujets seraient à la fois plus sensibles aux stimuli provenant du monde extérieur et moins sensibles à ceux de leur organisme. Pour le sujet « *external* », le simple fait de voir ou sentir un aliment ressenti comme bon ou le simple fait de savoir que ces aliments sont accessibles rendent ces derniers irrésistibles et déclenchent la prise alimentaire.

Dans sa théorie de l'externalité, Schachter a suggéré que l'acte alimentaire peut être déclenché chez les personnes obèses par des signaux alimentaires externes, tels que l'odeur, la vue et la disponibilité de la nourriture. Cette théorie énonce donc que l'état physiologique interne des personnes obèses ne semble pas avoir d'influence sur leur comportement. Mais, par opposition à l'importance accordée aux facteurs émotionnels internes dans la théorie psychosomatique, la théorie de l'externalité se focalise sur l'environnement alimentaire, considéré comme un déterminant du comportement alimentaire. Dans un environnement pauvre en aliments tentateurs, dans un cadre social où la prise de nourriture est soumise à des habitudes, des coutumes, des règlements précis, où l'on mange à heure fixe, des portions calibrées et non modifiables, la personne « *externale* » ne rencontrera pas de difficultés. Par contre, dans un monde comme le nôtre, où les nourritures appétissantes sont disponibles en permanence, la personne « *externale* » est soumise à des tentations itératives auxquelles il lui est difficile de résister. Mais, dans la mesure où la relation inverse n'a pas été montrée, à savoir minceur = internalité, on ne peut lier de façon systématique externalité et obésité.

Toutes les personnes obèses ne sont pas dans cette situation : l'externalité n'est qu'un facteur susceptible de favoriser la prise alimentaire. Réduire un patient obèse à un comportement, en faisant abstraction de son histoire et de son fonctionnement psychique, n'aurait pas de sens.

II.4. Les théories psychosomatiques

Recourir à l'alimentation a bien souvent valeur de passage à l'acte permettant de faire « l'économie » d'un travail psychique. L'obésité pourrait trouver sa place au sein des maladies psychosomatiques comme définies par Pierre Marty [10]. Elle se déclinerait chez la personne obèse par une incapacité à exprimer des sentiments ainsi qu'à régler des situations conflictuelles. Manger est un passage à l'acte permettant la libération de l'énergie pulsionnelle. En d'autres termes, la personne obèse souffrirait d'une incapacité à exprimer des sentiments d'hostilité et de colère, à régler des situations conflictuelles, ou plus généralement à supporter des émotions intenses. Manger aurait alors la valeur d'un acte auto-agressif, c'est-à-dire que l'obèse retournerait l'agressivité ou la colère non exprimée contre lui-même. Le fait de manger pourrait alors être une façon de se punir, et permettrait d'éviter la dépression.

Dans la même perspective, l'alimentation peut être utilisée comme procédés autocalmants [11], c'est-à-dire comme moyen de satisfaire la pulsion sexuelle. Le problème est que la libido n'atteint pas son objectif : culpabilité, honte, dévalorisation succèdent immédiatement à la pulsion, ne permettant pas l'accès à la satisfaction. Les procédés autocalmants consistent essentiellement à rechercher le calme par des comportements moteurs ou perceptifs qui sont susceptibles d'inclure une part de souffrance psychique. Dans leurs formes les plus agressives, ils peuvent comporter, avant le retour au calme, un premier temps de tension, d'excitation.

Certaines personnes obèses expriment souvent le fait d'avoir recours à la prise alimentaire en réponse à des tensions et conflits. Restaurer une capacité de mentalisation est au centre du travail psychothérapeutique.

On voit donc que le développement de l'obésité ne se résume pas à un modèle unique de compréhension psychologique : l'obésité s'inscrit dans un système complexe dont les déterminants sont multiples.

III. LA CLINIQUE

L'obésité peut, sous un éclairage métapsychologique, refléter un désir d'enfant ou un refus de la sexualité. Immaturité affective ou trauma conduisent, à un niveau souvent inconscient, la personne obèse à utiliser son corps dans le but de maintenir l'autre à distance : l'obésité

peut servir de protection. L'excès de poids peut également être un moyen d'affirmer un statut social et parfois esthétique, ou un moyen de révéler son mode de fonctionnement psychique. Il peut également permettre de marquer ou de trouver sa place au sein de sa culture, mais surtout au sein de sa famille. Un lien très fort entre prise de poids et carences affectives maternelles est très souvent relevé. Les personnes obèses relatent souvent de graves carences affectives maternelles durant l'enfance, fragilisant leurs assises narcissiques. Leur surcharge pondérale leur permettait de trouver leur place au sein de la famille, de signifier leur différence et leur agressivité, ou leur permettait d'avoir attention et parfois affection de leur mère. C'est dire l'importance de la relation mère-enfant dans la constitution de certaines obésités.

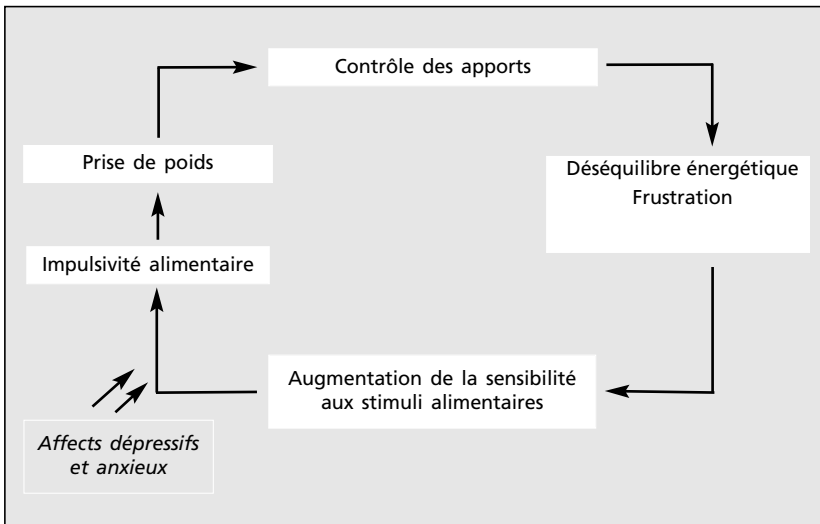
C'est dans ces histoires maternelles que certains troubles alimentaires s'inscrivent ; troubles susceptibles de contribuer au développement des obésités selon des modalités variables. La question est de savoir quelle est l'origine des troubles constatés et la place particulière des facteurs psychologiques afin de pouvoir adapter au mieux la stratégie thérapeutique. Sur le plan symbolique, les troubles alimentaires peuvent révéler une relation mère-enfant délétère, une enfance carencée ou traumatique. L'alimentation peut jouer différents rôles, en ce sens qu'elle peut permettre de pallier solitude, ennui, carences affectives, défaut d'étayage : l'alimentation peut être utilisée pour combler un vide affectif. L'aliment peut également avoir un rôle d'antidépresseur, d'anxiolytique. Le trouble alimentaire peut refléter une avidité infantile primaire, une régression à la phase orale, une passivité, une immaturité psychique, un mode de fonctionnement opératoire, une agressivité contenue, une irritabilité.

Il peut également être la conséquence d'une « restriction cognitive », qui se définit comme étant le comportement des personnes qui, pour perdre du poids ou tout au moins pour éviter d'en prendre, limitent délibérément leur consommation alimentaire. Il s'agit donc d'une contrainte exercée sur le comportement alimentaire, d'une volonté d'atteindre un poids inférieur à son poids spontané et de s'y maintenir, et ce par différentes stratégies de restrictions (régimes, diètes, coupe-faim...). La restriction engendre une frustration : les personnes restreintes sont exposées à des levées d'inhibition se traduisant par des épisodes d'impulsion alimentaire (désinhibition) portant souvent sur des aliments vécus comme « interdits ». Cette levée de l'inhibition est facilitée par des affects dépressifs ou anxieux. La dépression joue un rôle clé dans le lien restriction/compulsion. Inversement, certaines personnes parviennent à contrôler leur alimentation sans avoir de compulsion alimentaire : elles ont généralement

peu de symptômes dépressifs. La restriction devient un trouble du comportement alimentaire lorsque la recherche systématique et obsédante d'une minceur inaccessible envahit tout l'espace psychique et détourne le comportement alimentaire de sa fonction biologique, hédonique et symbolique, et focalise le patient sur son seul objectif pondéral. L'impulsivité alimentaire n'est pas systématiquement liée à la restriction, elle peut être primaire et correspondre à un passage à l'acte en réponse aux situations psychologiques évoquées précédemment.

Tous ces régimes infructueux, qui enferment la personne obèse dans le schéma du yoyo pondéral, ont des conséquences psychologiques importantes. Confrontés de manière répétitive à l'échec, les patients vont souffrir de troubles thymiques, de mésestime de soi, de troubles de l'image de soi. Plus encore, il s'agit d'échecs visibles par l'autre et qui signifient, pour l'autre, une absence chronique, voire pathologique, de volonté, aggravant les signes précédemment cités, engendrant des sentiments de honte, de dénigrement, de culpabilité et majorant le repli sur soi, la désinsertion sociale, la discrimination et la stigmatisation.

Schéma - La restriction cognitive



IV. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DE LA PERSONNE OBÈSE

La dimension psychologique est centrale pour la compréhension de l'origine et des conséquences de l'obésité. Le travail du médecin est d'identifier la part des facteurs psychologiques dans la problématique individuelle : il faut tout à la fois éviter une psychologisation systématique et une mise à l'écart des déterminants et conséquences psychologiques potentielles. C'est en premier lieu au médecin, car c'est généralement par lui que se fait l'entrée dans le système de soins, de savoir identifier les situations où la priorité est une prise en charge psychologique (devant un tableau dépressif, des troubles du comportement alimentaire témoignant de difficultés psychologiques, des situations où il faut aider le patient à sortir des cycles répétitifs de désinhibition en se gardant bien de prescrire de nouveaux régimes dont le patient a déjà expérimenté les méfaits) ; et de permettre au patient de prendre conscience de l'importance de ces déterminants afin de l'orienter vers le psychologue ou le psychiatre pour un avis et/ou une prise en charge.

Lorsque la prise en charge psychologique est indiquée, elle revient aux spécialistes (psychologue ou psychiatre) et ne doit surtout pas se confondre avec d'autres domaines de compétences, en particulier celui du nutritionniste. Il faut éviter d'entraîner le patient dans une pseudo prise en charge « diétético-psychologique » confondant domaines, niveaux et compétences. La personne obèse ne pouvant se réduire à une théorie médicale ou psychologique de l'obésité, la prise en charge psychologique ne peut être univoque.

Lorsqu'une chirurgie de l'obésité est envisagée, l'évaluation psychologique est en revanche systématique car il s'agit d'identifier les contre-indications éventuelles.

CONCLUSION

Chaque personne obèse ayant une histoire de vie, une histoire de poids, un mode de fonctionnement psychique qui lui est propre, la stratégie thérapeutique doit être individualisée. Il est, enfin, important de ne pas culpabiliser un patient obèse : écoute, compréhension, déculpabilisation seront la toile de fond d'une bonne prise en charge.

Bibliographie

- [1] Basdevant A, Aron-Wisniewski J, Clément K. Définition des obésités. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Médecine-Sciences, Flammarion, Paris 2011.
- [2] Le Barzic M, Basdevant A, Guy-Grand B. Analyse clinique du comportement alimentaire. Médecine de l'obésité. Médecine-Sciences, Flammarion, Paris 2004.
- [3] Debray Q, Granger B, Azais S. Psychopathologie de l'adulte. Abrégés, Masson, Paris 1998.
- [4] Stunkard AJ, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E *et al.* Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *Int Jour Ob* 1996 Jan;20(1):1-6.
- [5] Masling J, Rabie L. Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence. *Journal of Consulting Psychology* 1967;31(3):233-239.
- [6] Bruch H. Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique. Payot, Paris 1988.
- [7] Le Barzic M, Pouillon M. La meilleur façon de manger. Odile Jacob, Paris 1998.
- [8] Ainsworth MDS, Bell SM. Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In *Stimulation in Early Infancy*. Academic Press, New York 1969.
- [9] Schachter S. Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subject. *Science* 1968.
- [10] Marty P. La psychosomatique de l'adulte. Que sais-je ? PUF 2004.
- [11] Szwec G. Les galériens volontaires. Essais sur les procédés autocalmants. PUF 1998.

