

# UNIVERSITE PAUL SABATIER

Professeur L.Schmitt

MEMOIRE

Diplôme Universitaire de 3ème cycle  
PSYCHOSOMATIQUE, RECHERCHE ET RELATION  
*Années 2007-2008-2009*

## APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DE LA CONSULTATION DIETETIQUE

*Patricia BRUZAC*  
*Diététicienne D.E.*

*« Tout travail de recherche s'inscrit dans un contexte social,  
mais se réalise dans un contexte personnel »*

Didier Anzieu

« *Méditations* »

## **REMERCIEMENTS**

A nos professeurs Laurent Schmitt, Maurice Bensoussan et Albert Danan  
pour leur  
compétence

A nos intervenants dont les exposés furent de grande qualité

Aux élèves croisés au sein de ces deux années avec lesquels les échanges  
furent enrichissants

A François Saint Pierre pour sa précieuse contribution et à son épouse

A Renate Eiber et toutes les personnes qui se sont intéressées à ce travail

A Jacques Gardes et mes filles Laure, Claire, Anaïs pour leur aide technique et leur soutien

## SOMMAIRE

I.	<b>INTRODUCTION</b> .....	
	....	p. 5
II.	<b>PSYCHOSOMATIQUE ET CORPS</b>	
	<b>IDEAL</b> .....	p. 6
	<b>1- Le corps et ses représentations dans le temps</b>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le corps idéal</li><li>▪ Le corps pensé</li></ul>
	<b>2 – Le corps dans l'Espace</b>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Espace familial</li></ul>

- Espace social

**III. IMAGINAIRE ET PSYCHOSOMATIQUE ..... p. 11**

**1 - L'Imaginaire**

**2 - L'Affect**

**3 – Situation d'impasse et refoulement de l'imaginaire**

- L'impasse
- Le refoulement de l'imaginaire

**IV. CORPS IDEAL ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ..... p. 15**

**1 – L'ère de la normalisation corporelle**

- L'apparence imposé
- La santé conseillée

**2 – Maîtrise du corps grâce au comportement alimentaire**

- « L'imaginaire du mangeur bio »
- « l'orthorexie, une névrose culturelle? »
- Bigorexie

**II. PSYCHOSOMATIQUE ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ..... p. 20**

**LE QUOTIDIEN DE LA DIETETICIENNE**

**1- L'entretien**

**2- L'image corporelle**

**3- Dysmorphophobies et troubles du comportement alimentaire**

- Anorexie
- Boulimie

**III. CONCLUSION .....  
.... p. 27**

IV. <b>ANNEXES (Observations cliniques)</b> .....	p. 28
V. <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	.. p. 33

## I

# INTRODUCTION

La position de diététicienne libérale m'a conduite depuis 3 ans à me confronter à une demande grandissante qui se formule ainsi « j'ai besoin de perdre des kilos »

Si souvent la demande est légitime (présence d'un réel surpoids), elle est parfois déroutante dans la mesure où elle survient dans un contexte de poids tout à fait normal.

Il semble utile de rappeler que la mesure de la corpulence que nous utilisons aujourd'hui est l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou indice de Quételet, du nom du statisticien et sociologue belge, qui, le premier en a proposé l'usage.

L'IMC a été calculé selon la formule :  $IMC = \frac{POIDS \text{ (en kg)}}{TAILLE \text{ AU CARRE (en m}^2)}$ , sans ajustement par rapport à l'âge.

De cette mesure, on détermine 4 classes :

- .  $IMC < 18,5$  : maigreur
- .  $18,5 < IMC < 25$  : poids normal
- .  $25 < IMC < 30$  : surpoids
- .  $IMC > 30$  : obésité

L'indice moyen en France se situe pour l'homme à 24,6, pour la femme à 23,2, en Europe les valeurs sont, pour l'homme à 25,5 et pour la femme à 24,5.

Pourtant, une étude intéressante de Thibaud de St Pol, publié dans le bulletin d'avril de l'Ined « Population et société » révèle que la femme française est celle

qui se trouve la moins satisfaite de son image. En France , « on a toujours quelques kg en trop ».

« Les français ont donc un idéal de corpulence plus faible que leur voisin, signe peut-être d'une plus pression plus forte exercé sur le corps »conclut M. de St Pol

D'autre part le journal Marie-Claire de mai 2004 relatait le succès d'une chaîne américaine diffusant l'émission « Extrême Makeover », un reality show au cours duquel les candidats au relookage subissaient jusqu'à 8 opérations de chirurgie esthétique; un show qui transforme en réel les grenouilles en princesses.

Nous sommes bien loin du mythe du crapaud qui se transforme en prince charmant...!

Ces constats m'ont interpellée, je dois dire, avant mon installation en libéral et m'ont amenée à réfléchir sur la réelle demande de ces patients (tes) qui, je dois l'avouer, reste essentiellement féminine.

C'est ainsi que j'ai créé mon activité en ayant à l'esprit que mon travail avait évolué et que ma réponse serait différente.

En effet, le Pr Apfeldorfer avait déjà entamer sa « croisade » anti-régime et m'avait déjà apporté quelques clefs pour faire évoluer ma pratique.

J'ai par ailleurs suivi une psychanalyse qui a modifié ma façon d'appréhender le fonctionnement de l'être humain.

Le D.U. Psychosomatique devait approfondir mes connaissances et m'inciter à aller plus loin dans ma démarche.

Ce mémoire sera le bilan de ces deux années d'étude et de pratique.

## II

# PSYCHOSOMATIQUE ET CORPS IDEAL

### 1 - Le corps et ses représentations dans le Temps et la culture

- Le corps idéal

La première notion de la conscience du corps à l'origine sensorielle et philosophique fait son apparition dans la genèse « Ils connurent qu'ils étaient nus »

Ensuite, l'image du corps idéal et de la beauté varie au cours des siècles.

Le corps de la femme préhistorique doit être adapté à la maternité et donc présenter une réserve suffisante de graisse.

Plus tard, la femme du Moyen âge, chez les nobles, est plutôt mince et accorde beaucoup de son temps aux soins corporels.

Au fil des siècles suivant, et particulièrement au XVIIIème siècle les rondeurs et l'embonpoint incarnent le bien-être corporel et l'aisance sociale.

« Les trois grâces » ont connu de nombreuses représentations permettant de juger de la relativité mais aussi des constances des canons de beauté au cours de l'histoire. Selon l'époque, l'on met en valeur des silhouettes plus ou moins fines ou grassouillettes. Toutefois il s'agit toujours de femmes jeunes, aux seins fermes et aux fesses charnues. Nulle trace de peau ridée, fesses tombantes ou seins flasques.

Vers la fin des années 60 le corps se met à jouer ses premiers rôles sociaux importants : il est mis en avant dans les mouvements individualistes et égalitaristes de protestation contre le poids des hiérarchies culturelles, sociales et politiques héritées du passé.

« Notre corps nous appartient! » fut le cri poussé par les femmes au début des années 70 pour protester contre les lois interdisant l'avortement, puis ensuite par les homosexuels.

Le corps ici sert à s'opposer au discours du pouvoir, c'est le corps venu avec un cri : celui d'un corps encore brimé par la société des années 60, amenant à la levée de la censure sur le corps et sa libération sexuelle et à une déculpabilisation du corps.

Pourtant, en ce XXIème siècle des processus sociaux ont favorisé la mise en place du « maigre » au milieu de la pléthore.

La disparition des corsets a amené à une intériorisation progressive d'une contrainte autrefois mécanique et s'est transformé en un véritable carcan moral et immatériel : celui du corps idéal, corps normalisé, mince, en bonne santé et jeune! « Corps appétissant ou repoussant, dur ou mou, qui fait envie ou pitié »; corps duquel, semble-t-il, on occulte toute notion de plaisir; corps centré sur la performance, la maîtrise et la santé, corps coupable.

Le siècle dernier fut donc le théâtre d'un grand bouleversement, jamais le corps humain n'avait connu de transformation d'une telle ampleur.

- Le corps pensé

Pour beaucoup de penseurs jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle le corps est une entité bien distincte de l'esprit . Il est même danger et source de tentations néfastes pour l'âme chez certains chrétiens.

Chez de nombreuses populations et de nombreuses religions le corps et l'esprit sont intimement liés (chez les sorciers d'Afrique ou les chamanes « le corps parle »)

C'est au XX<sup>ème</sup> siècle que naît une notion théorique du corps en occident, avec Freud qui déchiffre l'hystérie de conversion et comprend l'énoncé de ce qui va devenir tant d'interrogations à venir : l'inconscient parle à travers le corps.

Ce constat ouvre la question des somatisations et amène à la prise en compte de l'image du corps dans la formation du sujet.

C'est la naissance de la psychosomatique avec Marty qui élabore le concept de pensée opératoire et ensuite Sami Ali avec la théorie relationnelle, la situation d'impasse et l'importance de la fonction imaginaire.

Le corps est donc relié à l'inconscient, notre XXI<sup>ème</sup> siècle en doute peu même si notre société n'en fait pas assez usage.

Mais je ne résiste pas à l'envie de vous faire part des « espoirs » des institutions scientifiques américaines rapportés par Jean-Didier Vincent neurobiologiste, membre de l'académie des sciences dans son dernier ouvrage « Chronique d'un voyage en tranhumanie ».

Il y raconte sa rencontre avec les auteurs d'un rapport rendu public en 2002 et présentant un projet dit « de convergence des NBIC ( Nanotechnologies, Biotechnologies, Informatique et Sciences cognitives). Ce projet a été lancé par Kim Eric Drexler, chercheur au Massachusetts Institute of Technology avec Marvin Minsky, patron de l'intelligence artificielle, pour qui le cerveau est une « meat machine » (machine de viande), et le corps humain un « bloody mess of organic matter » (sacré fouilli de matières organiques).

A ces yeux, ce qui importe dans l'humain c'est l'esprit, on peut envoyer le corps au diable pour acquérir l'immortalité; d'ici un demi-siècle nous aurons les moyens de transformer notre corps grâce aux nanorobots qui parcourront notre sang et notre cerveau. .

Le corps maîtrisable et transformable à souhait démultipliera ses possibilités reléguant la chirurgie esthétique au rang d'artisanat.

Dans le même esprit la conception d'un utérus artificiel (déjà très à l'étude, cf. Henri Atlan), ne relèvera bientôt plus de la science fiction...

Les siècles à venir verront-ils le corps, considéré comme aliénant pour l'esprit, disparaître à jamais de son humanité?



## 2 – Le corps dans l'Espace

Il me semble important de préciser que l'idéal du corps varie si l'on se situe en Occident, en Afrique ou en Asie.

Je ne m'attarderai ici que sur l'image du corps occidental

L'espace selon Sami-Ali doit être créé par tout un chacun, il passe par la relation de la médiation aux parents et au milieu social.

- Espace familial

Le modèle de la famille occidentale subit de nombreux changements depuis ces dernières années.

Les interdits et les exigences parentales ont laissé place à un modèle plus libéral, voire laxiste ou « abandonnique » avec chute du patriarcat.

L'enfant avait « le choix » de faire corps avec des exigences qui lui font violence mais lui permettent d'exister (Sami-Ali) ou de se construire en opposition à son milieu (JP Sartre).

La subjectivité de l'individu n'est plus comblée par l'éducation mais est récupérée par l'idéologie sociale. Par conséquent, l'enfant est devenu un objet de consommation et lui-même un consommateur;

Le rapport au corps a tendance à se situer plutôt dans l'avoir que de l'être.

- Espace social

L'image corporelle devenue très normalisée et empreinte d'un idéal de santé trouve dans la médecine contemporaine et les diktats de la mode de quoi justifier son existence : tout incite à obtenir le meilleur rendement, la plastique idéale de ce corps objet;

que ce soit par les magazines essentiellement féminins, les publicités, les magasins d'alimentation et les devantures des pharmacies.

L'étude de M. de St Pol précise que 50% des femmes françaises dont l'IMC se situe en deçà de 18,5 ne se sentent pas en sous-poids. C'est l'inverse au Portugal, en Espagne et au Royaume-Uni, où il y a plus de femmes qui se jugent en sous-poids que de femmes qui le sont vraiment.

La situation est différente chez les hommes puisque à l'inverse « le sous poids est dévalorisé dans tout les pays européens. Néanmoins les français ont un idéal de poids inférieur aux autres pays européens.

Nos amis québécois ne sont pas épargnés, puisque 73% des femmes et 35% des hommes souhaitent perdre du poids alors que 50% d'entre eux présentent un IMC normal et 22% ont un IMC inférieur à 20.

Notre société moderne influence donc l'image de soi mais aussi l'estime de soi :

Le corps svelte favorise une estime de soi positive car beau = maigre = en santé = bon

Le corps gros, à l'inverse évoque le laisser aller, la faiblesse et la mauvaise santé : laid = gros = malade = mauvais.

Ces pressions normatives incitent à la « chosification » et à la « normalisation » du corps et amènent aux pathologies de l'adaptation (pathologies du banal de Sami Ali) tout en bafouant l'imaginaire.

La crainte de ne pas être conforme à ce modèle surpuissant dicté par la société amène à des délires corporels qui, la plupart du temps, s'expriment par les troubles du comportement alimentaire.

Nous assistons à une quête éperdue du corps idéal, mince et en bonne santé (narcissisme secondaire).

Quelques observations :

L'anorexie est très rare dans les pays du Tiers-Monde, la boulimie quasiment inexistante; les sociétés qui procurent sécurité et satiété sont plus touchées par ces affections.

En France, on observe un accroissement des cas de Troubles du Comportement Alimentaire chez les adolescentes maghrébines dont les familles en émigrant se sont mises à l'abri du besoin en matière d'alimentation.

Il ya donc là un phénomène de pathologies en communion avec le social et le culturel qui dépasse le seul plan de la psychopathologie individuelle pour s'inscrire dans les modifications profondes de « mode de vie »

# **III**

## **IMAGINAIRE ET PSYCHOSOMATIQUE**

**1 - L'Imaginaire**

« L'Imaginaire n'est pas réductible à la représentation par l'image, c'est la subjectivité même. C'est pourquoi l'Imaginaire est synonyme de projection, qui n'est rien d'autre qu'un mode de pensée caractéristique du rêve qui transforme le sujet en objet, le sujet étant aussi l'espace et le temps des objets ».

Cette constitution de l'Imaginaire est médiatisée par la relation précoce mère-enfant. C'est, en effet, à travers cette relation que s'instaure les rythmes biologiques à travers une répétition d'automatismes à l'intérieur d'une relation particulière.

(Théorie de « l'enfant à la bobine » de Freud).

Pour Sami-Ali, la pathologie somatique se définit de façon relationnelle à l'imaginaire en tant que fonction.

Dans le cas d'échec du refoulement de l'imaginaire, nous sommes dans les pathologies du figuré (somatisation dans le corps imaginaire, psychopathologies freudiennes),

En cas de réussite du refoulement de l'imaginaire nous entrons dans les pathologies du littéral et du neutre (somatisation dans le corps réel, pathologies de l'adaptation)

Les pathologies mixtes oscillent entre refoulement manqué et réussi, elles alternent Figuré, Littéral et Neutre.

Sami-Ali dit avoir découvert ce qu'il appelle « la pathologie de l'adaptation » dans le contexte suivant : ayant pratiqué la psychanalyse en Égypte et en France, il a été frappé par l'importance inégale que, d'un pays à l'autre, on accordait à la vie onirique. Il n'a jamais entendu dans le contexte égyptien – où le récit et l'interprétation des rêves occupent une place centrale - quelqu'un affirmer, comme c'est fréquemment le cas en France, qu'il ne rêve pas ou qu'il ne s'en souvient jamais.

Il reconnaît alors dans l'absence de rêves l'exemple typique d'un refoulement impeccable qui porte sur toute la fonction de l'imaginaire.

L'image du corps idéal et la place accordée à l'Imaginaire dans les sociétés Africaines diffèrent donc totalement de celles occupées dans notre société. Les maladies psychosomatiques du corps imaginaire (figuré) comme l'hystérie y sont observées plus fréquemment.

Les sociétés occidentales ou en voie d'occidentalisation laissent la place aux pathologies du Banal (littéral) qui vont dans le sens d'une adaptation avec une perte d'épaisseur de l'Imaginaire et un surinvestissement de la réalité objective.

Elles sont en nette augmentation de façon inversement proportionnelle aux conversions névrotiques observées par Freud.

Les TCA semblent remplacer les troubles hystériques

L'Imaginaire réapparaît dans les comportements moins rationnels de « sélection alimentaire »; orthorexie, phobies alimentaires (peur de l'empoisonnement, peur de certains aliments, émétophobie) que je décrirai plus loin.

## **2 - L'Affect**

L'affect peut être dépendant de l'imaginaire mais il n'est pas l'imaginaire. L'affect, c'est l'impact dans le corps d'une situation vécue.

Dans un premier temps l'enfant est le CORPS de la mère pendant les 9 mois de gestation; la séparation physiologique (traumatisme de la naissance) est le point de départ de l'automatisation des fonctions biologiques

Dans un deuxième temps , l'enfant est le VISAGE de sa mère pendant 9 mois après la naissance et avant la séparation psychique (étape du miroir), le traumatisme provoqué par le visage de l'étranger est le point de départ de l'automatisation des fonctions psychiques

L'image subjective se constitue donc grâce à l'étape du miroir (narcissisme primaire)

Elle permet à l'enfant d'acquérir une image intégrée de lui-même;

Selon le Dr Gorot : « le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère, le bébé au sein ne regarde pas le sein, il regarde le visage de la mère. Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère? : ce qu'il voit c'est lui-même. L'enfant est d'emblée, à travers la personnalité psychosomatique de la mère qui véhicule des organisations complexes, plongé dans un monde humain anticipateur de son développement. »

Cette image de soi peut être altérée par privation ou relation défectueuse à la mère.

## **3 – Situation d'impasse et refoulement de l'imaginaire**

### ○ L'impasse

Le concept d'impasse selon Sami Ali s'exprime par une situation de conflit relationnel associée à une situation d'enfermement.

Ce modèle du conflit insoluble s'inscrit dans trois modalités :

1. La contradiction : une solution et son contraire sont placées sur le même plan (partir ou rester)

2. le cercle vicieux : l'acte salvateur entretient l'acte problématique (l'enfant se gratte, plus il se gratte plus il a envie de se gratter)
3. l'alternative absolue : aucune solution n'est possible (ni a, ni non a, ni b, ni non b)

- Le refoulement de l'Imaginaire

Sami – Ali consacre son ouvrage « Le banal » à l'observation des forces d'une société qui poussent à l'uniformité.

Selon lui :

Le banal s'exprime par une uniformité de penser et d'être dans lequel le réel prend la place de l'imaginaire.

L'exigence de pensée est exigence de conformité. L'être du banal est un paraître absolu avec disparition de tout affect.

« Car le banal est inséparable du contexte social qui lui donne naissance et dans lequel il continue de circuler »

On peut dire que le banal s'accompagne du refoulement de l'imaginaire et l'oubli des rêves.

Les règles adaptatives remplissent le vide intérieur et donnent naissance aux pathologies de l'adaptation : l'individu est aliéné à lui-même mais content de l'être, il est coupé de lui-même sans en souffrir vraiment.

Les traits de caractère remplacent les symptômes, la formation caractérielle supplante la formation symptomatique

# **IV CORPS IDEAL ET COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

## **1 - L'ère de la normalisation corporelle**

- L'apparence imposée

Dans son livre « Les 7 avantages de la beauté » W. Pasini évoque la « tyrannie de l'apparence » de notre époque, insistant sur le fait qu'un physique agréable favorise la séduction et renforce l'estime de soi. Il ajoute que l'homme devient aussi de plus en plus narcissique

Les diktats esthétiques de notre société touchent encore principalement les femmes.

En effet celles-ci sollicitent plus que tout autre les regards extérieurs. Pour cette raison leur désir conscient se développe au travers de l'image corporelle mise en avant par la société du moment.

L'impossibilité d'atteindre l'idéal affiché crée une situation d'impasse

Mais les enfants sont eux aussi concernés de plus en plus tôt.

Les très jeunes filles se « déguisent » en femme de plus en plus tôt, s'habillant et adoptant les préoccupations esthétiques (mèches et coupes de cheveux, épilation) bien avant l'âge physiologique de l'adolescence.

Ces préoccupations atteignent aussi le corps, ces jeunes filles impubères souhaitent se voir dans un corps de femme et ne supportent pas les localisations graisseuses normales à la pré-adolescence.

L'impasse se forme dans la contradiction entre la physiologie et le désir corporel de ces jeunes filles. Ces préoccupations aggravent le risque de comportement anorexique.

Ce phénomène s'étend de plus en plus chez les hommes jeunes baptisés métrosexuel, car adoptant des comportements jusqu'alors réservés aux homosexuels (souci esthétique d'une musculature développée, utilisation de cosmétiques et apparence vestimentaire recherchée).

La norme masculine bascule vers celle réservée jadis aux homosexuels.

Aujourd'hui l'apparence corporelle est devenue un enjeu normatif très important :

on modifie son corps par la chirurgie esthétique, on le « marque » grâce aux piercings et tatouages en nette augmentation chez les adolescents.

La tentative de détournement de l'impasse par ces comportements est illusoire, car il s'agit souvent d'une fuite en avant et d'un enfermement progressif.

La solution « remède » du départ devient un problème dont on ne peut plus se débarrasser, impasse circulaire comparable à celle des pathologies addictives.



- La santé conseillée

Nul ne contestera le slogan « La santé vient en mangeant et en bougeant »

Ces quelques mots suffisent à induire un sentiment de responsabilisation et de culpabilisation face à sa propre santé.

Il ne suffisait pas que le corps soit maquillé, bronzé, modelé, massé, ferme et musclé; il a l'obligation d'être en bonne santé.

Dans notre société narcissique, ce qui importe c'est l'apparence de santé, représentée par la minceur/maigreur : je suis maigre donc je suis bon.

Les conseils nutritionnels sont omni-présent à la télévision et au cinéma (en sous-titre des publicités tentatrices), dans la rue et même sur les emballages des aliments « maudits ».

Ces allégations santé de plus en plus prégnantes renforcent le sentiment de culpabilité face à la « non-obéissance » suprême.

Pourtant dans une société libérale, l'industrie agro-alimentaire est essentiellement préoccupée par le profit.

Elle offre le plus souvent au consommateur des produits très raffinés riches en graisses et sucres rapides facteurs de diabète et d'obésité.

Les publicités tentatrices envahissent les mêmes endroits que ceux des recommandations du PNNS ou peut-être l'inverse.

Quoiqu'il en soit ces injonctions paradoxales sont génératrices de situations d'impasse : « pour vivre avec mon époque je dois consommer Mac-Do, Coca et autres enseignes à la mode mais je dois rester mince donc en bonne santé » ces deux faits étant complètement antinomiques.

Si je choisis de manger selon ce que la société me propose, je grossis et me rend malade je ne suis plus conforme à l'image corporelle imposée,

Si je veux correspondre à l'image du corps idéalisé je dois adopter d'autres comportements alimentaires, des comportements que je contrôle et que je choisis plus ou moins marginalement. Le pas vers les troubles du comportement alimentaire est alors facile à franchir.

Pour Sami Ali, la situation d'impasse associée au refoulement réussi de l'Imaginaire amène la somatisation. Pour autant le refoulement n'est pas irréversible, là convergent toutes les possibilités évolutives du sujet.

L'équilibre final (caractère, névrose, psychose, maladie et santé) dépend du dépassement de l'impasse.

**La somatisation apparaît quand le mode pensée s'inscrit autour du banal (désir de conformité corporelle) et rencontre une situation d'impasse;**

## **L'évolution du patient dépend de sa capacité à dépasser cette situation d'impasse**

### **2 - Maîtrise du corps grâce au comportement alimentaire**

Le désir de conformité corporelle s'inscrit dans une pathologie du banal, et le refoulement de l'imaginaire qui, selon Sami Ali organise le sujet dans un type de caractère

Les situations d'impasse décrites précédemment amènent la soumission à une instance morale (Surmoi corporel), les règles adaptatives se traduisent par des comportements alimentaires spécifiques.

Le retour de l'imaginaire s'opère parfois dans les troubles du comportement alimentaire observés dans ce chapitre.

- « L'imaginaire du mangeur bio »

Karen Montagne, anthroposociologue évoque la pensée magique chez le mangeur bio.

Il décrit le fantasme de pouvoir agir directement sur son propre corps et en retrouver la maîtrise par le principe d'incorporation :

« je deviens ce que je mange , manger bio = manger sain »,  
donc je deviens sain, mon corps devient sain et par extension en bonne santé.

Par exemple, nombreux sont les patients atteints d'un cancer qui se tournent vers ce type d'alimentation, espérant ainsi retrouver un état de pureté originelle

- « L'orthorexie, une névrose culturelle? »

C'est la question que pose P. Denoux, Professeur en psycho-sociologie interculturelle à Amiens;

« L'orthorexie est tout à fait exemplaire de la nécessité ressentie par de nombreux citoyens d'élargir une pratique alimentaire segmentée à une hygiène de vie, à un système de valeurs, voire à une croyance »

Orthorexie = manger droit ; nous sommes bien là dans la soumission à des règles pré-établies nous ramenant à la soumission de la pensée du banal.

L'orthorexia nervosa (addiction à la nourriture saine) est définie par le docteur Steven Bratman comme une fixation pathologique sur la recherche de la nourriture appropriée;

la majeure partie de l'emploi du temps d'un orthorexique est consacrée à l'organisation, la recherche, la sélection et la consommation de nourriture.

Quelques exemples de règles alimentaires recueillies chez ces idéalistes de la nutrition :

- ne pas manger de légumes qui ont quitté le sol depuis plus de 15 minutes
- mâcher au moins 50 fois chaque bouchée avant d'avalier
- ne jamais être rassasié
- les rythmes de la nutrition sont importants : manger du poisson pas d'œufs, certains légumes, à tel moment, tant de fois, de telle façon.

Ce comportement alimentaire dénote une forme de réappropriation de sa santé et cautionne une image idéalisée de soi : contrôler ce que l'on mange pour maîtriser ce que l'on est, son corps, sa santé.

L'orthodoxie semble être une dissimulation de psychopathologie de type boulimie ou anorexie. Située entre le refus suicidaire de se nourrir de l'anorexique et de l'extinction de soi de la boulimique, elle se centre sur la qualité et le mode d'absorption de l'aliment

#### ▪ Bigorexie

Le culte du corps musclé peut amener à ce type de comportement qui consiste en une consommation effrénée d'anabolisants et de stéroïdes par recherche d'un accroissement démesuré de la masse musculaire provoquant des insuffisances rénales.

Aujourd'hui le souci du sûr et du sain substitue le biologique au culturel, la norme au choix individuel.

Ces personnes ne consultent pas, elles sont persuadées du bien fondé et de la nécessité vitale de leurs convictions alimentaires. Le dépassement de l'impasse est opérant.

**V**  
**PSYCHOSOMATIQUE**  
**ET**  
**COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

*Si la névrose est un drame de la culpabilité, la dépression est une tragédie de l'insuffisance".*

A. Ehrenberg "La fatigue d'être soi".

Si la demande formulée par les patientes est souvent la même : « je veux perdre des kilos », les enjeux qui s'y cachent sont totalement disparates.

La diététicienne est perçue comme la personne qui va « restreindre l'alimentation qui va dire ce qu'il faut manger, ce qu'il ne faut pas manger, ce qui est bon pour la santé et ce qui n'est pas bon ».

Ces attentes ramènent à un concept de règles et de directives se confortant pleinement dans notre société surmoïque.

Il serait aisé pour moi de répondre par des règles hygiéno-diététiques simples, mais mes différentes réflexions et mes nouvelles connaissances en psychosomatique m'obligent à poursuivre mes investigations pour essayer de démêler les motivations profondes et la réelle demande de ces patientes (déjà inondées d'informations prégnantes via les médias)

## **1- L'entretien**

L'entretien est un outil indispensable et très riche

Il permet de décrypter la problématique sous-jacente du sujet..

La 1ère prise de contact consiste à faire connaissance

Elle renseigne sur

- l'âge,
- l'état civil,
- les antécédents médicaux, parfois le lien se fait avec les variations de poids
- les bilans biologiques,
- pratique ou non d'une activité physique, et bien sûr
- le poids et la taille

Le 1er élément important arrive à ce moment là : l'IMC ainsi calculé, il permet d'évaluer la demande de prise en charge pour une perte de poids .

Ensuite, j'invite la personne à me raconter l'histoire de son poids, à ce moment là, les éléments importants s'expriment

- un passé
- des relations de cause à effet (problèmes de santé, enfance, ruptures...)
- des tentatives de régimes successifs
- l'évocation d'un rapport au corps et à l'aliment

en fonction de ce qui va être évoqué (pulsions alimentaires, grignotages), je propose le carnet alimentaire.

Le carnet alimentaire vient renforcer l'échange verbal en amenant le plus souvent une première prise de conscience par les patientes et en dévoilant les résistances éventuelles. Il indique :

- pourquoi la prise alimentaire, le besoin
- les causes de la prise alimentaire
- les émotions qui les accompagnent

Cet outil est indispensable, il permet d'amorcer la prise en charge des TCA.

Il s'agit dans un premier temps :

- . de déculpabiliser et de rassurer les patientes,
- . d'expliquer les mécanismes physiologiques : « il est normal de prendre du poids après une restriction calorique trop importante »

et psychologiques, la restriction cognitive, « si je me prive d'un aliment que j'aime sous prétexte qu'il fait grossir, je me met en état de frustration, un jour je craque et me jette sur cet aliment, et comme , bien sûr, demain je me reprends en main j'en profite un maximum »;

il s'en suit un sentiment de culpabilité et de dévalorisation de soi très destructeur.

En effet les régimes font grossir sur le long terme, c'est le résultat d'une étude menée sur le long terme (90% d'échec après 5 ans )

Ainsi le carnet alimentaire devient leur support confidentiel (sorte de journal de bord dans lequel elles se livrent), écrire semble plus facile que dire.

Dans tout les cas, l'objectif est d'approcher l'impasse des patients, tout en se gardant d'interprétations rapides.

J'ai souvent noté que les interprétations rapides des patientes pouvaient bloquer la perte de poids.

Certaines arrivent en ayant déjà leur idée sur l'origine de « leur problème avec la nourriture » (souvent « problème avec ma mère »), elles présentent un fonctionnement alexithymique, d'où l'imaginaire est absent. (cf. Cas III)

« **La somatisation a toujours lieu dans ce que j'appelle une situation d'impasse.** Celle-ci se singularise par l'existence d'un **conflit insoluble** ». « L'impasse est cette **impossibilité de trouver une issue**, et ceci prédispose à la somatisation. Par conséquent, le fonctionnement adaptatif n'est pas en soi pathogène alors qu'il peut le devenir, précipitant une somatisation du corps réel, là où le sujet se trouve soudain **dans un cul-de-sac** ».

Sami Ali

Il y a là comme une totale coïncidence entre l'impasse et la forme de vie qu'on a choisie. Ainsi des comportements adaptatifs poussés à outrance (restrictions alimentaires, crises de boulimie,..) constituent une réponse possible à l'impasse qui, par ailleurs, continue d'exister mais masquée, contournée, intégrée dans une vie.

## **2- L'image corporelle**

Comme je l'ai évoqué précédemment, de nombreuses patientes présentent un IMC tout à fait dans la norme mais l'idéal corporel de ces femmes se situe bien en deçà.

La privation alimentaire que s'imposent ces personnes amène à une relation négative avec les aliments (restriction cognitive).

De plus, les nombreuses tentatives pour perdre du poids qui tournent la plupart du temps à l'échec peuvent engendrer un sentiment d'impuissance et une baisse de l'estime de soi.

On peut confirmer l'importance de ce « fléau » avec la création de la journée sans diète du 8 mai 2009....!

Dans un premier temps, il s'agit de dédramatiser, et de relativiser. Le disque IMC du PNNS me permet de visualiser la situation réelle de leur poids par rapport à la norme.

Souvent ces femmes ont réussi à stabiliser leur poids grâce à quelques modifications de comportement alimentaire et la pratique d'une activité physique, ce que je souligne.

Mais le désir est fort et la demande aussi, je leur déconseille formellement le piège tendu de la restriction alimentaire.

Le dialogue évolue vers leurs difficultés de vie, je dirais « normales » mais générant une anxiété démesurée. Le sommeil est bon mais souvent sans rêve.

Mon rôle s'oriente dans un deuxième temps, vers une phase d'empathie, essayer de comprendre ensemble l'impasse dans laquelle ces femmes se sont petit à petit engagées :

le désir d'un corps ne correspondant pas à leur morphologie et leur métabolisme, la non-acceptation de leur corps (derrière ce corps réel, que se cache-t-il d'imaginaire?)

L'objectif étant d'abandonner la lutte permanente qu'elles manifestent contre elles mêmes et donc aller vers une estime de soi plus stable, la relation thérapeutique reste l'outil indispensable . (cf. cas Ia et Ib)

### **3- Dysmorphophobies et troubles du comportement alimentaire**

Dans « Anorexia » JP Tonnac analyse le comportement de ceux qu'il appelle les « artistes de la faim »; ils associent jeûne et maîtrise de soi : c'est à dire maîtrise sur le corps et les pulsions.

Dans notre société d'abondance le fait de contrôler son poids est connoté positivement.

Pourtant cette « maîtrise » n'est pas toujours « maîtrisable » car trop exigeante ou excessive (restriction sévère associée à une hyper activité sportive).

Elle donne lieu à une recrudescence des dysmorphophobies avec troubles du comportement alimentaire.

Effectivement je me trouve de plus en plus souvent confrontée à une demande de perte de poids de la part de personnes dont l'IMC se situe à la limite de la dénutrition. Il ne s'agit pas de cas d'anorexie déclarée. Ces femmes ont une vie sociale, elles travaillent, vivent en couple.(cf. cas II)



Ces patientes sont très réticentes aux questions posées sur l'émergence de leur symptôme.

Ce sont des sujets alexithymiques enfermés dans une impasse circulaire : « je dois perdre du poids, je ne mange pas, mais j'ai faim, alors je dévore mais je vais grossir, alors je ne mange plus ».

Ce fonctionnement permet, paradoxalement une adaptation sociale, il est devenu un fonctionnement « normal » et « approprié », la subjectivité est devenue inexistante.

Selon Sifnéos les sujets alexithymiques seraient incapables de lier leurs images mentales et pensées avec leurs émotions;

Quatre dimensions définissent le concept d'alexithymie :

- incapacité à identifier et exprimer verbalement les émotions et les sentiments

pas de souvenir émotionnel ou d'affect par rapport aux fluctuations de leur poids, pas d'émotion évoquée sur le carnet alimentaire,

- limitation de la vie imaginative

absence de rêves, présentation très soignée (maquillage et vêtements à la mode)

- mode d'expression très descriptif

carnet alimentaire très précis sur la nature et la quantité des aliments absorbés

- recours à l'action pour éviter les conflits

activité physique très intensive

#### ▪ Anorexie

On pourrait penser que la restriction calorique menant à l'anorexie correspond au désir d'entrer dans la norme imposée par notre société.

Ce serait tomber dans une simplification erronée.

Les statistiques soulignent la nette prédominance de l'anorexie dans le sexe féminin .

Pour Freud « le moi émerge d'abord comme moi corporel ; ainsi le symptôme anorexique met l'accent sur deux thèmes cruciaux pour le psychanalyste, le corps comme lieu d'inscription et le féminin comme énigme irrésolue.

Il ajoute, perte d'appétit en terme sexuel = perte de la libido.

Plus tard Lacan nous dit « l'anorexie ce n'est pas manger, c'est manger rien »

l'idée que l'enfant anorexique « mange rien », grâce à ce rien il obtient que ce soit la mère qui soit dépendante de lui.

On peut dire que chez l'anorexique, le désir est le désir de rien.

« L'anorexique met en scène dans son corps propre « le théâtre de la cruauté » où elle est à la fois bourreau et victime d'un effet miroir à double face mobilisé par la passion pour son corps propre ».

Chez Colette Combes (psychiatre, psychanalyste) les anorexiques disent aller bien, mais au prix d'être « non conforme », l'anorexie vient comme une façon de dire NON, un NON de courage pour dire j'arrête de me « conformer ».

Thierry Vincent ajoute que « l'anorexique rappelle à son entourage qu'elle ne souffre de rien et qu'au contraire elle a su se débarrasser d'un « poids » que les autres peinent à payer ».

L'anorexie serait une façon d'échapper au Banal, avec échec du refoulement de l'imaginaire et somatisation dans le corps imaginaire.

L'idée de maîtrise du corps est en effet extrêmement importante : maîtrise des intestats et des excréments, maîtrise émotionnelle, maîtrise des relations interpersonnelles, maîtrise des études, associée à une altération de l'image corporelle. (cf. cas IV)

L'anorexie est aussi une maladie du rythme, car l'anorexique se défait des rythmes des repas, ce qui entraîne un mauvais sommeil et perturbe le rythme veille-sommeil, l'aménorrhée élimine un autre rythme, les rythmes biologiques de base sont défaits et elle devra se les réapproprier pour aller vers la guérison.

Selon Corcos « ces comportements apparaissent manipulateurs voire pervers, alors qu'ils sont pour l'essentiel défensifs. Leur intensité est à la mesure d'un vécu de menace sur l'identité même du sujet. La patiente est en effet persécutée et persécute en retour son corps et son entourage. La sexualisation du corps, du fait des modifications pubertaires, est ainsi réprimé par un véritable « gommage » par le comportement alimentaire des caractères sexuels secondaires, et toute ouverture à l'autre constituant une menace pour sa propre estime est barré par un repli sur soi et sur des activités solitaires physiques ou scolaires ».

L'impasse semble se cristalliser dans le refus de « grandir », refus du corps pubertaire et de la sexualité, la seule issue à l'impasse étant de ne pas se nourrir pour empêcher le corps de se transformer.

L'impasse s'inscrit aussi dans la relation à la mère : désir et impossibilité de se détacher du désir de la mère qui est celui de conformité.

En ce qui concerne mon activité en libéral, je ne prend pas en charge cette pathologie lourde, il m'arrive de suivre des jeunes filles amenées par leur mère à la suite d'une prise en charge hospitalière.(cf. cas IV)

L'objectif étant d'éviter la rechute, la qualité de la relation thérapeutique reste principale .

A un moment la personne souffrant d'anorexie peut avoir « envie » d'ouvrir la bouche et d'y mettre beaucoup, vite, amenant la boulimie.

- Boulimie

En effet, la boulimie relève des mêmes problématiques que l'anorexie en symétrie, selon H. Bruch

Le péril vital n'étant pas le même que chez l'anorexique les structures de prise en charge de ces patientes n'existent pas.

Les personnes boulimiques restent au milieu de leurs émotions activant l'envie de manger pour se calmer.

Paradoxalement, elles sont conscientes qu' « elles ont un problème avec la nourriture ».

Il semblerait qu'elles se sentent plus stigmatisée par la société, pour les raisons que j'ai évoquées précédemment.(cf. cas III)

Souvent les périodes boulimiques surviennent après une phase anorexique. On peut parler de crise addictive.

Plusieurs études ont mis en évidence des caractères d'alexithymie plus importants chez les patients souffrant de troubles addictifs que dans la population normale.

La crise addictive survient lors d'une situation d'impasse sous forme d'un automatisme comportemental et corporel : c'est dans l'incapacité de se déconnecter de pensées angoissantes et à forte charge émotionnelle que se situe l'apparement à un fonctionnement alexithymique.

Cette capacité à ne pas penser renvoie à une nécessité impérieuse d'apaisement par la crise alimentaire.

Après les crises, les patientes se décrivent fatiguées, épuisées, culpabilisées et honteuses parfois satisfaites de s'être auto-punies, sans pensées émotionnelles.

(cf. cas III)

Quand le souci de l'apparence corporelle est fort, il s'ensuit des vomissements provoqués, comme pour effacer ce moment et les conséquences de la crise.

Selon M. Corcos l'addiction alimentaire serait une défense contre la dépression

Il développe l'hypothèse que les stratégies de contrôle de poids renvoient fantasmatiquement à des stratégies de contrôle de la distance à l'objet maternel. Cette hypothèse découle de Mac Dougall évoquant dans les conduites addictives « une relation corporelle archaïque et érotique avec le corps maternel où détruire le corps revient à détruire la destructivité de la mère enclavée dans le corps ».

« L'addiction est un moyen de lutter contre la dépression: elle abrase les conflits par un comportement compulsif. Si la dépression est l'histoire d'un introuvable sujet, l'addiction est la nostalgie d'un sujet perdu. »(cf. cas V)

Ces patientes arrivent à mon cabinet avec un passé ponctué de régimes avec perte de poids et de rechutes associées à une reprise de poids importante.

Parfois leur parcours démarre à l'adolescence alors que leur poids à l'époque semblait tout à fait dans la norme (cf cas III).

Les régimes de l'adolescence ou de l'enfance ne marchent pas, ils finissent par faire gagner du poids et favorisent l'apparition des Troubles du Comportement Alimentaire.

En effet, ces régimes favorisent la rechute et donc une prise de poids supérieure à celle perdue (effet yoyo), les patientes se trouvent enfermées dans l' impasse :” je dois restreindre mon alimentation pour perdre du poids, mais je rechute, je reprends du poids, mon poids augmente, je dois alors vite me restreindre , mais je rechute à nouveau”.

L'objectif thérapeutique sera de rompre le cycle de l'impasse circulaire. Pour ce faire, il apparaît nécessaire à ses patientes de se réconcilier avec leur image corporelle,et leurs émotions.

Pour les y aider, l'entretien reste principal, il peut être complété par des orientations vers diverses techniques de relaxation, sophrologie, etc....

L'objectif de perte de poids devra rester modéré voir “oublié” pour aller vers une stabilisation .

## **VI**

# **CONCLUSION**

La prise en charge des TCA est complexe, car l'étiologie de ces pathologies est multifactorielle

La relation thérapeutique reste l'outil principal,

l'objectif est d'aider les patientes à s'éloigner d'un fonctionnement alexithymique,

de les amener vers une estime de soi plus stable avec l'acceptation de leurs imperfections, de les aider à retrouver une fonction imaginaire.

Il me paraît regrettable que notre formation de diététicienne se limite à un enseignement de technicienne (BTS ou DUT), à savoir une connaissance des pathologies et de la composition des aliments. Notre rôle se limiterait à une adaptation rationnelle de l'alimentation en fonction de la somatisation rencontrée.

Comme je l'ai évoqué dans ce mémoire, la relation que nous entretenons tous avec notre alimentation dépasse de simples recommandations nutritionnelles. Elle est le fruit de souvenirs liés à l'affect et à l'imaginaire, elle est influencée par notre culture et notre mode de vie, et aussi, fait relativement nouveau, elle est intimement liée à notre image corporelle.

Ne pas tenir compte de tout cela mène la démarche diététique à l'échec, j'en suis persuadée.

Le D.U. de psychosomatique m'a conforté dans cette idée et m'a permis d'améliorer mon approche auprès de ces patientes souvent démunies.

Aujourd'hui, mon rôle s'implique à plusieurs niveaux :

- . permettre au patient d'évoquer ses traumatismes, de les dédramatiser et de les relativiser
- . créer une empathie convaincante
- . permettre le retour de l'affect et de la conscience onirique

# VII

## ANNEXES

### Cas Ia:

Madame B. 52 ans 1m57 62 kg IMC : 25 (limite supérieure)

« J'envisage d'aller à la piscine quand je serai plus mince, je ne me sens pas assez à l'aise pour me montrer en maillot de bain »

### Cas Ib

Madame G 46 ans 1m64 65kg IMC : 24

« Ça me tracasse, j'ai envie de perdre 4 à 5 kg, c'est embêtant car avec l'âge, on a tendance à grossir, n'est-ce pas? Je n'y arrive pas ....

### Cas II:

Mademoiselle A 27 ans vit en concubinage, sans enfant

1m65 49 kg IMC : 18

Sport en salle cardio- training 2 fois 3/4h par semaine

abdo – fessiers 1à 2 fois/semaine mais dit avoir arrêté car « ça me donnait des formes »

A arrêté de fumer puis à repris la cigarette pour maigrir

Sa demande :

« mon poids d'été est de 47kg, j'aimerais perdre ces 2kg que j'ai pris et qui me gênent, je me sens mal »

Passé pondéral :

Régime à 20 ans, a perdu 17kg, depuis est toujours au régime mais depuis 4 ans estime souffrir de troubles du comportement alimentaire; son obsession relative à ses 2kg l'amène à « des contraintes alimentaires fortes qui entraînent des crises de boulimie »

Mlle A présente un dysmorphophobie associée à des TCA, je lui propose le carnet alimentaire et la revoie une semaine plus tard

Le carnet révèle des crises de boulimie accompagnées de vomissements

Journée type :

8h 1 banane, 1 pomme, 1 fromage blanc 100g à 0% avec édulcorant

12h 150g de pâtes cuites, 1 petit morceau de fêta, 1 pomme

16h 1 kiwi

18h des bonbons

19h des frites, du poulet, de la glace -> vomi

L'alimentation de Mlle A est très contrôlée pendant la journée, elle a noté d'elle-même les quantités précises absorbées, les pâtes cuites sont remplacées parfois par des « biscottes au son de blé », la fêta par du « blanc de poulet à 2% MG », « 70g de poisson à la vapeur »

Entretien :

Le soir la faim l'emporte et c'est la crise de boulimie ou un repas chez des amis, suivis de vomissements provoqués. Elle avoue redouter les repas chez les amis ou au restaurant par peur de grossir

Elle évoque à nouveau le problème de ces 2 kg perdu puis repris.

Son ami est au courant de ses problèmes « passés » (vomissements) qui avaient disparus, actuellement il n'est pas au courant car souvent absent le soir.

Je lui demande si ces 2kg valent vraiment la peine d'autant de « sacrifices », et ce qu'en pense son compagnon; elle me répond que non, ça ne vaut pas la peine que son compagnon la trouve bien comme ça mais que ses vêtements la serrent.

A la question pourquoi elle a perdu du poids à 20 ans elle répond simplement qu'elle se trouvait un « peu trop grosse ».

Mademoiselle A. se trouve bien dans une impasse : si elle veut perdre ses 2 kg, elle ne doit pas manger, mais si elle ne mange pas elle a faim et ne peut résister aux crises de boulimie qui lui font prendre du poids.

Elle détourne l'impasse, grâce aux vomissements et à l'activité physique intense, pourtant elle semble consciente que cette solution n'est pas la bonne et se retrouve dans une nouvelle impasse ce qui l'amène à consulter. Elle entre dans un comportement addictif.

Je lui propose de manger un peu plus à midi ou d'introduire une collation dans l'après-midi afin d'éviter cette sensation de faim intense du soir.

Mademoiselle A. accepte, tout en exprimant sa crainte de « grossir » en mangeant autant.

Le travail avec cette patiente sera de l'aider à se recentrer sur elle et à prendre conscience de la situation d'impasse dans laquelle elle s'enferme. L'écoute et l'empathie seront les armes essentielles.

### **Cas III :**

Madame C 30 ans 1m73 106,2kg IMC : 35 (obésité) en couple, 1 enfant (6 mois)

Histoire du poids :

Dans l'enfance Madame C présente un poids normal, puis à l'adolescence sa mère estime qu'elle a 3 à 4 kg en trop (62kg pour 1m68!), s'ensuivent quelques régimes pendant lesquels la mère surveille beaucoup l'alimentation de sa fille; celle-ci mange en cachette par réaction.

Survient une rupture : le père muté doit déménager à Toulouse; Madame C part avec lui, sa mère restant quelques mois à Rouen avec sa sœur aînée qui doit passer son bac; durant cette période Madame C dit se sentir très mal à l'aise, « je sèche les cours et je mange ».

Madame C prend du poids et subit une pression grandissante de la part de ses parents pour contrôler son alimentation; commence alors le yoyo.

Quand elle rencontre son « chéri » elle pèse 90 kg, elle a 25 ans; elle rencontre une nutritionniste à Orléans où elle habite alors et perd 20 kg mais elle revient à Toulouse et commence à reprendre du poids « 3 kg puis 3 kg » Madame C évoque un rapport très conflictuel avec sa mère qui s'est renforcé après une fausse-couche subie par Madame C.

Madame C a accouché il y a 6 mois, elle n'évoque pas sa prise de poids pendant la grossesse comme les femmes le font habituellement mais les 15 kg qu'elle a pris depuis l'accouchement.

Madame C habite dans la même rue que ses parents à Toulouse; elle parle de ses « liens compliqués avec sa mère qui confond son bébé (un garçon) avec la fille de sa sœur ...»

Elle subit toujours une « grosse pression de ses parents par rapport à son poids »

Actuellement en congé parental, elle dit avoir du mal à sortir, « à se mettre au regard des autres »

Le carnet alimentaire évoque chez Madame C l'autorité de la mère et ressent de la honte mais elle s'y consacre quand-même.

Quelques extraits :

« 22h30, les 3 boîtes de nems, pour me remplir, Maxim (son mari) parti, moment à moi et besoin de compenser par rapport au stress de la famille, et puis ce sont les 2 derniers soirs où Maxim n'est pas là, alors c'est le moment d'y aller ».

« même punition, même motif, 3 boîtes de nems le soir plus deux paniers feuilletés aux St Jacques pour compenser les petits repas de la journée, et puis quitte à faire des bêtises autant y aller franco... malade de la veille, alors peu mangé, je me force à finir, pour me punir ».

Le carnet évoque le regard culpabilisateur de la mère, il faut cacher aux autres le problème d'alimentation, Madame C a le sentiment que, quoique' elle fasse les autres jugent sa façon de s'alimenter; si elle mange un sandwich,



« c'est la grosse qui s'empiffre », si elle mange une salade, « la grosse est au régime ».

La question du sommeil amène l'évocation de cauchemars d'épouvante, d'un danger imminent qui menace (intrus qui se cache ou incendie qui se rapproche)

Madame C dit avoir conscience que « c'est dans la tête »

Elle aimerait retrouver le plaisir de manger (les repas sont toujours préparés à la va-vite car son mari rentre tard)

Je lui propose pour la suite d'anticiper les repas, de réfléchir aux plats qui lui feraient plaisir, de rechercher les recettes afin d'élaborer une liste de courses à laquelle elle se tiendrait pour ensuite cuisiner

Je la revoie 2 semaines plus tard:

elle dit aller bien, elle a perdu 5kg, « a réussi à prendre les rennes », en préparant des menus. Elle se montre enthousiaste à l'évocation d'avoir fait des courses avec une amie, et d'avoir élaboré des recettes pour lesquelles elle a éprouvé du plaisir.

Nous sommes peut-être là dans un fonctionnement de l'ordre de la pensée magique.

Madame C souhaiterait perdre du poids plus rapidement, mais elle a peur de « rechuter ». Effectivement, je la met en garde contre une perte de poids trop rapide.

Je lui conseille de manger en quantité suffisante pour éviter de passer en phase d'hyper-contrôle qui aboutirait tôt ou tard à une reprise des crises de boulimies.

L'objectif premier pour cette patiente consiste à retrouver un rythme alimentaire correct.

Il s'agit de l'aider à recontacter ses désirs afin de reconstruire sa subjectivité et retrouver sa créativité .

La fonction de l'imaginaire s'exprime dans la réalisation de plats qu'elle a ensuite plaisir à déguster en compagnie de son mari. Elle dit d'ailleurs que ce dernier est ravi.

Sa relation à l'alimentation ainsi améliorée, Madame C connaît une meilleure sensation corporelle.

En effet la disparition progressive des crises de boulimies élimine le sentiment d'échec et de culpabilité, ainsi que les difficultés digestives associées.

Face à ce cas, je reste prudente et évite toute interprétation hâtive. La qualité de la relation thérapeutique reste primordiale .

#### **Cas IV :**

Charlotte 17 ans 1m 61 40 kg IMC 15,5 (< 18,5)

Charlotte est amenée par sa mère, soucieuse. En effet Charlotte sort de la clinique des Cèdres où elle a été hospitalisée pendant plusieurs mois pour des troubles anorexiques. A l'issue de son séjour, Charlotte a repris du poids (40 kg était le poids à atteindre pour envisager une sortie) et semble se conformer à la ration alimentaire prescrite par la diététicienne qui l'a suivie à la clinique. Elle évoque spontanément sa crainte de « retourner là-bas », c'est la raison pour laquelle elle souhaite stabiliser son poids.

Son histoire

En mars 2008, Charlotte a décidé de perdre un peu de poids. Elle pèse alors 71 kg Son IMC est à 25,5 à la limite supérieure (la norme se situe entre 17 et 26 pour une enfant de 16 ans).

Elle consulte un nutritionniste; au départ, la perte de poids fut douce (en avril elle a perdu 2 kg) puis les choses s'accélérent, mais elle se trouve toujours grosse. Son médecin traitant s'alarme fin juin (elle pèse 53 kg) et l'oriente vers un psychiatre. En vain, le poids de Charlotte continue de dégringoler, elle est hospitalisée fin décembre, elle pèse 33kg).

Elle n'a pas pu réintégrer le lycée à sa sortie.

De son hospitalisation elle dit que ce « n'était pas agréable, elle n'avait pas le droit d'aller marcher car elle mangeait trop peu ». Elle a réussi à atteindre le poids nécessaire uniquement pour obtenir sa sortie.

Elle se présente seule aux consultations suivantes

Elle avoue manger moins, elle a supprimé les féculents de midi (elle mange seule) car elle n'a toujours pas envie de grossir

Elle se dit fatiguée à cause de ses insomnies, elle ne souvient pas de ses rêves.

Elle n'a pas le moral, évoque une sensation indéfinie d'inutilité (pourtant, elle travaille le matin dans l'entreprise où travaille sa mère).

Elle aimerait pratiquer une activité physique surtout la danse.

Elle a le sentiment qu'on ne veut pas la laisser tranquille, elle « aimerait faire ce qu'elle veut », « Je n'ai pas envie de grossir, les repas sont source de conflit avec mes parents, j'ai peur de dépasser 45 kg »

Elle arrive souriante à la consultation suivante

Son psychiatre l'a autorisée à faire de la danse, elle est donc en recherche d'un cours qui la prendrait à cette époque de l'année, ce qui n'est pas évident.

Elle a perdu un peu de poids et demande des conseils sur l'équilibre alimentaire et la façon de gérer son alimentation avant une activité sportive. Elle dit ne « pas souhaiter perdre de poids mais ne veut pas en prendre trop non plus ».

Son sommeil s'est amélioré mais reste sans rêve.

Je la revoie une dernière fois

En effet, elle va partir vivre au Luxembourg avec sa mère mutée là-bas.

Cette perspective la ravie, elle ne semble pas affectée par le fait que son père reste à Toulouse. Des projets s'ouvrent à elle...

En ce qui concerne mon intervention auprès de cette patiente, il est évident que j'ai pris soin de ne pas rester fixée sur son alimentation et son poids.

Ma formation en psychosomatique m' a permis d'optimiser les entretiens en exploitant les informations qu'ils m'apportaient et à créer une empathie convaincante.

### **Cas V :**

Madame J 43 ans 1m65 72kg IMC 26,5

Novembre 2008 :Madame J est mariée et a deux enfants de 14 et 6 ans.

Elle vient me consulter car depuis mars dernier elle a pris 6kg, elle évoque le décès de son frère survenu à cette époque, ainsi qu'un stress lié à son travail et au changement de direction.

Madame J parle d'une dépression lié au « stress du travail » en 2007, puis me parle du décès de sa mère survenu en juillet de la même année.

Elle s'inquiète car depuis mai-juin elle souffre de crises de boulimies, elle est à nouveau stressée par son travail car elle va changer de service et de métier. Elle à souvent la sensation de « crise hypoglycémique » qui provoque la prise alimentaire.

Je lui propose le carnet alimentaire et la revoie une semaine plus tard

Madame J n'a pas pu remplir son carnet, je m'adapte en l'interrogeant sur ces habitudes. « L'oubli » du carnet est souvent révélateur d'un refoulement des affects et présage d'une évolution moins satisfaisante de la patiente.

Effectivement, Madame J continue à prendre du poids. Elle dit avoir « du mal à tenir sur la longueur », les états compulsifs reprenant après quelques jours de « raisonnable ». Elle culpabilise par rapport à sa prise de poids mais aussi par rapport à celle de son mari. Et puis, elle a beaucoup de travail. Paradoxalement, elle réclame un cadre alimentaire plus strict. Je lui explique la contradiction de sa demande par rapport à son comportement alimentaire ce qu'elle admet.

Nous sommes en mars 2009, Madame J continue à prendre du poids, « c'est la cata, les crise de boulimies ont repris ». Madame J évoque le stress du travail et aussi le décès du mari d'une collègue mais aussi des dégâts des eaux provoqués par une fuite à son domicile. Je l'incite à nouveau à tenir un carnet, elle accepte.

Je la revoie une semaine plus tard, elle dit aller mieux. Elle a réfléchi sur sa réaction démesurée par rapport à ce décès et admet y avoir projeté le deuil de son frère, et celui de sa mère. Elle raconte la rivalité qu'elle a entretenu avec sa

sœur par rapport à son père, de son désir de perfection qui s'en est suivi. Madame J pleure. Des liens commencent à se tisser, et des affects à s'exprimer.

Au cours des consultations suivantes, Madame J semble aller mieux. Suite à une blessure survenue lors d'une activité (elle monte à cheval), elle réalise qu'elle « s'abîme » et décide de prendre soin d'elle, à savoir prendre le temps de se relaxer. Elle remarque « craquer quand elle est surmenée » mais ajoute qu' « elle lutte moins contre ses compulsions alimentaires »

A la dernière consultation, Madame J va beaucoup mieux après une « grosse gastro » qui l'a beaucoup fatiguée et dont elle a eu du mal à se remettre.

Elle revient sur le décès de sa mère puis sur celui de son frère et constate qu'elle n'a pas encore « fait le deuil de ces disparitions ». Madame J évoque enfin la douleur qu'elle ne s'est pas autorisée à ressentir jusqu'alors.

A l'issue de nombreux entretiens, Madame J avance dans la compréhension de son fonctionnement et du refoulement de ses affects. Elle fait le lien avec ses crises de boulimies.

En se permettant d'éprouver du chagrin et donc de ne plus être « parfaite », elle se libère progressivement du fonctionnement alexithimique dans lequel elle s'était enfermée.

Les concepts de psychosomatique m'ont permis d'accompagner cette patiente et de l'amener à prendre conscience de l'impasse dans laquelle elle s'était enfermée.

## VIII

# BIBLIOGRAPHIE

- **Sami Ali** : « Penser le somatique » Dunot 2006  
« Corps réel, corps imaginaire » Dunot 1998  
« Le banal » Gallimard 2001
- **G. Apfeldorfer** : « Maigrir, c'est dans la tête » Odile Jacob 2004
- **Didier Anzieu** : « Le Moi-peau » Dunot 1985

- **Hilde Bruch** : « Les yeux et le ventre » Payot 1994
- **Noëlle Chatelet** : « Le corps à corps culinaire » Seuil 1977
- **Maurice Corcos** : « Le corps absent » Dunot 2004
- **J. Jacques Courtine** : « Histoire du Corps » Seuil 2006
- **Alain Ehrenber** : « La fatigue d'être soi » Jacob 2008
- **C. Grangeard** : « Le poids des mots, Les maux du poids » Calmann-Lévy 2007
- **Willy Pasini** : « Les 7 avantages de la beauté » Jacob 2006
- **Thierry Vincent** : « L'anorexie » Jacob 2000
- **Sciences humaines** : « Beauté, santé. Le corps sous contrôle » Juillet 2008 N° 195
- **Conférence de l'Institut des Conduites Alimentaires par Colette Combes** : « Soigner l'Anorexie et la Boulimie »
- **Site internet : La Mission Agrobiosciences**  
[gros.org](http://gros.org)  
[passeportsanté.net](http://passeportsanté.net)