



HAL
open science

Dynamique psychique des patients obèses sévères en demande de chirurgie bariatrique : approche clinique interculturelle

Joris Mathieu, Aslihan Topkay, Tevfika Ikiz, Joëlle Lighezzolo-Alnot, Almudena Sanahuja

► To cite this version:

Joris Mathieu, Aslihan Topkay, Tevfika Ikiz, Joëlle Lighezzolo-Alnot, Almudena Sanahuja. Dynamique psychique des patients obèses sévères en demande de chirurgie bariatrique : approche clinique interculturelle. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2020, 10.1016/j.amp.2020.11.005 . hal-03003521

HAL Id: hal-03003521

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03003521v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Article original

**Dynamique psychique des patients obèses sévères en demande de chirurgie bariatrique :
approche clinique interculturelle**

**Psychic dynamics of severe obese patients seeking bariatric surgery: Intercultural
clinical approach**

**Joris Mathieu ^{ab}, Ashhan Topyay ^d, Tefrika Ikiz ^d, Lighezzolo-Alnot Joëlle ^a, Almudena
Sanahuja ^c**

a) Université de Lorraine, Laboratoire Interpsy (EA 4432), Nancy 54000, France.

b) Université de Lorraine, Laboratoire de Nutrition et Maladies métaboliques, Faculté de Médecine de Nancy CHRU de Nancy – Hôpital Brabois Adultes, Service Endocrinologie - Diabète - Nutrition, Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO), Nancy 54000, France.

c) Université de Besançon, Besançon 25000, France.

d) Université d'Istanbul, Istanbul 34, Turquie.

Auteur correspondant : Joris Mathieu, Université de Lorraine, Faculté de médecine,
Laboratoire de nutrition : 9 Avenue de la Forêt de Haye, 54505 Vandœuvre-lès-Nancy,
France

Courriel : joris.mathieu@univ-lorraine.fr

Article reçu le 18 février 2020 ; accepté le 25 octobre 2020

Résumé

Introduction. – Les auteurs s'intéressent à la problématique de l'obésité sévère, notamment au fonctionnement psychique sous-jacent des patients en demande de chirurgie bariatrique. Ils proposent une comparaison interculturelle entre la France et la Turquie en questionnant l'implication de la culture dans la psychogénèse de cette maladie chronique.

Méthodologie. – Ils présentent les résultats d'un premier volet exploratoire qualitatif, par l'analyse comparée de deux cas cliniques, représentatifs de chacun des deux pays. Cette analyse s'appuie sur des entretiens cliniques, des autoquestionnaires et sur le test de Rorschach.

Résultats. – Cette comparaison culturelle montre que les deux cas cliniques représentatifs ont des antécédents de vie difficiles et traumatiques, souvent d'origine infantile. Ces événements conduisent à des difficultés de mentalisation des affects, constatés lors des entretiens

cliniques, des autoquestionnaires et de la passation du test de Rorschach. Ainsi, l'impossibilité de ce travail de transformation psychique conduit à des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA).

Conclusion. – Ces premiers résultats invitent à poursuivre la construction et la validation d'un modèle transculturel de l'obésité sévère, permettant dans l'avenir de proposer des recommandations internationales pour la prise en charge psychologique de cette maladie chronique, particulièrement lors d'une chirurgie bariatrique.

Mots clés : Obésité ; Psychosomatique ; Traumatismes ; Interculturel ; Chirurgie bariatrique

cas clinique
chirurgie bariatrique
culture d'origine
étude comparative
obésité
transculturel
traumatisme
trouble du comportement alimentaire

Abstract

Introduction. – The authors are interested in the problematic of severe obesity, particularly in the underlying psychic function of patients who seek bariatric surgery. They propose an intercultural comparison between France and Turkey by questioning the implication of culture in the psychogenesis of this chronic disease.

Methodology. – They represent the results of a first qualitative exploratory section, by the comparative analysis of two clinical cases which are representatives of each of the two countries. This analysis is based on clinical interviews, self-questionnaires and Rorschach Test.

Results. – This cultural comparison shows that two representative clinical cases have antecedents with difficult and traumatic life experiences, mostly based on infancy background. These incidents lead to difficulties of mentalization of affects as it is occurred during the clinical interviews, the self-questionnaires and the process of Rorschach Test. Therefore, the impossibility of this work of psychic transformation leads to Eating Disorders.

Conclusion. – These initial results call for further construction and validation of a cross-cultural model of severe obesity, allowing in the future to propose international recommendations for the psychological treatment of this chronic disease, especially during bariatric surgery.

Key words: Obesity; Psychosomatic; Traumas; Intercultural; Bariatric surgery

1. Introduction

L'obésité, maladie chronique en constante augmentation depuis plusieurs décennies, touche 650 millions de personnes, c'est-à-dire 13 % de la population mondiale en 2016 [24]. Cette « pandémie » ne va cesser de croître, si l'on s'en tient aux prévisions mondiales estimant une prévalence de 25 % d'ici 2045 [21]. En France d'après l'étude Constance, la prévalence est respectivement de 15,8 % et 15,6 % des hommes et des femmes, représentant près de 6,9 millions de personnes [20]. Les prévisions de l'OCDE pour 2030 montrent une évolution de 47 % du taux d'obésité, pour atteindre les 20 % [23]. La Turquie présente une prévalence supérieure à celle de la France, avec 28,8 % de la population [23], tout en notant une disparité importante selon le genre, avec respectivement 20,5 % des hommes et 41 % des femmes.

La chirurgie bariatrique, traitement chirurgical de l'obésité, est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme le traitement de référence de l'obésité morbide. Dans le monde, 468 609 interventions ont été pratiquées en 2013 [1]. En France, le nombre de chirurgies a été multiplié par 20 entre 1997 et 2016, passant de 2 800 à près de 60 000 interventions annuelles [22]. En Turquie, même s'il est inférieur à la France, le nombre d'interventions annuelles a augmenté de façon exponentielle, passant de 2 197 en 2008, à 3 268 en 2010, et à 4 511 en 2012 [28]. Cette pratique commence néanmoins à « poser de sérieuses questions » aux autorités publiques, et notamment quant à la prise en compte de la dimension psychique des patients en préopératoire et en postopératoire [9]. La littérature attire également l'attention sur une augmentation des problématiques psychopathologiques en post-opératoire, avec par exemple un accroissement de 50 % des tentatives de suicide [4], ou encore un renforcement important des dynamiques addictives [13].

Les déterminants de l'obésité sont plurifactoriels. Il est admis que les facteurs de prédisposition biologiques, génétiques et épigénétiques interagissent avec de nombreux autres facteurs liés à l'environnement (abondance alimentaire, sédentarité, stress psychosocial, etc.) [27]. Le rôle des facteurs génétiques est probablement plus important dans les formes sévères

(formes monogéniques représentant jusqu'à 5 %), ainsi que dans les formes précoces de l'enfant. De façon intéressante, le phénotype d'obésité est hétérogène dans de nombreuses formes monogéniques ou oligogéniques ; on parle alors de pénétrance variable. D'autres facteurs sont également mis en cause, comme les déterminants psychologiques, qui jouent vraisemblablement un rôle majeur dans cette problématique. Ces derniers sont régulièrement avancés dans la littérature internationale, en associant l'obésité avec des antécédents de vie difficiles et traumatiques, et des troubles des conduites alimentaires (TCA). En effet, il est désormais admis que les antécédents de traumatismes psychiques sont associés au développement d'une obésité la vie durant, puisqu'ils en accroissent le risque de 36 % [6]. De plus, 85 % des études montrent la précocité de ces événements et leur lien avec l'augmentation pondérale [25]. Ainsi, 46 % des patients ont vécu des abus émotionnels [11], c'est-à-dire qu'ils ont été rejetés, terrorisés, agressés verbalement, ou opprimés. Pour 29,2 %, ils ont subi des violences physiques et 32,1 % des violences sexuelles [12]. Les négligences physiques concernent 9 % à 32 % des sujets et celles affectives sont identifiées chez 20 à 50 % des personnes en situation d'obésité [25].

Les conséquences de ces antécédents s'inscrivent le plus souvent dans un vécu corporel, comme l'illustre la problématique de l'obésité. L'approche psychosomatique permet de souligner le lien entre une désorganisation psychique consécutive à un événement traumatique et le développement de l'obésité [18]. Effectivement, le traumatisme induit un trop-plein d'excitation pulsionnelle ingérable pour le sujet, qui va alors tenter de réguler ce quantum d'excitations, sous peine de désorganisation psychosomatique. Cette théorie propose ainsi trois voies d'expression pulsionnel : la voie de la mentalisation, celle du recours à l'agir comportemental (clinique du passage à l'acte) et celle de la somatisation [18]. Dans le cadre de l'obésité, le recours à la voie comportementale est quasi systématique à travers l'apparition de TCA (Troubles des Conduites Alimentaires), et traduit la faillite du processus de mentalisation (par la verbalisation). Cet excès alimentaire conduit inéluctablement vers l'apparition de l'obésité. Cette construction d'un corps « gros », renvoie ainsi à l'expression somatique de l'excitation pulsionnelle. Cette dynamique psychique est d'autant plus complexe à prendre en charge que l'excitation pulsionnelle tire le plus souvent son origine d'un vécu polytraumatique. L'émotion associée à ces événements agit comme déclencheur des troubles des conduites alimentaires, au sens où l'ensemble des émotions vécues, au travers des conflits, des affects négatifs, des sentiments de solitude ou d'ennui, peut provoquer un excès alimentaire [15]. Nous partageons l'idée que le spectre des troubles des conduites alimentaires suit un continuum allant du TCA le plus mineur au BED le plus

majeur, avec comme point central le déficit de la gestion émotionnelle [19]. Ces comportements apparaissent similaires à ceux observés dans la clinique des conduites addictives [29], où « la nourriture serait utilisée pour "s'automédiquer" d'un ressenti déplaisant » [3]. Ces troubles de l'alimentation sont alors à envisager comme la recherche d'« un équilibre vital par le soulagement psychique opéré par le symptôme » [14] et possèdent une « fonction pare-excitante autothérapeutique, liée à sa fonction de défense effective contre l'intrusion ou l'abandon de l'objet, mais également de par les bénéfices relationnels secondaires qu'ils procurent dans le cadre intime du patient » [14]. Pour Pirlot, cette lutte antidépressive serait la marque de « problématiques de perte d'étayage précoce, de traumatismes massifs » [26], destructurants pour le sujet. Ainsi, le modèle psychosomatique montre toute sa pertinence pour cette clinique particulière, soulignant le caractère vital et paradoxal des TCA, c'est-à-dire leur fonction de lutte contre les pulsions mortifères, et ce, malgré l'apparition de la maladie « obésité » sur le long terme. Néanmoins, les différences constatées entre la France et la Turquie, notamment au niveau des prévalences de l'obésité, questionnent l'implication de la culture dans la psychogénèse de cette maladie chronique.

2. Méthodologie

Pour répondre à ce questionnement, nous avons engagé une étude longitudinale comparative entre deux populations en demande de chirurgie bariatrique, l'une française et l'autre turque. Cette recherche comprend deux temps, le premier correspondant à l'entrée du patient dans le parcours de chirurgie bariatrique avant son opération, et le second se déroulant environ deux ans après la chirurgie.

Les outils utilisés sont l'entretien clinique semi-structuré, le test de Rorschach et des autoquestionnaires. L'entretien clinique permet de renseigner les antécédents d'événements de vie difficiles ou traumatiques, l'histoire pondérale associée, les TCA et les autres symptomatologies. Le test de Rorschach est analysé pour les deux pays selon la méthode de l'École de Paris. Les questionnaires mesurent la qualité de vie (SF-36¹), l'anxiété et la dépression (HAD²), les troubles alimentaires et l'alexithymie (TAS³).

¹ The Short Form Health Survey.

² Hospital Anxiety and Depression scale.

³ Toronto Alexithymia Scale.

Nous présentons ici les résultats d'un premier volet exploratoire qualitatif, par l'analyse comparée de deux cas cliniques, représentatifs de chacun des deux pays.

3. Illustrations cliniques

3.1. Renée, France

3.1.1. Anamnèse

Lors de notre première rencontre, Renée, âgée d'une cinquantaine d'années, nous apparaît très fatiguée. Seconde d'une fratrie de quatre enfants, elle est mariée, a trois enfants et un petit-fils. Précédemment aide à domicile, elle est actuellement au chômage depuis quatre ans en raison d'un handicap partiel. Néanmoins, elle reste très accaparée par sa mère, dont elle doit s'occuper. Toutefois, sa relation avec elle reste difficilement supportable, ayant, nous dit-elle, à gérer « ses caprices et ses colères », tout en étant à ses petits soins. Son père, lui, est décédé après une fin de vie compliquée, atteint des maladies d'Alzheimer et de Parkinson.

À ce contexte actuel, s'ajoute une histoire personnelle marquée par un cumul d'événements. Tout d'abord, Renée décrit une enfance compliquée, auprès d'une mère alcoolique et maltraitante qui les privait, sa fratrie et elle, de soin et de nourriture. De son père, peu présent à cause de son travail, Renée garde l'image de quelqu'un d'aimant et avec qui elle entretenait une relation satisfaisante. En effet, « malgré le fait qu'il faisait l'autruche face aux comportements manipulateurs de ma mère, j'avais une relation privilégiée avec lui », confiera-t-elle. Son adolescence est marquée par une agression à l'arme blanche par un homme, non loin de son domicile. Un mariage à l'âge de vingt ans lui permet de fuir sa famille, déclenchant chez elle, « une prise de conscience de ce qui me manquait ». Quelques mois après, elle est enceinte de son premier enfant mais fera, malheureusement, une fausse couche après trois mois de gestation. Sa seconde grossesse se déroulera normalement et elle donnera naissance à un garçon qui restera enfant unique pendant six ans. Naissent ensuite des jumelles qui ne seront pas acceptées par l'aîné. Sur le plan éducatif, Renée s'est efforcée d'appliquer avec ses enfants un modèle allant à l'encontre de l'éducation donnée par sa propre mère. Toutefois, ses enfants lui reprochent actuellement d'être « trop mère poule », une critique qu'elle considère comme injuste et qu'elle « digère difficilement ». À la quarantaine, elle apprend soudainement la relation cachée de son père et l'existence d'une demi-sœur. C'est alors qu'elle prend l'initiative de révéler l'information à sa famille, ce qui engendrera un éclatement familial et une rupture relationnelle avec son père jusqu'à sa mort, dix ans plus tard. Renée en gardera une intense culpabilité, à tel point que, un an jour pour jour après le

décès de son père, elle fera une tentative de suicide médicamenteuse. Actuellement, ce deuil reste difficile à accepter, six années après. De plus, cette période de la quarantaine a également correspondu à l'adolescence de son fils teintée de violence, celui-ci se retrouvant même au tribunal après une tentative d'étranglement d'une camarade, outre des violences envers ses propres parents. À l'heure actuelle, Renée éprouve de nombreuses difficultés, nous laissant constater la présence d'une anxiété généralisée, de fragilités importantes, dont une atteinte forte de l'estime d'elle-même ainsi que des affects dépressifs.

Concernant son évolution pondérale, celle-ci débute à la puberté et se poursuivra tout au long de sa vie. Suite à de nombreux régimes, elle alternera entre prises de poids et pertes pondérales. Au moment de sa tentative de suicide il y a cinq ans, elle atteint son poids maximum, 166 kg. Désormais, elle parvient à le maintenir constant autour de 123 kg. Ses conduites alimentaires sont marquées par des BED prandiaux et extra-prandiaux qui peuvent se dérouler plusieurs fois par jour, en plus de grignotages réguliers. Au cours de l'entretien, Renée fait d'elle-même le lien entre ses compulsions alimentaires, ses émotions et son histoire de vie, et exprime une forte culpabilité, qu'elle s'empresse de compenser par une importante restriction lors des repas suivants.

L'entretien avec Renée s'achève par une synthèse de ses difficultés. En effet, nous reparlons notamment de la relation compliquée avec sa mère, du décès de son père, et du rapport avec ses enfants. Nous reprenons également les conséquences de ces événements sur son alimentation, son anxiété, sa dépression et sur ses atteintes narcissiques. À l'issue de l'entretien, Renée se décidera à se prendre en charge et est alors orientée vers le CMP de son secteur.

3.1.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach

Avant l'entretien clinique avec le psychologue, Renée a réalisé des autoquestionnaires. En résumé, elle présente une forte dégradation des qualités de vie physique et psychique à l'EQVOD et à la SF-36. Les scores à l'HAD sont en faveur d'une forte anxiété et d'un diagnostic de dépression. Concernant son alimentation, les données des questionnaires DEBQ et BES soulignent l'importance de la restriction alimentaire mais également les liens entre ses conduites et ses émotions. Enfin, les scores à la TAS sont élevés à toutes les sous-échelles. En effet, Renée déclare avoir des difficultés à identifier ses sentiments, à les décrire, ainsi qu'une propension à favoriser les pensées tournées vers l'extérieur plutôt que celles tournées vers l'intérieur. Ainsi, d'après la TAS, Renée présente le tableau diagnostique d'une alexithymie.

À la suite de l'entretien clinique avec Renée, nous avons effectué la passation du test de Rorschach. Son protocole est caractérisé par un recours relativement important à l'inhibition, ayant pour conséquence un faible nombre de réponses (17), et un refus planche 6. Ce refus témoigne d'une difficulté dans le rapport de Renée à la virilité et à la puissance phallique. À l'épreuve des choix, Renée désignera comme planches non-aimées la 4^{ie} et la 1^{re}, qui traduisent une difficulté face à une imago maternelle phallique et destructrice, corroborée par son explication à la planche 1 : « le visage noir ». De ce fait, ces premiers éléments du test de Rorschach soulignent les difficultés relationnelles de Renée avec sa mère.

Concernant son espace imaginaire, celui-ci se caractérise par sa pauvreté. En effet, outre le faible nombre de réponses, le nombre de kinesthésies est, lui aussi, très nettement inférieur aux normes : une seule kinesthésie humaine et une seule kinesthésie animale contre respectivement trois et quatre pour les normes [8]. Le F % est de 64,7 %, ce qui est supérieur aux normes et souligne la difficulté de Renée face à l'émergence des affects qu'elle cherche à contrôler par le recours à la réalité. Ainsi, à la lumière de ces indicateurs, nous constatons une pauvreté de l'espace imaginaire qui peut être néanmoins modulée par la présence de quelques indicateurs positifs comme le F+%, le A % et le nombre de banalités qui restent dans les normes.

Le protocole révèle également une pauvreté de mentalisation chez Renée puisque nous constatons une pauvreté des indicateurs de symbolisation et de capacité d'élaboration des affects. En effet, l'Indice d'Élaboration Symbolique (IES) total est en faveur d'une mauvaise symbolisation des affects puisque sur un nombre de sept expressions symboliques, la moyenne obtenue est de 0,28, ce qui est strictement inférieur à la norme fixée à 0,5 [5]. Ces symbolisations sont majoritairement des expressions de l'agressivité puisque nous dénombrons cinq éléments, représentant un IES agressivité de 0,2 point. Pour les symbolisations sexuelles, la pulsionnalité féminine et maternelle est de mauvaise qualité. La pulsionnalité phallique est de 2 points mais n'est exprimée qu'une seule fois. Ainsi, l'analyse des indicateurs de l'IES souligne des difficultés importantes de symbolisation des affects chez Renée. Pour la capacité d'élaboration des affects, nous constatons l'existence d'un travail de liaison affects et représentation de bonne qualité. L'IA % est également en faveur d'une bonne capacité d'élaboration car il est inférieur aux normes. Néanmoins, nous comptabilisons deux expressions C', signant la présence d'affects dépressifs chez Renée. De plus, nous avons précédemment évoqué un refus, indicateur le plus fort d'une sidération de la capacité d'élaboration des affects [7]. Ainsi, malgré quelques indicateurs en faveur d'une bonne

capacité d'élaboration des affects, la majorité d'entre eux souligne la présence d'une difficulté d'élaboration.

Pour conclure, le test de Rorschach met en évidence des difficultés majeures chez Renée, notamment au niveau de la qualité de l'espace imaginaire et de la capacité de mentalisation.

3.1.3. Conclusion

Les résultats des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach montrent que Renée présente une histoire de vie difficile et traumatique, notamment en lien à sa relation maternelle. L'accumulation de tous ces événements ainsi que l'absence de support de résilience dans son entourage l'ont contrainte à rechercher des moyens pour diminuer sa charge d'affects. De ce fait, c'est dans la nourriture qu'elle a trouvé refuge pour tenter de digérer, le temps de l'incorporation, ses émotions et son agressivité liés à son passé. Son histoire est donc jonchée de tentatives infructueuses de faire face symboliquement à cette image d'une mère destructrice. Nous pouvons, par exemple, citer la fuite de sa famille grâce à son mariage ou encore sa volonté d'être une mère à l'opposé de la sienne. Nous pouvons également évoquer la relation à son père, plutôt idéalisée, dans un contexte où ce dernier est peu présent pour protéger ses enfants des maltraitances maternelles. Toutefois, cette idéalisation a été mise à mal lors de la révélation d'une famille cachée, conduisant à un rejet de Renée par son père. Dans ces conditions conflictuelles, l'élaboration du décès paternel n'a pu se réaliser convenablement, ce qui a conduit à son effondrement dépressif puis à sa tentative de suicide. Pour Renée, ce poids accumulé au fil des années est la résultante, dit-elle, « de tout le poids des événements de ma vie ». Ainsi, elle signifiera explicitement son désir de se libérer physiquement, mais surtout psychologiquement de son poids, grâce à l'élaboration d'une demande psychothérapeutique.

Le cas clinique de Renée est représentatif de la population obèse française en demande de chirurgie bariatrique. Effectivement comme la majorité des patients que nous rencontrons dans notre clinique, elle a dû affronter une histoire de vie difficile et traumatique. La pulsionnalité mortifère de ces événements conduit alors à un assèchement de la capacité de mentalisation, que l'on observe aisément dans le test de Rorschach [16] et dans les questionnaires d'alexithymie. Tout comme Renée, privés de la capacité à exprimer verbalement leurs affects, les sujets obèses sévères sont acculés au comportement alimentaire régressif, ou à d'autres dynamiques pathologiques (anxiété, dépression, suicide, addictions, etc.).

3.2. Ali, Turquie

3.2.1. Anamnèse

Lors de notre première rencontre avec Ali, nous accueillons un homme de 31 ans pesant 132 kg et mesurant 1,80 m (IMC : 40,74 kg/m²). Cette obésité est associée à des comorbidités : une hypertension artérielle et une apnée du sommeil. Ali est l'aîné d'une fratrie de trois frères, il est marié, et a deux enfants. Il est directeur d'une école privée, et présente un haut niveau socio-économique. Il souhaite avoir recours à la chirurgie bariatrique après avoir multiplié les tentatives d'amaigrissement comme l'acupuncture, les régimes, le sport, la phytothérapie, et toutes autres sortes de méthodes. Lors de ces tentatives qui s'échelonnent tous les trois à cinq mois, il perd au maximum quatre à cinq kilos, qu'il reprend facilement après quelques mois. Il souhaite perdre du poids pour être en bonne santé, améliorer son image, augmenter sa mobilité, et considère les méthodes non chirurgicales comme « une perte de temps » car elles ne fonctionnent pas pour lui.

Ali décrit son enfance et son adolescence comme « difficiles » dans une famille religieuse et conservatrice. En effet, né avec un asthme congénital, il a été hospitalisé à de multiples reprises durant la prime enfance, et fut « sauvé de la mort » grâce à l'importation de médicaments de l'étranger par sa famille. En parallèle, il décrira des relations familiales compliquées avec un père ayant « ses propres vérités qu'il imposait », notamment par des violences physiques régulières. Ali explique que ce dernier ne lui laissait aucun répit, comme par exemple en l'emmenant à son travail dès la sortie de l'école ou lors des vacances scolaires, et limitant ainsi ses actions. Ali décrira plus succinctement les rapports qu'il entretient avec sa mère. Il dira que celle-ci ne manifestait que peu d'intérêt à son égard, même si elle le « choisit toujours contre son père ». Ali se sent relativement à l'écart de cette famille car il s'estime très différent de celle-ci et n'est pas accepté pour ce qu'il est. Il s'est construit dans l'opposition aux images parentales, contrairement à ses deux frères qui « sont exactement comme leurs parents le voulaient ». Durant son adolescence, il fut hospitalisé en psychiatrie, mais refusera l'aide proposée car la notion de secret entre lui et le médecin n'était pas respectée et son père s'immisçait régulièrement dans sa thérapie. Ali a tenté de tenir à distance ce père omnipotent, lors de périodes conflictuelles où il a cessé de parler avec celui-ci. Actuellement, leurs relations sont plutôt apaisées.

Concernant son évolution pondérale, elle débute dès la petite enfance pour se stabiliser lors de l'adolescence. Il reprendra du poids lors de son service militaire lorsque sa fiancée le

trompe et demande la séparation. Dès lors, son poids augmente régulièrement jusqu'à atteindre une obésité morbide. Cette période du service militaire a fortement déstabilisé Ali, « j'ai perdu tous mes rêves », l'inscrivant dans une dépression, le contraignant aux addictions à l'alcool et à la cigarette (1,5 paquet par jour) et l'amenant à une tentative de suicide par médicament et eau de javel. Pour lui ces comportements avaient pour seul but de « moins ressentir la douleur pendant un certain temps ». Cet alcoolisme, qui n'en est pas un pour lui, a été sevré il y a trois ans. Concernant son alimentation, nous identifions une consommation excessive et compulsive de type BED prandiale (dîner) et extra-prandiale. De plus, il confiera boire du soda de façon conséquente. Lorsqu'il décrit son comportement alimentaire, Ali ne fait aucun lien entre celui-ci, ses émotions, et son histoire de vie.

3.2.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach

Avant l'entretien clinique avec le psychologue, Ali a réalisé des autoquestionnaires. En résumé, il témoigne d'une forte dégradation des qualités de vie physique et psychique lors de la SF-36. Les scores à l'HAD sont en faveur d'une forte anxiété, associée à un diagnostic limite de dépression. Concernant son alimentation, les données des questionnaires EDE-Q et NES soulignent l'importance de compulsions alimentaires nocturnes de type NES (Night Eating Syndrom) mais également des épisodes de grazing durant la journée. Enfin, le score à la TAS est élevé, indiquant la présence d'un tableau diagnostic alexithymique.

À la suite de l'entretien clinique, nous avons effectué la passation du test de Rorschach. Les réponses sont relativement pauvres et uniquement figuratives, néanmoins le nombre de réponse (23) reste dans les normes attendues. Ce protocole témoigne d'une très faible capacité de symbolisation, où Ali isole ses affects et ne les partage pas lors de la passation (réponses uniquement de type F+). Néanmoins, il réussit à verbaliser une réponse de type K (Planche II « Deux gens, ils se touchent les mains pour s'aider »), qui montre le besoin de se faire comprendre. Il a recours aux mécanismes de défense de type suppression, isolation et déplacement, et montre également une forte sensibilité au vide et à la couleur en donnant des réponses hypocondriaques et agressives. Sa préoccupation à remplir les blancs avec des images reflète sa sensibilité à la perte et à la carence affective. La réponse Choc à la planche IV montre l'impulsivité d'Ali, notamment face à des symboliques agressives, ainsi qu'une difficulté à gérer efficacement la réalité externe et souligne l'absence d'une enveloppe protectrice. Les planches 8 et 9, faisant référence aux relations archaïques avec la mère et la capacité de régression, montrent le lien fort d'Ali au premier objet et son impossibilité à s'en détacher. Nous notons également une relation anaclitique à travers les réponses masques et

vases, et son impossibilité à rester seul, exprimés dans la quasi-totalité des planches par des réponses comme « deux personnes », « deux animaux ». Enfin, nous observons également des indicateurs de dépression, notamment à la planche 5 avec la réponse banale « chauve-souris », suivi lors de l'enquête par « je ne peux pas dire papillon parce qu'il est noir ».

Pour conclure, le test de Rorschach souligne la présence de difficultés majeures chez Ali, notamment au niveau de la qualité de l'espace imaginaire et de sa capacité de mentalisation.

3.2.3. Conclusion

Les résultats des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach montrent qu'Ali présente un trouble psychosomatique et ce dès les premiers mois de sa vie (asthme). Nous identifions un problème au niveau de la séparation de l'objet aboutissant à une déstabilisation de l'équilibre psychosomatique. En effet, cette régression profonde suite aux traumatismes subis s'exprime par une fixation orale (la nourriture, les cigarettes, l'alcool, le soda et la tentative de suicide). Ali cherche un remède à ses difficultés dans un registre psychosomatique et comportemental. Ces tentatives échouent inévitablement, car mobilisant uniquement la sphère comportementale, toute verbalisation de la souffrance psychique reste impossible et inscrivent Ali dans la répétition de l'acte. Cette régression joue donc un rôle de régulation des tensions psychiques grâce à un auto-apaisement symptomatique par la voie comportementale, visant à protéger, tel un bouclier, l'intégrité psychique d'Ali.

4. Discussion et conclusion

Cette comparaison culturelle montre tout d'abord que ces deux cas présentent des antécédents de vie difficiles et traumatiques, en soulignant notamment l'importance de la dimension traumatique infantile. En effet, nous observons un rapport particulier à la relation d'objet primaire, malmenant la construction identitaire des patients en raison de négligences et d'abus parentaux. Cette défaillance parentale dans la gestion de la pulsionnalité mortifère suggère la présence de traumatismes intergénérationnels qui sont transmis d'une génération à l'autre par le vide affectif et la violence. Le jalonnement polytraumatique de ces histoires de vie conduit à un assèchement des capacités de mentalisation. Cette abrasion est facilement identifiable lors des entretiens cliniques, et explique le recours à l'acting alimentaire face à l'absence de travail d'élaboration psychique. Les méthodes projectives, et notamment le test de Rorschach mettent en avant cet assèchement des affects, les difficultés de symbolisation et de mentalisation. En effet, ces protocoles présentent souvent un faible nombre de réponses,

peu ou pas de kinesthésie, et une absence de réponse C. De plus, les symbolisations de l'agressivité sont souvent crues et de mauvaise qualité. Ces résultats convergent avec ceux très élevés à la TAS, montrant la présence d'une alexithymie. L'ensemble de ces indicateurs souligne la présence d'un impact traumatique non symbolisé et abasissant la capacité de mentalisation [7].

L'impossible travail de transformation psychique de ces patients, conduisant à l'acte alimentaire, pose la question de la prise en compte de cette dynamique intrapsychique, notamment lors d'une chirurgie bariatrique. Effectivement, le recours à une chirurgie bariatrique limite, voire coupe, « la voie de l'alimentation » et donc vient modifier l'équilibre psychosomatique sous-jacent. Cette modification fait émerger le risque d'une augmentation des autres troubles comportementaux et peut favoriser l'apparition de maladies somatiques. La dimension traumatique infantile repérée chez ces patients devrait être considérée. En effet, elle pourrait favoriser la résurgence des éléments traumatiques, et donc potentiellement désorganiser le psychisme par une fragilisation narcissique et l'apparition d'affects dépressifs, voire conduire à une décompensation. Symboliquement, cet acte chirurgical conduit à une double perte, celle de la défense corporelle, d'une part, et celle du recours à l'oralité, d'autre part. Cette hypothèse théorique semble être confirmée par la littérature internationale par le constat d'augmentation des dépressions, des anxiétés, des tentatives de suicide, et des addictions, après une chirurgie bariatrique [2,10].

Pour conclure, cette collaboration de recherche montre qu'indépendamment de la culture, la psychogenèse de l'obésité serait liée, outre à un trouble du comportement alimentaire, à des difficultés de mentalisation résultant d'un vécu polytraumatique, souvent d'origine infantile. Ces premiers résultats nous invitent à poursuivre la construction et la validation d'un modèle transculturel de l'obésité sévère, permettant dans l'avenir de proposer des recommandations internationales pour la prise en charge psychologique de cette maladie chronique, particulièrement lors d'une chirurgie bariatrique. Ces vignettes cliniques soulignent tout l'intérêt d'un travail psychothérapique centré sur le vécu traumatique et ses conséquences, afin de favoriser une réactivation de la capacité de mentalisation [7]. Cette réactivation devrait jouer un rôle protecteur, et permettre de réduire les problématiques post-chirurgicales (dépression, anxiété, suicide, addiction, reprise pondérale...).

Conflit d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Références

- [1] Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg* 2015;25:1822–32. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1657-z>.
- [2] Backman O, Stockeld D, Rasmussen F, Näslund E, Marsk R. Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Br J Surg* 2016;103:1336–42. <https://doi.org/10.1002/bjs.10258>.
- [3] Berthoz S. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. *Eur Psychiatry* 2015;30:S29–30. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.088>.
- [4] Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Surg* 2016;151:226–32. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.3414>.
- [5] Cassiers L. Le psychopathe délinquant : étude expérimentale à travers le Rorschach. Broché. Bruxelles: C. Dessart; 1968.
- [6] Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2014;19:544–54. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.54>.
- [7] De Tychev C, Diwo R, Dollander M. La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bull Psychol* 2000;53:469–80.
- [8] De Tychev C, Huckel C, Rivat M, Claudon P. Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions. *Bull Psychol* 2012;Numéro 521:453–66. <https://doi.org/10.3917/bupsy.521.0453>.
- [9] Emmanuelli J, Maymil V, Naves P. Situation de la chirurgie de l'obésité. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS); 2018.
- [10] Fournis G, Denès D, Mesu C, Brière M, Garré J-B, Gohier B. Obésité et bypass gastrique, impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire : revue de la littérature. *Ann Méd-Psychol* 2013;172:721–6. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.019>.
- [11] Grilo C, Masheb R, Brody M, Toth C, Burke-Martindale C, Rothschild B. Childhood Maltreatment in Extremely Obese Male and Female Bariatric Surgery Candidates. *Obes Res* 2005;13:123–30. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.16>.
- [12] Grilo C, White M, Masheb R, Rothschild B, Burke-Martindale C. Relation of Childhood Sexual Abuse and Other Forms of Maltreatment to 12-Month Postoperative Outcomes in Extremely Obese Gastric Bypass Patients. *Obes Surg* 2006;16:454–60. <https://doi.org/10.1381/096089206776327288>.
- [13] King WC, Chen J-Y, Courcoulas AP, Dakin GF, Engel SG, Flum DR, et al. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter

- cohort study. *Surg Obes Relat Dis* 2017;13:1392–402. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.03.021>.
- [14] Lamas C, Nicolas I, Corcos M. Addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires) et suicide. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2010;168:528–32. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.06.002>.
- [15] Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;49:125–34. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>.
- [16] Mariage A, Cuynet P, Carvelli-Roussel G. L'obésité chez l'adulte à l'épreuve du Rorschach. *Bull Psychol* 2005;476:207–19.
- [17] <https://doi.org/10.3917/bupsy.476.0207>.
- [18] Mariage A, Cuynet P, Godard B. Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions. *L'Évolution Psychiatr* 2008;73:377–97. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2007.06.009>.
- [19] Marty P. La psychosomatique de l'adulte. 7ème édition : 2011. Paris:PUF; 1990.
- [20] Mathieu J, Lévy B, Ziegler O, Lighezzolo-Alnot J. Obésité et traumatisme : vers une étude subjectivante de la question. *Bull Psychol* 2018;557:841–53.
- [21] Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidémiol Hebd* 2016:640–6.
- [22] Moses A, Lund N, Jensen B, Napier D. T3P28 : Illustrating the pivotal role of obesity as a driver of diabetes. 25th Eur. Congr. Obes. Vienna Austria May 23-26 2018 Abstr., vol. 11 Suppl 1, Vienna: Obesity Facts; 2018, p. 199. <https://doi.org/10.1159/000489691>.
- [23] Oberlin P, Peretti C de. Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997. Paris: DRESS; 2018.
- [24] Obesity Update - OECD. 2017. <https://www.oecd.org/health/obesity-update.htm> (accessed May 2, 2019).
- [25] OMS. Obésité et surpoids. WHO 2016.
- [26] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> (accessed May 11, 2017).
- [27] Palmisano GL, Innamorati M, Vanderlinden J. Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *J Behav Addict* 2016;5:11–31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>.
- [28] Pirlot G. Approche psychosomatique des addictions. *Carnet PSY* 2008;126:45–9. <https://doi.org/10.3917/lcp.126.0045>.

- [29] Quilliot D, Roché G, Mohebbi H, Sirvaux M-A, Böhme P, Ziegler O. Prise en charge de l'obésité de l'adulte. *Presse Médicale* 2010;39:930–44. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.05.017>.
- [30] Turkish Statistical Institute Turkey Health Survey 2016. 2017. <http://www.turkstat.gov.tr/HbPrint.do?id=24573> (accessed May 2, 2019).
- [31] Ziegler O, Mathieu J, Böhme P, Witkowski P. Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine Mal Métaboliques* 2017;11:237–45. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30063-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30063-9).