



ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Quand la nourriture vient colmater des souffrances psychiques

Sanahuja Almudena

Résumé

Cet article se propose de mettre en avant à travers une présentation d'une vignette clinique la complexité du symptôme obésité. Ce symptôme est imbriqué dans un réseau de liens interagissant entre différents espaces psychiques (intrapsychique, intersubjectif, inter et transgénérationnel). A la lumière de ces éléments nous devons prendre en considération la dynamique relationnelle dans laquelle le sujet souffrant d'obésité s'est construit ainsi que avec celle générationnelle.

Introduction

Notre pratique clinique et de chercheur auprès de patients en obésité nous confronte régulièrement à leur souffrance liée au rapport qu'ils ont à leur alimentation sur un versant polyphagique (1). Ces Troubles du comportement alimentaire (TCA) qu'ils décrivent comme « plus fort que soi », sont immaîtrisables, incontrôlables, indispensables. Ils provoquent un mal être et renvoient à une dimension de dépendance. Rapidement nous avons réalisé que pour les accompagner dans un processus de métamorphose tant psychique que corporel, donner du sens à leur symptôme est devenu une étape thérapeutique essentielle qui favorise le traitement des TCA. Donner du sens au symptôme c'est être à l'écoute de l'histoire individuelle indissociable de celle à l'objet maternel et familiale souvent imprégnée par le poids de traumatismes généalogiques. Ces derniers par la voie de la transmission psychique auraient laissé des traces aux générations suivantes sous forme de symptômes multiples dont ceux corporels comme l'obésité portés parfois par un membre d'une famille. Ainsi nous supposons que le sujet en obésité peut être considéré comme porte symptôme de son groupe primaire d'appartenance élargi. Ce symptôme occuperait une fonction dans l'économie psychique individuelle et familiale qui serait celle de colmater des souffrances passées et actuelles. Ainsi, ce symptôme c'est en quelque sorte l'arbre qui cache la forêt, son origine peut être plurifactorielle. Sa perte ouvre régulièrement les vannes de souffrances maintenues en contention

psychique (Mellier, 2005). Ces propos illustrent l'idée d'une notion d'emboîtement d'espaces inter-dépendants du fait de la dynamique du fonctionnement psychique à l'œuvre, à l'image des poupées russes. Il existerait un partage et une circulation par transmission et transformation de contenus conscients et inconscients entre les différents espaces (intrapsychique, intersubjectif, transgénérationnel) déclencheurs du symptôme obésité et des TCA qui en découlent chez un sujet. Dans une approche psychodynamique et psychanalytique familiale, à travers cet écrit, et à l'aide d'une vignette clinique, nous mettrons en avant la complexité de ce symptôme et de ses mécanismes psychiques sous-jacents intriqués dans ces différents espaces et son abord thérapeutique.

Symptôme obésité un emboîtement d'espaces psychiques

Rappel théorique : lien psychique, traumatisme et processus de transmission familiaux

Comme évoqué précédemment, le symptôme obésité s'emboîte dans une pluralité d'espace psychique : intrapsychique (le sujet), intersubjectif (en lien avec l'objet maternel) et inter et transgénérationnel (transmission, secrets, non-dits, traumatismes portés à son insu). Dans cette perspective familiale, selon Ruffiot (Ruffiot, 1979, as cited in Eiguer & al, 1997, p 109): «*On est tissus avant d'être issus*». C'est-à-dire que le sujet fait partie d'un ensemble, d'un groupe déjà constitué par tout un maillage générationnel avant d'être Soi. Mais ce Soi est constitué de plusieurs : «on ne naît pas tout seul». Le groupe famille est intériorisé dans l'inconscient du sujet, ce que Kaës nomme les groupes internes (2) (2005; 1993). Il se construit à travers une pluralité de liens intersubjectifs tissés dans une enveloppe généalogique familiale. Pour préciser, un lien est, selon Kaës, ce qui lie plusieurs sujets entre eux dans un ensemble. En effet, il n'y a pas de relation interindividuelle sans qu'au préalable ne se soit instauré un lien entre les sujets, lien psychique qui, secondairement, assure la continuité de la relation dans le temps et participe à la transmission familiale. Quand l'histoire familiale est marquée par le sceau du traumatisme généalogique, ce que nous retrouvons dans ces familles (Sanahuja, 2011 (a), 2015, 2016) où au moins un membre souffre d'obésité, ce traumatisme par le processus de transmission (Freud, 1921, 1913) traverse les lignées, ce qui peut avoir des répercussions sur le sujet qui deviendra le porteur de ce schéma de répétition et qui affectera son développement psychosomatique. Précisons que la transmission se fonde sur les notions d'après-coup et sur le concept du négatif, du manque, de ce qui a fait défaut. L'individu n'est que le maillon d'une chaîne intersubjective (Freud, 1914) inhérente à l'histoire familiale. Il s'inscrit dans cette dernière, dans laquelle circule

des éléments bruts, non élaborés psychiquement par ses ascendants et dont il est également le dépositaire. Il devient alors le réceptacle d'une organisation familiale sous-jacente et inconsciente marquée par le sceau du transgénérationnel. Ce processus de transmission s'opère par le biais des alliances inconscientes (Kaës, 2009), comme « *le contrat narcissique* » (3) (Aulagnier, 1975) et ce que Kaës a nommé « *le pacte dénégatif* » (4). La transmission du traumatique génère des effets sur la famille qui peuvent traverser les générations et se traduiront sur certains membres à travers des souffrances psychiques, des comportements, des malaises et des symptômes. De plus ces traumatismes inter et transgénérationnels ont fragilisé le corps familial. Ces familles sont majoritairement envahies par des angoisses massives de séparation (Sanahuja, 2015). Toute naissance peut alors être susceptible de devenir une source d'angoisse pour les parents et notamment les mères. Nous observons souvent une omnipotence de la fonction maternelle. Certaines mères s'impliquent « excessivement » dans la vie de leur enfant, elles sont anxieuses voire dépressives (Bruch 1974 ; Trombini et al 2003; Banis, 1998; Johnson, 1994; Stradmeijer, 2000). Les pères, quant à eux sont distants, interviennent peu ou quand ils le font ils prennent un rôle maternant, ce qui va renforcer un dysfonctionnement dans les liens intersubjectifs d'origine. Ce dysfonctionnement trouve aussi son ancrage dans les premières expériences affectives et libidinales, au moment du nourrissage donnant lieu pour le sujet à une obésité de type développementale décrite par Bruch (1974) différente de celle réactionnelle (5).

Lien intersubjectif primaire défaillant comme facteur de déclenchement de l'obésité et ses répercussions intrapsychiques

Ce type d'obésité s'inscrit dès l'origine du sujet et détermine son identité. Elle est liée à une fixation au stade oral due à un défaut interactionnel eu égard à l'objet primaire. A l'arrivée du bébé certaines mères prises dans des angoisses internes sont dans l'incapacité de percevoir intuitivement les besoins de leur enfant et procèdent à un gavage systématique. Or, ce comportement maternel, celui de répondre uniquement aux besoins de son enfant par de la nourriture, induit alors une dépendance orale qui se traduira, plus tard, de manière symptomatique chez le sujet, par un court-circuitage de l'affect, une confusion des émotions, des besoins corporels, par une conduite opératoire alimentaire à toute réponse émotionnelle qui sera de type comportemental polyphagique.

Le sujet a recours à son corps pour exprimer son mal-être, faute d'avoir des mots pour dire ses émotions. L'objet nourriture calme son état de tension interne lié aux émotions ressenties et aux angoisses vécues. Ainsi, cette défaillance du lien primaire, liée au défaut de contenant

maternel se traduit chez le sujet aussi par la suite par une fragilité au niveau de l'enveloppe psychique, une image inconsciente du corps «nébuleuse», une identité floue et des limites psychiques et corporelles floues (Sanahuja, 2011). Dans le sens où le sujet se retrouve dans des relations en «collage» à l'objet maternel entravant son processus de différenciation. Il fait mal la différence, la séparation entre le Soi et le non Soi (Sanahuja, 2011). Ce défaut de différenciation et de séparation entraîne aussi une grande dépendance par rapport aux objets externes. De plus, souvent l'accès à Soi et à la verbalisation deviennent compliqués. Ce qui se manifeste dans le cadre des rencontres cliniques par des difficultés pour ces patients à verbaliser leur histoire, leurs émotions, leurs affects puis à fantasmer et à mentaliser renvoyant à un fonctionnement de type Alexythimique et une pensée opératoire. Il leur est difficile d'avoir accès au symbolique et d'élaborer sur leur vécu, entravant leur processus de subjectivation; sans doute en lien avec un refoulement du traumatisme.

Vignette clinique

Nous rencontrons Madame, 30 ans, dans le cadre d'un suivi thérapeutique initié il y a 5 ans. Elle viendra par intermittence. Elle vient me consulter car depuis de nombreuses années elle souffre de son rapport à la nourriture. Elle a eu recours à de nombreuses tentatives de perte de poids durant son parcours de vie. Elle est allée également dans un centre. Tous ses essais se sont soldés par des échecs et des reprises de poids. Depuis qu'elle est petite Madame a un indice de masse corporel (IMC) (6) au-dessus de la norme. Elle s'est développée avec une obésité de type développementale renforcée par un traumatisme sur lequel nous reviendrons par la suite. Selon Madame, sa mère souffre également d'obésité. Cette dernière grignote et mange de grande quantité alimentaire (hyperphagie) ponctuée de compulsions. Comme sa mère, Madame présente les mêmes troubles du comportement alimentaire polyphagique.

Anamnèse et parcours thérapeutique

Madame est l'aînée d'une fratrie de 4 enfants. Elle est la première fille de sa mère. Son géniteur ne l'a pas reconnue. Il est décrit comme un homme de passage, provenant des pays du Maghreb. Elle sera adoptée bébé par l'homme qui partage la vie de sa mère à l'époque. Elle le considère comme son père. De cette union va naître deux enfants (2 garçons). Suite à leur séparation, la mère de Madame va se marier avec un autre homme dont elle aura un autre enfant (1 fille). Tandis que le père de Madame va se remarier mais n'aura pas d'autres enfants.

Madame est en couple. Elle est venue s'installer sur la région pour être avec son compagnon. L'éloignement d'avec sa mère va être une source de souffrance pour elle. Elle se dit être très proche de sa mère, fusionnelle. Souvent quand elle évoque la distance d'avec elle, elle pleure. Madame est très dépendante au niveau affectif de son compagnon comme elle l'est de sa mère. Elle rejoue le même lien pourrait-on dire. Le couple est dans le collage et la fusion. Ils font tout ensemble. Ils ont les mêmes amis, les mêmes centres d'intérêts. Depuis son arrivée dans la région les TCA de Madame ont augmenté et le poids qui va avec mais elle ne se sent pas grossir.

Durant les premiers temps des consultations, le devant de la scène thérapeutique est occupé par ses TCA, notamment ses compulsions alimentaires, dans ses aspects descriptifs, donnant à nos rencontres une dimension répétitive et opératoire. Elle décrit des compulsions alimentaires où elle ne se fait pas vomir. Elle absorbe une grande quantité de sucre notamment « des croissants » en très peu de temps. Mais parler d'elle est très difficile, faire des liens entre son histoire et son rapport à la nourriture également. Les premières années de nos rencontres seront lourdes pour nous avec une force d'inertie importante, une difficulté à penser les séances, ponctuées par de longs silences renvoyant au vide. Un vide interne chez Madame où à cette période l'objet nourriture lui apporte une certaine consistance, pour faire face à son « inconsistance » interne. Elle mange entre autres pour combler un vide, pour se sécuriser, pour se rassurer. Elle arrêtera de venir durant un certain laps de temps sans même prévenir de son arrêt et de son absence au rendez-vous. Elle coupe le lien quand les TCA s'atténuent. Elle est dans un fonctionnement en tout ou rien. Pourtant à cette période de changement physique, elle est envahie par l'angoisse et des affects dépressifs. Psychiquement la perte de poids est éprouvante et vient la déstabiliser.

Puis elle reprend rendez-vous quand elle traverse une période difficile avec son compagnon qui a provoqué une recrudescence des TCA. Madame est perdue dans son couple et ne supporte plus l'attitude dominatrice et possessive de son compagnon vis-à-vis d'elle. Elle est attirée par un autre homme. Et elle souffre toujours autant de l'éloignement d'avec sa mère. Le fait de verbaliser, l'aide progressivement, à se positionner dans le couple, à dire Non et à s'exprimer sur ce qui lui convient et ne lui convient pas. Jusqu'à présent elle « encaissait », sans rien dire mais mangeait aussi pour anesthésier le conflit, les angoisses, sa pensée et toute la sphère émotionnelle. Manger était son mécanisme de défense pour nier sa souffrance. En lui offrant un espace où elle est écoutée sans être dans une relation de soumission, elle peut réfléchir, dire ce qu'elle ressent dans la thérapie. Elle s'autorise par

la suite à le faire également dans sa vie affective et professionnelle. Elle exprime ses émotions comme la tristesse et la colère. Les TCA diminuent un peu et le poids également. Elle baisse ses quantités alimentaires au moment des repas, grignote de moins en moins et «les crises» (7) envahissent beaucoup moins son quotidien. Elles deviennent de plus en plus rares. Cette fois-ci, elle ressent cette perte de poids. Elle arrive petit à petit à mieux se définir et à s'affirmer. Son Soi et non Soi, son image du corps, commencent à se délimiter. En étant reconnue dans sa singularité, elle est maintenant en mesure de la faire reconnaître aux autres. Mais au moment où s'amorce ce processus de changement psychique et corporel, un nouvel élément va venir interrompre les séances. Sa mère se sépare de son mari. Madame partira auprès de sa mère pour la soutenir dans cette épreuve. Il semblerait que le changement morpho-psychologique de Madame et cette séparation vont venir déstabiliser l'équilibre de la famille et ouvrir la boîte de Pandore. Sa mère se retrouve seule avec sa dernière fille. Elle va mal et est sous le choc de cette séparation brutale d'avec son mari. Ce dernier est parti du jour au lendemain avec une autre femme. Déprimée il lui est difficile de s'occuper de sa fille et de sa maison familiale. Madame durant cette période rendra beaucoup de visite à sa mère pour être au plus proche d'elle et pallier à ses manquements auprès de sa fratrie. Madame reprendra rendez-vous que quelques mois plus tard. Cette première séance va marquer un tournant dans la thérapie. Au sein de sa fratrie des attouchements sexuels sont révélés du grand frère (issu du premier mariage) envers sa petite sœur (issu du deuxième mariage). Cette sœur a parlé à sa mère des attouchements qu'elle a vécu de la part de son demi-frère. Cet élément va déclencher chez sa mère et chez Madame un retour de ce qu'elles ont refoulé. Elles révéleront toutes les deux avoir été victimes d'attouchements quand elles étaient petites. Madame par un ami de la famille et sa mère par un de ses oncles. A ce moment-là, Madame fait des liens avec son rapport à l'alimentation son abus et ces abus intergénérationnels. Elle fera le lien entre ce traumatisme et ses TCA qui vont s'accroître à cette période où elle a été abusée. Elle prend beaucoup de poids, plus que d'habitude pour anesthésier ce qu'elle a vécu et le transformer en Tabou, en secret, en non-dit comme sa mère a pu le faire durant des années. Elle l'enfermait ainsi dans le pacte dénégatif familial. Depuis les révélations, Madame souffre de douleurs intestinales qui la handicapent au quotidien. Elle a des crises où parfois elle ne contrôle pas ses selles. Elle se vide, comme si elle pouvait enfin se libérer de tous ces déchets au sens propre comme au figuré. Elle consulte plusieurs médecins jusqu'à une nutritionniste qui réadapte son alimentation. Le sucre, la farine et d'autres aliments seraient à l'origine de cet état somatique. Son corps se régule. Elle retrouve un équilibre après cette

dérégulation, expression de son traumatisme. Son rapport à l'alimentation change. A cette période, ses TCA ont disparu. Elle perd du poids. Et elle trouve le recul nécessaire pour analyser son comportement alimentaire qu'elle nomme de « goinfrerie ». Elle compare son rapport au sucre comme à de la drogue, elle avait besoin de sa dose, d'une forte dose quasi quotidienne. La première absorption de sucre, le goût, lui procuraient du plaisir, un apaisement immédiat qu'elle cherchait à revivre en absorbant de grande quantité mais ne retrouvait pas ce premier « flash ». Elle avait besoin de s'anesthésier la pensée, les émotions, les angoisses que nous supposons en lien avec le traumatisme vécu et la séparation physique d'avec sa mère. Mais à chaque fin de crise, elle se sentait mal et se trouvait surtout en souffrance psychique et physique.

L'accès à la verbalisation, lui permet progressivement de donner du sens à son monde interne. Elle met des mots sur ses maux et se vide. En même temps qu'elle perd du poids, son Soi devient plus consistant et son corps met des limites. Elle se sent plus forte pour affronter son existence.

Discussion: sens psychique des TCA chez le sujet souffrant d'obésité

A travers cette situation clinique nous pouvons apporter un certain éclairage sur ce que peut signifier manger pour certain de nos patients. Nous pouvons aussi l'expliquer au regard de son emboîtement dans une pluralité d'espace psychique: intrapsychique, intersubjectif, inter et transgénérationnel.

Sens des TCA dans une dimension intrapsychique et intersubjective

Au niveau intrapsychique, dans les cas extrêmes, l'objet alimentaire et sa dimension compulsive représente pour certains d'entre eux une véritable addiction, un « shoot » quasi quotidien où initialement la force attractive est celle du plaisir, du goût, de la jouissance, de l'état de plénitude éprouvée lors de l'absorption des premières bouchées qui se transforment vite en éprouvés de honte, de culpabilité, laissant alors la place au tabou et au dégoût de soi. Au niveau intersubjectif, cette addiction est souvent en lien avec une défaillance du lien primaire au moment du nourrissage, liée au défaut de contenant maternel se traduisant par la suite chez le sujet par une hyper-oralité, des problématiques identitaire, narcissique, de dépendance et de séparation. Dans plusieurs cas de figure l'objet nourriture donnerait l'illusion temporaire de ne pas être vide. Il peut être considéré comme un objet transitoire au sens de Mc Dougall (1982), un substitut transitionnel venant répondre à une problématique d'internalisation des qualités de

l'objet maternel (Sanahuja, 2013). Dans notre situation clinique, la mère de Madame souffre elle-même d'un rapport à l'alimentation addictif et polyphagique. Elle a aussi subi un traumatisme d'ordre sexuel, l'ayant « effracté » psychiquement et générant une insécurité interne transmise à sa fille par la voie du lien intersubjectif. Et par un processus d'identification projective, sa fille qui a elle-même vécu un traumatisme du même ordre, s'est également identifiée aux TCA de sa mère (grignotage, hyperphagie et épisodes importants de compulsion alimentaire), comme si elle était son continuum de manière inconsciente.

Toutefois, il nous semble important d'approfondir nos analyses en mettant également le focus sur la dimension groupale familiale expliquant davantage ce manque de contenant maternel. Se limiter à cette approche intersubjective nous paraît relativement réducteur et peut générer selon-nous de la culpabilité chez ces mères qui pourraient se sentir responsables des TCA développés par leur enfant.

Sens des TCA dans une dimension familiale (inter et transgénérationnelle)

Aussi, nous pouvons entendre cette dimension addictive sous l'angle de la famille et de la transmission du traumatisme généalogique. Souvent cette dimension addictive est aussi liée aux traumatismes comme ceux d'ordre sexuel vécus par le sujet mais également par des membres d'autres générations au niveau transgénérationnel et intergénérationnel. Nous assistons à une forme de répétition de l'événement dans la chaîne générationnelle. Nous savons que ces traumatismes impactent la famille dont la manifestation en est une fragilité interne du groupe famille atteint par l'obésité et par le rapport addictif à l'objet alimentaire. Nous retrouvons dans ces familles des problématiques d'oralité, de vide, de fragilité narcissique (Sanahuja et al., 2011 (a)) et du contenant à travers des enveloppes psychiques familiales altérées (Sanahuja et al., 2017). Ces familles ont un fonctionnement psychique typique, celui de la pensée opératoire (Sanahuja et al., 2013; Sanahuja et al., 2015) où subsiste chez la majorité d'entre elles, un verrouillage au niveau des affects, un défaut du préconscient, de créativité, de fantasmatisation et de symbolisation (Marty, 1963). En outre, l'individualité est réduite au profit d'un corps commun indifférencié. Cette dilution des places et des fonctions crée un empiètement psychique, une problématique de séparation importante qui peut provoquer des ruptures du lien, et inscrire le sujet dans des modalités relationnelles en tout ou rien. Nous expliquons ainsi ce que notre patiente a pu rejouer dans le cadre de la thérapie, au niveau transférentiel, où dans sa relation à l'objet, elle se situe dans des ruptures de lien. A certains moments, quand elle arrête la thérapie, elle se situe

dans « le rien » et à d'autres quand elle réinvestit le lieu, elle est dans « le tout ». Cela peut générer chez nous, en tant que thérapeute, au niveau contre-transférentiel des angoisses abandonniques, angoisses qui sont éprouvées par Madame mais qui relèvent également de son fonctionnement familial.

Par ailleurs, en revenant sur cette question du traumatisme généalogique, comme nous avons pu l'évoquer le sujet fait partie d'un ensemble, d'un groupe déjà constitué par tout un maillage générationnel avant d'être Soi. Véritable patchwork d'identité, ce Soi est composé de plusieurs appartenant aux différentes lignées. Le sujet intériorise sa famille par le processus de transmission. Il rassemble ainsi en lui des parties du Soi familial. Dans le sens où il est porteur de groupes internes qui auront des répercussions sur son Soi, son identité et son corps.

En ce qui concerne nos patients souffrant d'obésité, le manque de contenance familial, lié aux traumatismes vécus, va alors générer une défaillance dans la nature des liens intersubjectifs et de certains processus de construction de l'identité filiative. Ces liens sont encryptés par l'histoire traumatique familiale trans et inter générationnelle et vont fragiliser le Soi familial. Cette histoire s'incorpore aussi dans le corps du sujet, porteur lui-même de ce Soi familial fragile. Dans ce type de famille, le sujet va alors se construire sur des bases fragiles, un Soi familial contaminé par une souffrance ancestrale source aussi d'insécurité parentale. Ainsi, par la voie de la transmission psychique couplée d'un processus d'identification projective et adhésive le sujet va incorporer des éléments bruts sans que ces derniers soient transformés. Ces objets incorporés vont contaminer le sujet, son Soi sera alors habité par des fantômes appartenant aux lignées inter et transgénérationnelles. Un lien d'ordre narcissique va alors s'instaurer dans la relation que le sujet aura à autrui. Un lien que nous retrouvons également à l'échelle familiale et qui anime les membres du groupe famille. Un lien que nous pouvons aussi qualifier d'« adhésif » et d'archaïque, un lien-non lien, engendrant un corps commun familial dans lequel règne une confusion des limites psychiques, renforçant le « collage », un défaut de créativité, de fantasmatisation ainsi que du vide chez l'ensemble des membres mais aussi chez le sujet souffrant d'obésité (Sanahuja, 2020).

Nos patients deviennent à leur insu porteur à travers leur symptôme de fantômes (Abraham et Torok, 1978) et de traumatismes ancestraux créant un vide transgénérationnel et intergénérationnel porté en Soi. Un Vide qui sera comblé par la nourriture. Ils ont alors recours à un Moi-corps nébuleux qui représente d'une part une protection contre la pulsionnalité interne, leur mal être et les excitations externes (Sanahuja, 2011) et d'autre part une contenance pour le groupe familial (Sanahuja, 2015).

Conclusion

Quand un patient décide de s'engager dans un processus thérapeutique, la prise en compte pour le clinicien des effets psychiques « délétères » de la perte de poids sont nécessaires. Traiter les TCA, demande du temps et de la patience. Le processus est long et peut parfois prendre des années avant que le patient réussisse à « perdre » ses défenses corporelles et à devenir plus consistant au niveau interne. Les TCA peuvent à certain temps de la thérapie disparaître. Cette disparition est toutefois précaire, ils peuvent resurgir brutalement. C'est une clinique qui fonctionne en « pelure d'oignon ». Dans le sens où quand une couche est travaillée, c'est-à-dire verbalisée par une mise en mots des maux, une mise en sens du symptôme, une autre apparaît violemment. Souvent chaque couche contient des éléments bruts issus du vécu du patient et des générations précédentes qu'il porte aussi à son insu. « Des éléments bruts » qui ont été engloutis par la nourriture et qui au moment de l'atténuation du symptôme tendent à émerger brutalement. La perte des couches peut être vécue comme une véritable explosion émotionnelle pouvant faire vivre au patient un phénomène de décontenancement se traduisant par de l'angoisse, des affects dépressifs, du passage à l'acte, une agressivité multiforme dans des conduites auto et hétéro-agressives (verbale, scarification, violence physique, tentative de suicide...) et une recrudescence des TCA. Notre travail thérapeutique consiste déjà à contenir puis à favoriser la transformation de ces éléments bruts en alphas (Bion, 1962), à leur donner une forme, une contenance ce qui progressivement aidera notre patient à mieux définir son identité et sa subjectivité. Mais, quand nous touchons au symptôme et que notre patient perd du poids, un effet domino se produit sur l'ensemble des espaces (intra, inter et transgénérationnel) fragilisant autant le Soi individuel que celui familial. La famille en subit les conséquences, elle perd son homéostasie, acquise par ce symptôme ayant une fonction de contenance du groupe, avec un risque que la boîte de pandore s'ouvre. Ne pas penser la famille quand nous traitons les TCA peut alors générer de nouveaux traumatismes et provoquer un décontenancement familial, d'où l'importance, dans le cadre de nos thérapies, de mettre aussi au travail la sphère familiale soit dans nos rencontres en individuelle mais dans l'idéal en proposant des thérapies familiales.

Bibliographie

- ABRAHAM, N., TOROK, M. 1978. *L'Écorce et le noyau*, Paris: Flammarion, 1987.
- AULAGNIER, P. 1975. *La violence de l'interprétation*. Paris: PUF.

- BANIS, H.-T., & al. 1988. « Psychological and social adjustment of obese children and their families », *Child: Care, Health & Development*, 14, 157-173.
- BION, W.R. 2018. *Aux sources de l'expérience* (5^e éd.), Paris, Presses Universitaires de France. (Original work published in 1962).
- BRUCH, H. 1973. *Les yeux dans le ventre*. Paris : Payot ; 1994.
- FREUD, S. 1921. *Psychologie des masses et analyse du moi*, Paris : Payot, 1981.
- FREUD, S. 1913. *Totem et tabou*, Paris : Gallimard, 1993.
- FREUD, F. 1914. « Pour introduire le narcissisme », *La vie sexuelle*, pp. 81-105. Paris: PUF, 1969.
- JONHNSON, S.-L., BIRCH L.-L. 1994. « Parents'and children's adiposity and eating style », *Pediatric*, 94, 653-661.
- KAËS, R. 2009. *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod
- KAËS, R. 2005. « Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, 2: 9-30.
- KAËS, R. 1993. *Le Groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- MARTY, P., M'UZAN, M., DAVID, C. 1963. « La pensée opératoire », *Revue Française de Psychanalyse*, n° 27, p. 345-356.
- MCDOUGALL, J. 1982. *Le théâtre du Je*, Paris, Gallimard.
- MELLIER, D. 2005. « La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel », *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499
- RUFFIOT, A., & al. 1985. *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod. (Original work published 1981).
- SANAHUJA, A. 2020. « Traumatismes générationnels, une pathologie du lien dans la clinique de l'obésité du lien narcissique encrypté « hyper adhésif » à des relations en « hyper-collage corporel » ou en « hyper-decollement », *Revue de l'AICPF*
- SANAHUJA, A., & AL. 2017. « Famille en mal de penser : où le collage se substitue à l'emboîtement des enveloppes psychiques », 38, *Le Divan familial*, pp.155-171
- SANAHUJA, A., & AL. 2015. « Le corps-symptôme comme révélateur d'une fragilité identitaire familiale », *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, p.113-125
- SANAHUJA, A., & AL. 2016. « Corps symptôme » stigmaté d'une souffrance familiale. In *Psychopathologie clinique du somatique: 12 études de cas*. Sous la direction de Nathalie Dumet et Lydia Fernandez, In Press
- SANAHUJA, A., BELOT, R.A. 2013(a). « Défaillance de la relation d'objet primaire et altération de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse », *L'évolution psychiatrique*, vol 78 n°4, p. 653-667.

SANAHUJA, A., CUYNET, P., BERNARD, A .2013(b). « Pôle isomorphique familial et processus de différenciation chez l'adolescent obèse en perte de poids », *Dialogue*, n°201, p. 107-119.

SANAHUJA, A., CUYNET, P. 2011(a). « Image du corps chez l'adolescent obèse et transmission transgénérationnelle », *Le Divan familial*, 27, p. 81-94

SANAHUJA, A. 2011(b). *L'adolescente face à l'obésité. Traitement et accompagnement durant l'amaigrissement*, Presse universitaire de Franche comté.

STRADMEIJER, M., & AL. 2000. Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Int J Eat Disord*, 27(1):110-4.

TROMBINI, E, & al. 2003. « Maternal attitudes and attachment styles in mothers of obese children », *Percept Mot Skills*, 2: 613-620.

Notes

1. Polyphagique signifie que les troubles du comportement alimentaire sont diverses.

2. “Les groupes internes (Kaës, 1976) sont des formations de liens intrapsychiques qui comportent une structure de groupe. Cette structure ordonne les relations entre les éléments qui les constituent.” (Kaës, 2005, p.11). Kaës définit sept principaux groupes internes qui ont un rôle d'organisateur psychique inconscient dans la construction des représentations, l'image du corps, les fantasmes originaires, les systèmes des relations d'objet, le réseau des identifications, les complexes œdipiens et fraternels, les imagos et l'image de l'appareil psychique.

3. Le contrat narcissique est une alliance de base, à l'œuvre lors de la naissance de l'enfant, afin de lui donner une place et de le faire reconnaître comme appartenant au groupe familial La naissance acte la continuité de la lignée de la famille, il inscrit l'enfant comme faisant partie d'une généalogie. L'enfant porte les mythes et les idéaux de la famille, il est porteur d'un héritage familial.

4. Dans sa filiation : le sujet est dépositaire d'une partie non pensée ; ce que la génération précédente n'a pas transformé sera transmis à la suivante

5. La théorie de Bruch (1974), met en évidence un manque d'autonomie chez ces patients, qui serait dû à une première relation précoce perturbée vis-à-vis de l'objet. L'origine de sa pensée repose sur la problématique orale. Elle considère l'obésité comme une fixation et une régression au stade oral. Hilde Bruch recense deux formes d'obésité: · Une obésité de

type développementale en lien avec une fixation au stade oral due à une perturbation de la relation précoce · Une obésité traumatique qui surgit à l'occasion d'un conflit et/ou d'un trauma. Le sujet a recours à la régression au stade oral. Il retourne à un mode de satisfaction archaïque caractérisé par le bien-être et la satisfaction.

6. C'est l'indice de masse corporelle (IMC) qui permet de mesurer l'adiposité c'est-à-dire le rapport de la masse grasse sur le poids. Cet indice est le meilleur critère diagnostique et pronostic de l'obésité. Il tient compte de deux données combinées : le poids, la taille, en mesurant le rapport du poids sur la taille au carré. Poids normal: 20 à 25 d'IMC. Surpoids au excès de poids : 25 à 30 d'IMC. Obésité: > 30 d'IMC.

7. Compulsion alimentaire sans vomissement.

SANAHUJA Almudena, Professeure des Universités, Université de Bourgogne-Franche-Comté 30, rue Mégevand 25030 Besançon cedex, psychologue clinicienne, maria.sanahuja@univ-fcomte.fr, 06 87 03 75 94.