

# Quelle place pour la psychologie dans l'obésité de l'enfant et de l'adolescent et son traitement

Pr Colette Vidailhet  
Université de Lorraine, Nancy

« L'erreur la plus commune du médecin est de vouloir soigner le corps sans tenir compte du psychisme ». Platon.

Tous les auteurs s'accordent sur le rôle des facteurs psychologiques et des interactions entre somatique et psychologique dans l'obésité. Ces facteurs sont perçus, soit comme conséquences de l'obésité soit comme participant à sa genèse, soit comme causes d'échec du traitement.

## A] Les approches psychologiques sont plurielles :

### 1. Les approches cognitivo-comportementales :

1.1 *La théorie de l'externalité* postule que l'enfant obèse serait moins sensible aux signaux internes, physiologiques, de sensation de faim et de satiété qu'aux stimuli externes (aspect de l'aliment, goût, disponibilité) (1).

1.2 *La théorie de la restriction alimentaire* consciente postule que les enfants et les adolescents qui s'imposent, sans contrôle médical, des restrictions caloriques, dans le souci de se conformer à l'idéal de minceur de notre société, ont plus de risque de développer une obésité, surtout ceux qui ont déjà une forte corpulence. Les groupes à risque sont principalement les jeunes-filles gymnastes, danseuses, les enfants mannequins. Ces enfants seraient plus exposés au risque de *désinhibition*, c'est-à-dire à des accès de fringale, de boulimie et au grignotage (2). Par contre, les prescriptions médicalement assurées et contrôlées ne favorisent pas la survenue d'une anorexie mentale. C'est l'expérience de 10 ans publiée par Raynor en 2006 (3) et la nôtre, de 30 ans, à l'hôpital d'enfants de Nancy.

1.3 *Le rôle des facteurs émotionnels* : les enfants obèses confondent « émotion » avec sensation de faim. Ils sont plus enclins à accorder à la nourriture une fonction apaisante. Lorsqu'ils sont confrontés à un contexte angoissant, une contrariété ou une frustration, ils s'orientent davantage vers les sucreries (4). Si la mère répond à tout pleur par un apport de nourriture, seul moyen d'exprimer son affection, l'enfant ne différencie plus les sensations de faim et de satiété, toute émotion conduit à une prise d'aliment. L'enfant réagit par une demande alimentaire croissante et un désir de satisfaction immédiate. Il devient parfois un tyran familial qui ne supporte ni attente ni refus.

### 2 Les conceptions psychodynamiques :

2.1 *La problématique orale* : C'est autour de la bouche et de la fonction alimentaire que l'enfant structure sa personnalité. La nourriture participe à la constitution de notre identité. On est identifié à ce que l'on mange. Quand on parle des « macaronis », des « Kartoffeln », des « mangeurs de grenouilles » on sait de quelles identités nationales il s'agit ; de même que lorsqu'on dit de quelqu'un qu'il est un « mange-m.... » c'est un jugement porté sur sa personnalité réduite à ce qu'il mange. Pour Freud le **Moi** se construit à partir d'éprouvés corporels, des sensations de faim et de satiété, des perceptions visuelles, auditives, kinesthésiques, ceci dans le cadre de la relation à la mère ou à son substitut, à partir d'expériences de frustration et de plaisir. Le sevrage, ou la diversification alimentaire chez les nourrissons qui n'ont jamais été allaités, implique une désillusion, apprend à tolérer les frustrations et à accéder à d'autres plaisirs... plaisir de parler, de penser...L'obésité pourrait être corrélée à des conflits à ce moment (5).

2.2 *La fragilité narcissique* : Lorsque l'environnement d'un enfant est défaillant dans son rôle « contenant » et protecteur (**pare-excitation**) il s'ensuivrait une fragilisation narcissique (le narcissisme est pris ici dans le sens amour de soi, respect et investissement de soi, proche de ce qu'on appelle image du corps ou image de soi). L'incorporation de nourriture donnerait à l'enfant un sentiment de sécurité interne.

2.3 *La problématique œdipienne* : (6). L'obésité permettrait à l'enfant d'éviter d'être confronté au choix d'identification sexuelle, d'exprimer ses pulsions agressives contre l'autre, en retournant l'agressivité contre lui, en satisfaisant un certain masochisme et en soulageant son sentiment de culpabilité.

## B] La Clinique

Elle est plus complexe que la théorie. Elle est toujours plurifactorielle. Le médecin d'un enfant obèse est confronté :

1. Au système familial, au style éducatif et relationnel de la famille : contrôle parental excessif sur la qualité ou la quantité de ce que l'enfant mange, aliment utilisé comme récompense ou punition, trop grande *permissivité (enfant-roi)*, *indifférence*, *négligence* (ce n'est pas aider un enfant que de lui dire que l'obésité « c'est son problème », mais c'est l'abandonner, car son obésité est en fait le problème de toute la famille), *conflits majeurs* au sein de la famille, incohérences parentales ( la maman d'une petite fille se demandait comment motiver celle-ci à respecter quelques règles alimentaires, quand le père disait à chaque repas : « mange ma fille, au moins s'il y a une guerre, tu auras des réserves »), voire **maltraitements**.

2. À la fantasmagorie orale des parents, à la relation présente et passée de la mère à la nourriture, à ses significations conscientes et inconscientes multiples. L'obésité, les troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les parents (anorexie, hyperphagie, boulimie) sont à rechercher systématiquement.

3. Au fonctionnement global de l'enfant et à sa personnalité : Quel est son degré d'autonomie, ou au contraire de dépendance dans les actes quotidiens, les jeux, le travail scolaire. Quel est le plaisir pris dans ses différentes activités? Quelle est la qualité et la durée de son sommeil? Quelles relations a-t-il avec ses pairs? Notre société privilégie la minceur et l'obésité est appréhendée comme signifiant absence de volonté, paresse, abandon à ses pulsions. L'enfant obèse peut être l'objet de rejet, de moqueries voire de harcèlement. Comment y réagit-il? Plus l'IMC est élevé, plus la victimisation gagne en intensité. Quelle est sa façon de gérer l'agressivité, les tensions? Quelle représentation a-t-il de lui-même (image du corps, image de soi)? Certains enfants obèses ne se voient pas aussi gros qu'ils sont. Les parents eux-mêmes n'ont pas toujours une représentation exacte du poids de leur enfant. Quelle est sa faculté de verbalisation? Est-il capable de parler de ses émotions et de son vécu ou est-il inhibé? Quelles sont ses motivations pour changer ses habitudes alimentaires et de vie? Qu'attend-il de ce changement? Pour cela il lui faut faire des efforts et on ne peut faire d'effort que quand on est motivé. Cette évaluation donne des indices sur les chances d'adhésion au traitement, tant sur le plan de l'alimentation que de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité.

Il n'y a pas de spécificité du fonctionnement mental de l'enfant obèse. Les organisations mentales sont diverses, chaque cas est unique. Mais, dans tous les cas, la fonction alimentaire est déviée de sa finalité pour être utilisée à la résolution de conflits. La solution alimentaire est une réponse à des difficultés du développement affectif, à des conflits intrapsychiques, à des interactions parents-enfants perturbées, à des événements de la vie traumatisants (penser à la possibilité d'agressions sexuelles), à des ruptures de liens d'attachement. C'est une façon de s'aider par la nourriture; l'obésité fait écran aux difficultés psychologiques. Chacun sait que dans l'adversité certains ont la gorge serrée et ne peuvent rien avaler, d'autres ne trouvent le réconfort qu'en se « remplissant ». Dans le bonheur ou le malheur, certains gagnent des kilos, d'autres en perdent.

4. Aux interactions entre les facteurs familiaux, sociaux et personnels de l'enfant. Quelle est la place de cet enfant dans la famille? Quel rôle joue son obésité dans les relations familiales? Quels sont les bénéfices secondaires qu'il peut y trouver?

5. L'obésité se complique souvent de souffrance psychique. Si certains enfants en surpoids n'ont pas de problèmes psychologiques apparents, on peut dire que ceux-ci sont toujours présents quand il s'agit d'obésité. Les conséquences morphologiques et esthétiques peuvent conduire à des difficultés relationnelles (sentiment de dévalorisation de soi, de culpabilité, marginalisation sociale), voire psychiatriques (dépression, troubles anxieux, idées suicidaires). Ces troubles psychiques risquent de conduire l'enfant à rechercher encore plus dans la nourriture, dans les jeux vidéo, la TV, un apaisement à ses tourments, ce qui majore ses difficultés affectives et n'aide pas aux activités

physiques et à la lutte contre la sédentarité. Un cercle vicieux s'installe. La qualité de vie des enfants et adolescents obèses est gravement affectée.

### C] CAS CLINIQUES.

1 Obésité réactionnelle à un évènement stressant : Elle se constitue au décours d'un évènement ayant valeur de stress : séparation des parents, deuil, naissance d'un puîné. L'absorption de nourriture a une fonction de protection contre l'angoisse et la dépression. L'enfant s'enferme dans sa carapace de graisse. On retrouve la notion d'ennui, de sentiment de manque, d'inutilité.

Claudia a 12 ans ; elle a 2 sœurs de 9 et 5 ans. Ses parents ont divorcé il y a 4 ans. Depuis, elle ne voit plus son père. Elle avait déjà pris du poids à la naissance de ses 2 sœurs et davantage encore lors du divorce. Ceci est très net sur la courbe de poids. Depuis le divorce, elle s'isole pour lire, elle doute de l'amour qu'on lui porte, elle demande 10 fois par jour à sa maman « est-ce que tu m'aimes » ? Elle a des angoisses d'abandon, doute d'elle-même. Elle est fragilisée sur le plan narcissique. L'obésité participe à la lutte contre le sentiment de dévalorisation de soi, l'angoisse, la dépression.

Adeline, 12 ans, très intelligente, se juge « débile » ; « je me déteste » ; elle ne s'autorise aucune agressivité contre autrui ; toute agressivité est culpabilisée et retournée contre elle : « avant quand j'étais contrariée, je me griffais les jambes, maintenant je me jette sur la nourriture ». Elle perçoit bien que, se griffer ou manger ont le même sens, celui d'auto-agressivité, d'auto-sabotage. Cette observation conduit à évoquer le masochisme

2 L'obésité et le masochisme : Certains enfants ou adolescents trouvent, à travers l'obésité, les investigations médicales, les restrictions alimentaires pénibles et leurs échecs, de quoi satisfaire leur masochisme et en tirer des satisfactions inconscientes, ce qui les conduit à manger encore plus : « ça m'est égal de devenir difforme, énorme, boudinée, je me dégoûte, mais ça m'est égal ».

3 L'obésité et les carences affectives précoces et prolongées : Certains enfants gravement frustrés ont une voracité que rien ne peut satisfaire. Par exemple des enfants abandonnés, qui ont connu des ruptures des liens répétées, peuvent avoir, même après avoir été adoptés un creux, un vide, un manque que rien ne comblera ; la nourriture y suffit rarement. Cette voracité joue peut-être un rôle dans la survenue d'une puberté précoce plus fréquente chez les enfants adoptés.

4 L'obésité et le refus des frustrations : Oriane, 8 ans, a une oralité dévorante. Elle entre dans mon bureau, le coca-cola dans une main, le chocolat dans l'autre, et me dit : « moi, j'ai faim ». Elle veut tout et tout de suite, elle a toujours peur de manquer. Elle est agressive, revendicative, opposante, elle transgresse allègrement tous les interdits, sans culpabilité. Elle souhaite devenir policier. La relation à sa mère est de type sado-masochiste : « avant je devais la forcer à manger, à présent je dois la forcer à ne pas manger ».

Grégory, fils unique de 11 ans est un véritable tyran domestique. Il hurle et tape contre le mur, jusqu'à ce que sa mère lui apporte la plaquette de chocolat qui ne va pas le calmer longtemps. Il méprise son père, qui est effacé, très maigre et grand pratiquant de jogging. Il reste avec sa mère dans une relation de dépendance, du « petit homme » de sa maman.

5 L'obésité défense face aux désirs sexuels et au conflit œdipien : L'obésité donne à la silhouette un aspect indifférencié sexuellement, féminisant pour le garçon et masculinisant pour la fille. L'obésité évite l'investissement de la génitalité, et, à l'adolescence, permet de fuir sa sexualité, par exemple, c'est le cas de cette jeune-fille de 16 ans, très obèse, qui était la seule à être autorisée à entrer dans le monde très masculin des pompiers de son village et qui me disait : « je ne risque rien ». Dans certains cas l'obésité retarde le choix d'identification sexuelle qui se pose à l'adolescence.

6 L'obésité et les troubles graves de la personnalité : Chez des adolescents dépendants et en quête d'amour, l'obésité peut contribuer au maintien de leur sentiment d'identité et faire écran à une psychose.

## D] LE TRAITEMENT DANS SES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES (7)

Pour maigrir il faut promouvoir l'activité physique, la lutte contre la sédentarité et un changement des habitudes alimentaires. Des facteurs psychologiques, tant du côté de l'enfant (faillies narcissiques, conflits, masochisme...) que du côté des parents (qui peuvent se sentir disqualifiés dans leur façon de nourrir et d'élever leur enfant et être ambivalents par rapport au traitement) peuvent mettre en échec le traitement.

La prise en charge psychologique a pour objectif d'aider à la résolution des conflits qui président à l'ingestion excessive de nourriture.

L'approche psychologique inhérente à tout acte médical, loin de toute interprétation abusive permet d'établir un dialogue, une relation de confiance avec les parents et l'enfant. Sans cette **alliance thérapeutique**, c'est-à-dire le sentiment de travailler ensemble, dans le même sens, les conseils alimentaires et ceux concernant l'activité physique risquent d'être perçus comme des injonctions insupportables.

L'enfant est sensible à l'intérêt qu'on lui porte, à lui, pas seulement à son poids. Il a besoin d'intérioriser, de faire siennes les prescriptions des thérapeutes.

Pour ce faire il a besoin d'aide pour prendre conscience de sa responsabilité dans son comportement, du sentiment d'être l'acteur de son propre traitement et d'être compétent. C'est pourquoi le moindre progrès sera valorisé (ne jamais humilier).

Quant aux parents et aux thérapeutes, ils doivent accepter de mettre des limites, se sentir impliqués dans l'application des règles alimentaires et de vie qu'ils préconisent.

On ne peut tout changer d'un coup, il va donc falloir hiérarchiser les changements, ne pas mettre la barre trop haut, établir et énoncer clairement quelques règles et s'y tenir, évaluer régulièrement l'évolution, car on s'inscrit dans la durée.

Le médecin vise à augmenter les motivations de l'enfant, en apportant les informations nécessaires, mais en laissant aussi à l'enfant le temps d'explicitier sa représentation de lui-même, ses difficultés, ses réactions aux moqueries... Il doit repérer les éventuels « bénéfices secondaires » que l'enfant peut trouver dans son obésité (rester le tout petit de sa maman, être dispensé des cours d'éducation physique, de piscine, statut d'enfant malade, voire handicapé...);

Certains enfants obèses ne se voient pas aussi gros qu'ils sont (d'où l'intérêt des courbes de croissance). Une petite fille disait à sa maman : « moi je me trouve bien. Il n'y a qu'à toi que mon poids pose des problèmes ». A contrario les mères sous-estiment souvent l'excès pondéral de leur enfant, alors qu'elles repèrent plus facilement l'excès pondéral chez les enfants des autres.

Cette approche psychologique et relationnelle peut être faite par le médecin généraliste, nutritionniste ou pédiatre qui soigne l'enfant dans sa globalité et dans sa famille.

L'obésité recouvre des réalités individuelles et familiales très diverses qui justifient une prise en charge pluridisciplinaire, médecin, diététicien, éducateur physique. Certaines équipes introduisent systématiquement un psychologue. À Nancy c'est selon la personnalité de l'enfant, sa psychopathologie (conflits importants et anciens, troubles dépressifs, anxieux, du comportement, du sommeil, difficultés scolaires, conduites d'addiction...), sa faculté d'exprimer ses affects, le contexte familial, qu'il sera proposé un entretien avec un psychologue ou un pédopsychiatre habitué aux troubles du comportement alimentaire et à l'obésité de l'enfant.

Cet entretien permettra de poser l'indication du type d'approche psychologique le mieux adapté à l'enfant et à sa famille : thérapies cognitivo-comportementales, d'inspiration psychanalytiques, familiales, de groupe.

Séparer l'enfant de sa famille et poser l'indication d'un placement en centre spécialisé demande une préparation de l'enfant et de la famille en raison de la fréquence de la reprise rapide de poids dès le retour au domicile.

**Sur un plan préventif** trois points paraissent importants :

- en dehors du rebond prématuré d'adiposité, la prise en compte des conflits et des troubles des interactions mère-enfant au moment du sevrage et de la diversification alimentaire (théorie de de l'oralité de F Dolto) ;
- apprendre tôt aux enfants à savoir lire les médias et avoir un regard critique sur les modèles proposés, en raison de leur influence, en particulier à l'adolescence sur l'image du corps;
- favoriser la participation des pédiatres, diététiciens et psychologues à des programmes de sensibilisation à la nutrition en milieu scolaire.

## E] Conclusion

L'implication des parents, médecins, diététiciens et éducateurs physiques, constitue une aide importante pour permettre à l'enfant de faire les efforts nécessaires et de les maintenir. Le psychologue ou le pédopsychiatre pourra analyser les facteurs psychologiques et proposer une prise en charge adaptée. Les thérapies cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité, mais la diversité psychologique et psychopathologique des enfants obèses peut justifier d'autres types de thérapies. La cohérence des actions mises en place en commun permettra d'obtenir l'alliance thérapeutique base de l'observance thérapeutique.

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 Schachter S. Some extraordinary facts about obese humans and rats. *Am Psychol* 1971 ; 26 : 129-44 ;
- 2 Field AE, Austin SB, Taylor CB et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 2003 ; 112: 900-6.
- 3 Raynor H , Maier D, Dietz K et al. What is the evidence of a causal relationship between dieting, obesity and eating disorders in youth. *J Am Diet Assoc* 2006 ; 106 : 1359-60.
- 4 Braet C, Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behav. Res Ther* 1997 ; 35 : 863-73.
- 5 Dolto F. *L'image inconsciente du corps*. 1 vol ; 1984, Paris Seuil.
- 6 Chiland C . La réalisation de l'idéal hermaphrodite : « mange mon fils, tu seras gros, tu seras homme et femme ». *Revue française de psychanalyse*, 1975 : 39 : 1065-72.
- 7 Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Haute Autorité de Santé HAS Sept 2011 ; Accessible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).