



J'engloutis, je vis, je suis. De l'hyperphagie à la subjectivation

Nathalie Dumet

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE 2006/1 n° 26** , PAGES 69 À 83
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 2804151212

DOI 10.3917/cpc.026.0069

Date de mise en ligne : 01/03/2006

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2006-1-page-69?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

J'ENGLOUTIS, JE VIS, JE SUIS. DE L'HYPERPHAGIE À LA SUBJECTIVATION

Nathalie Dumet*

L'hyperphagie, dite parfois aussi polyphagie, consiste en une attitude de surconsommation alimentaire non motivée par la faim au plan métabolique. Elle constitue de ce fait un trouble des conduites alimentaires, lequel s'avère bien plus fréquent que les troubles anorexiques, boulimiques et pourtant bien moins connu que ces derniers comme en atteste le peu de publications la concernant. Par le passé G. Apfeldorfer¹ a signalé cet état de fait, sans pour autant qu'apparaisse un intérêt croissant pour ce symptôme et pour ses porteurs. Autant dire que les patients hyperphages, qui sont bien souvent aussi des patients obèses², suscitent peu d'attirance (ou d'appétence !) du côté de la recherche psychologique et clinique. Sans doute les difficultés et les nombreux échecs rencontrés dans la prise en charge thérapeutique de ces patients, sinon leurs résistances à maigrir, et plus largement à changer – psychiquement comme physiquement – ne sont-elles pas non plus étrangères à ce phénomène. C'est ce qui nous conduit aujourd'hui à reprendre l'investigation sur les modalités psychiques et affectives qui se trouvent engagées dans ces conduites hyperphagiques, pathologiques et pathogènes, récalcitrantes qui plus est à une action thérapeutique, et même psychothérapeutique.

* Psychologue clinicienne, Maître de Conférences en psychologie clinique, Université Lyon2, CRPPC, 5 avenue P. Mendès-France, CP 11, 69676 BRON Cedex. nathalie.dumet@univ-lyon2.fr

1 G. Apfeldorfer, 1991, *Je mange donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*, Paris, Payot.

2 Tandis que l'inverse n'est pas réciproque : les études de J.D. Guelfi et M. Koenig (1982) et d'A.F. Allaz et A. Golay (1995) par exemple estiment en effet à 20% seulement le nombre d'obèses hyperphages. .../...

.../...

Cf. également l'étude de N. Dumet (1999) concernant la prévalence des diverses psychopathologies alimentaires dans l'obésité.

3 Encore que selon nous, et suivant en cela des praticiennes comme M. Aisentein (1993) ou M-C. Célérier (1997), le travail psychique et l'attention du clinicien ne peuvent aucunement négliger la prise en compte du corps réel ou de la santé du sujet, et ce auprès de quelque patient que ce soit, même si cette écoute clinique du sujet et de son corps se décline différemment, c'est-à-dire se module selon la singularité de l'individu, celle de son organisation psychique et psychosomatique ainsi que selon le décours du travail psychothérapeutique.

4 S. Freud, (1923) « Le Moi et le ça », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p.219-275.

5 Sans parler des vicissitudes somatiques et somato-psychiques du maintien de ces conduites pathogènes.

6 Cf. N. Dumet, « La différence incarnée. Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familier : l'obésité », *Cahiers de psychologie clinique*, 2002, 18, p. 31-44.

Évidemment, l'objectif d'un travail psychothérapeutique de type psychanalytique avec un patient obèse hyperphage ne concerne nullement le seul registre ou équilibre somatique³ (*a fortiori* l'équilibre pondéral) du sujet ; l'illusion demeure néanmoins – forte et tenace pour le patient, moindre du côté du clinicien – que par l'élucidation des conflits affectifs et des dynamismes psychiques associés à ce trouble alimentaire, celui-ci viendrait donc à disparaître, et l'amaigrissement alors d'apparaître ! Ce serait oublier ici la fameuse « réaction thérapeutique négative » dont parlait S. Freud⁴, ce serait oublier encore la fonction, précieuse, que le symptôme occupe dans l'homéostasie psychique subjective.

Une fonction salvatrice du trouble, hyperphagique ici, en l'occurrence telle ou tellement puissante, que le sujet (certain du moins) ne pourrait se résoudre à perdre cet aménagement comportemental symptomatique⁵ et ce, malgré parfois le lent et fastidieux travail d'élaboration psychique mené par le patient, malgré un réel travail de symbolisation par le langage des souffrances affectives (passées et/ou contemporaines) sous-jacentes à ce trouble (alimentaire voire pondéral).

Est-ce à dire que le travail d'élaboration et de symbolisation par les voies psychique et langagière ne serait pas suffisant ?

Le corps, via l'agir pondéral⁶, via l'agir hyperphagique plus encore, aurait-il ici son mot à dire ? Ou plutôt : qu'est-ce qui, chez le sujet a tellement besoin d'être incarné, de prendre corps et de le rester, de manière récurrente et impérieuse, malgré un travail d'élaboration psychique apparemment subséquent ?

Le cas d'Elisabeth, patiente âgée d'une cinquantaine d'années, obèse et hyperphage de longue date, va nous permettre d'étudier cette question sur le plan théorico-clinique. Il va nous donner plus précisément l'opportunité d'examiner et de discuter l'hypothèse selon laquelle le symptôme, ici sous les traits de l'hyperphagie, forme particulière d'agir alimentaire, a fondamentalement pour rôle et objet de venir favoriser et soutenir la reconstruction subjective. Plus précisément, nous verrons comment un vécu psychosomatique traumatique antérieur (primitif même) non symbolisé, en attente d'une subjectivation et d'une historicisation, perdure sous le trouble

hyperphagique. Or subjectivation et historicisation ne semblent pouvoir se faire que répétitivement par la voie où advint le trauma inaugural lui-même, autrement dit par la voie charnelle. C'est ce vécu traumatique dont le trouble hyperphagique, d'une part, témoignerait activement, constituerait la trace incarnée, la rémanence⁷ et, d'autre part, constituerait une forme de symbolisation (ou symbolisation primaire, selon R. Roussillon⁸).

Avant d'envisager le cas d'Elisabeth, et ces pistes de réflexion théorico-clinique, nous évoquerons rapidement ce que recouvre, dans la réalité clinique, le trouble hyperphagique.

Clinique de l'hyperphagie : une ou plusieurs ?

L'hyperphagie est un trouble consistant en une abondante prise alimentaire, survenant pendant les repas (on parle alors d'hyperphagie prandiale) ou entre ceux-ci (hyperphagie interprandiale). Si de prime abord l'hyperphagie ressemble à la boulimie ou semble constituer une variante de celle-ci, elle s'en distingue réellement dans la mesure où le sujet hyperphage ne mange en général aucunement dans l'urgence et la précipitation qui caractérisent le sujet (ou le raptus) boulimique. De plus, à la différence de celui-ci, l'hyperphage ne recourt en principe pas à des pratiques d'élimination (telles que vomissement après le remplissage alimentaire ou usage de diurétiques et laxatifs), ce qui explique d'ailleurs chez lui prise de poids ou maintien du surpoids.

Cette massive prise alimentaire est souvent induite par une hyperorexie, c'est-à-dire une importante sensation de faim, quelque soit d'ailleurs l'état de réplétion interne du sujet. Autrement dit, hyperorexie et hyperphagie désignent les conduites d'individus qui ont toujours (ou presque toujours) la faim au ventre et en conséquence vont être amenés à ingérer de grandes, parfois de pantagruéliques, quantités de nourriture (au moment et/ou en dehors des repas).

À vrai dire, il existe différentes expressions cliniques d'hyperphagie, répertoriées de longue date. W.W. Hamburger⁹ a en effet distingué quatre formes cliniques majeures de sura-

7 N. Dumet, « Le poids du passé, ou d'hier à aujourd'hui, quand la mémoire prend corps », *Cahiers du CRPPC* (Université Lyon 2), 2005, 16, p.50-69.

8 La symbolisation primaire désigne, pour cet auteur, l'externalisation (transfert hallucinatoire) de la matière psychique sur / dans l'objet externe. Cf. R. Roussillon, *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 1999.

9 W.W. Hamburger, « Emotional aspects of obesity », *Medical Clinics of North America*, 1951, n° 33, p.483-499.

limentation psychopathologique : celle en réponse à des tensions émotionnelles a-spécifiques, celle en réponse à une tension chronique (l'auteur prend l'exemple du sujet qui, face à la frustration, réagit et se fait plaisir en mangeant), celle comme défense contre une dépression latente (j'ajouterais : ou dépression avérée), enfin une autre forme résultant d'une habitude liée à un appétit dévorant compulsif (ici la dimension biologique semble réintroduite). A.F. Creff et A.D. Herschberg¹⁰ ont de leur côté isolé ce qu'ils nomment « l'hyperphagie aberrante », caractérisée par des choix alimentaires sélectifs issus de tradition familiale ou d'usages socio-culturels ; l'exemple de cette forme d'hyperphagie serait celui d'un (ex)travailleur de force (maçon, ouvrier manuel) qui ne peut changer son mode alimentaire même si son activité physique ne nécessite plus les mêmes apports énergétiques. En deçà de l'habitude ou de l'ancienneté de la conduite alimentaire, la force de l'imaginaire individuel comme social joue pour beaucoup dans le maintien de cette conduite.

Au-delà de ces différences, G. Apfeldorfer¹¹ insiste quant à lui sur la perte de contrôle du comportement alimentaire qui caractérise tous les individus hyperphages – outre l'abondance de leur consommation de nourriture ; ce qui tend à rapprocher une fois encore ces patients des sujets boulimiques, tous deux présentant en outre des affects de honte et de culpabilité après leur agir alimentaire respectif.

Psychodynamique de l'hyperphagie

Mais que signifie cette, voire ces perturbations alimentaires ?

Les troubles alimentaires – tous troubles confondus : anorexie, boulimie, compulsions, hyperphagie, syndrome de la fringale nocturne, etc. – ont longtemps été assimilés à des avatars de l'oralité, signes de fixation à cette étape archaïque du développement, alors responsable chez le sujet d'un manque de limites, d'une perméabilité entre moi et non-moi, de difficultés à supporter et gérer la frustration, à différer la satisfaction pour ne citer que quelques éléments. La boulimie, l'hyperphagie ont quant à elle parfois aussi – ne serait-ce que dans les observations freudiennes par exemple – été compri-

10 A.F. Creff, A.D. Herschberg, (1979) *Obésité*, Paris, Masson, 1987.

11 G. Apfeldorfer, *Je mange donc je surpoids. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*, Paris, Payot, 1991.

ses comme régression de la génitalité à l'oralité, autrement dit comme résultante d'un déplacement sur la sphère oro-digestive d'une conflictualité libidinale en rapport avec la sexualité génitale, avant que la déferlante des troubles narcissiques contemporains n'amènent davantage à concevoir aujourd'hui ces troubles au carrefour des problématiques narcissiques et du vaste champ des addictions¹². Addictions à un produit (l'aliment) ici non toxique¹³, mais n'en révélant pas moins chez les patients une problématique sous-jacente de dépendance psychique à l'objet, soit encore une problématique de séparation ou de perte d'objet impossible à réaliser¹⁴. L'absence d'introjection, l'impossible deuil de l'objet serait donc ce qui entraînerait et expliquerait le recours du sujet à des pratiques incorporatives, pratiques alimentaires en excès comme la boulimie, l'hyperphagie, ou même en négatif comme l'anorexie mentale. Ces troubles¹⁵ s'observeraient principalement chez des personnalités marquées par des carences narcissiques, des souffrances identitaires et des difficultés d'élaboration psychique. Ce dernier point renvoie alors à une autre dimension fréquemment soulignée à propos de ces troubles, à savoir leur fonction de décharge et d'évacuation de la souffrance psychique dans le registre comportemental voire corporel. L'agir alimentaire serait ainsi pour le sujet une solution inconsciente pour faire taire sinon occulter vécus, angoisses et conflits – névrotiques a minima, mais plus sûrement narcissiques et archaïques (tout en les exprimant au demeurant par la voie symptomatique). La fonction défensive et régressive de tels comportements ou « actes-symptômes »¹⁶ se trouve ainsi largement soulignée dans cette optique.

Se pourrait-il néanmoins que le symptôme alimentaire, hyperphagique plus précisément ici, vienne colmater des brèches dans le sentiment d'identité, dans le sentiment d'existence subjective, au point pour le sujet de ne pouvoir y renoncer sans perdre sa conscience d'être, sa consistance moïque ? Quand H. Bruch¹⁷ écrivait déjà en 1973 qu'en tout obèse sommeille un schizophrène, elle voulait signaler combien de prégnantes angoisses d'annihilation ou de désintégration de l'être sous-tendent l'hypercorporéisation¹⁸ de l'obèse. Alors aujourd'hui, et pour poursuivre dans la continuité d'une telle assertion, ne peut-on concevoir que l'hyperphagie soit

12 J-L. Venisse (sous dir. de), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson, 1990.

13 En soi, mais pouvant le devenir en quelque sorte à la longue, de par les effets pathogènes des aberrations alimentaires sur l'organisme ; pensons ici au diabète par exemple, ou aux complications métaboliques, cardiovasculaires de certains troubles alimentaires et des pratiques associées comme le vomissement.

14 Comme l'ont décrit nombre d'auteurs, tels que par exemple P. Fédida, *Corps du vide et espace de séance*, Paris, Editions universitaires, 1977 ; P. Jeammet, « Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie », in B. Brusset, C. Couvreur (sous la dir. de), *La boulimie*, Paris, PUF, 1991, p.81-104 ; J. Mc Dougall, « L'économie psychique de l'addiction », in *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Paris, PUF, 2001, p.11-36 ; etc.

15 Troubles particulièrement caractéristiques des pathologies contemporaines marquées par l'agir, ainsi que le rappelle M. Bertrand (2005) par exemple.

quant à elle, et pour certains patients, au service de la subjectivation ? Examinons comment la clinique, via le cas d'Elisabeth, peut venir soutenir cette hypothèse.

Elisabeth ou : manger/ne pas manger = être ou ne pas être

Elisabeth est une femme mariée, directrice d'une grosse entreprise qu'elle a elle-même fondée. Elle présente des conduites boulimiques et surtout hyperphagiques, survenant principalement le soir quand elle est de retour chez elle ; la journée, elle parvient à manger de manière modérée, mais le soir, elle « lâche prise » selon ses termes et c'est l'anarchie alimentaire la plus totale. Ses conduites alimentaires aberrantes ont, au fil des ans, entraîné une obésité, laquelle est d'ailleurs le motif manifeste de sa démarche de consultation psychologique (!) car, dit-elle, cette obésité s'est récemment compliquée d'un diabète. Celui-ci l'inquiète énormément ; elle mesure, répète-t-elle à plusieurs reprises, son caractère destructeur, mais sans pouvoir toutefois renoncer à ses habitudes alimentaires, sans pouvoir se raisonner. Ne pas pouvoir se raisonner est un comble pour cette femme qui se présente justement sous le jour (pour ne pas dire sous le joug...) de l'intellectualisation et de la rationalisation à outrance, de la maîtrise et du contrôle impérieux – tout comme, impérieux, le sont de leur côté ce qu'Elisabeth appelle ses « maudits appétits ».

Descendante d'une noble famille, les enfants sont, selon la tradition, envoyés en pension religieuse pour y recevoir une éducation des plus conformes à celle requise par leur rang. Elisabeth a pour sa part connu à cette occasion les plus durs moments de son existence. Toutefois, ce pan de son histoire, notamment ses jeunes années au pensionnat, Elisabeth mettra des mois avant de pouvoir le raconter, ne pouvant le faire que par bribes seulement au début, et toujours submergée par une intense émotion, entraînant alors chez elle en séance des sensations très physiques d'oppression, d'étouffement – au point que j'ai parfois fantasmé devoir appeler de l'aide (un bon saint secourable... cf. infra) à l'occasion de quelques uns de ces accès asthmatiques bien réels.

16 J. Mc Dougall,
Théâtres du Je, Paris,
Gallimard, 1982.

17 H. Bruch, (1973)
Les yeux et le ventre,
Paris, Payot, 1975.

18 N. Dumet,
*Hypercorporéisation
et subjectivation*, Thèse
de Doctorat de
Psychologie, Université
Lyon 2, 1994.

Cette mise en pension a été renforcée – justifiée, dit quant à elle Elisabeth – par le fait que sa mère travaillait, voyageait beaucoup et ne pouvait donc pas s'occuper elle-même de sa fille, âgée alors de cinq ans, pas plus que les grands parents (maternels) d'ailleurs chez lesquels mère et enfants vivaient depuis le départ de leur père.

Bien que le pensionnat soit à seulement quelques kilomètres de la demeure familiale, et bien qu'il arrivât qu'Elisabeth soit en promenade sous les fenêtres familiales, c'est seulement quelque cinq à six fois par an qu'elle rentrait chez elle, pour les vacances ; elle ne recevait pas de visites entre temps ; il y avait bien parfois les colis envoyés par sa mère, mais la nourriture, les douceurs alimentaires qu'ils contenaient était systématiquement enlevées, de même qu'étaient confisqués les jouets ou peluches, pour le motif, la raison lui avait-on dit, qu'elle était une grande fille qui n'avait plus le loisir de s'adonner à de tels enfantillages. Cette entrée au pensionnat coïncide aussi, il faut le dire, avec la naissance quelque mois plus tôt d'un petit frère gardé, lui, à la maison. Mais Elisabeth ne peut éprouver une quelconque agressivité tant vis-à-vis de ce puîné que des figures familiales, la rage infantile reste retournée contre elle, faisant ainsi le lit de l'hyperphagie, de l'obésité et du diabète¹⁹.

De ses années de pensionnat, reste chez Elisabeth, comme le travail psychologique le mettra progressivement en évidence, un vécu fortement marqué de privations :

- privation de la présence maternelle²⁰, tout d'abord, et privation de son prolongement/substitut dans les douceurs alimentaires confisquées par les religieuses ;
- privations alimentaires très concrètes aussi, car comme il lui arrivait de vomir le soir à l'occasion de crises d'asthmes (apparues au pensionnat), Elisabeth avait, dit-elle, été privée de manger le soir.
- Ces crises d'asthmes lui ont aussi valu d'être mise à l'isolement, mise à l'écart car elle réveillait, dérangeait ses camarades du dortoir ; reléguée seule dans une pièce au grenier, Elisabeth se souvient avoir grelotté – et pleuré – des nuits entières autant à cause du froid hivernal que de solitude, d'abandon et du manque de chaleur affective.

19 En référence aux travaux de C. Dejours selon lequel l'agir expressif de la colère dans la rencontre intersubjective contribue assurément au maintien de l'économie psychosomatique individuelle.

Cf. C. Dejours, *Le corps, d'abord*, Paris, Payot, 2001, p.40.

20 Sans oublier non plus celle des grands-parents et plus encore celle du père...

Dans ce contexte privatif, quand son désarroi était à la limite du supportable, cela se produisait souvent la nuit tombée, Elisabeth courait se réfugier dans la chapelle et, là, se livrait à des déambulations motrices tout en récitant des prières. Elisabeth dira même qu'elle « convoquait les saints » pour l'aider dans ces moments là... Elisabeth a très nettement le souvenir d'une ivresse ainsi ressentie et recherchée ; il s'agissait en somme pour elle par ces ressentis physiques qui allaient parfois jusqu'à l'épuisement, de ne plus ressentir ceux liés au froid, à la faim, au manque affectif et, plus encore, de ne pas être absorbée par la douleur envahissante, le vide, la détresse qui étaient les siens. Cette solution déambulatoire trouvée-crée par Elisabeth, bien connue des anorexiques comme B. Brusset²¹ l'a d'ailleurs mis en évidence, ressemble également aux procédés autocalmants décrits par C. Smadja²² ; procédés dont la fonction d'apaisement réside justement dans la recherche de stimulations incessantes. Cette solution déambulatoire, à laquelle Elisabeth s'adonne alors, semble bien constituer une solution de vie, voire une « technique de survie »²³. Faute d'un environnement pare-excitant, faute de moyens psychiques suffisants à cette date, et pour survivre plus encore dans cet environnement pour le moins austère, carencé et carencant, c'est dans son corps et par cette quête d'excitations motrices qu'Elisabeth cherche à s'apaiser, mais plus encore cherche à se sentir, à exister – à se sentir exister – tant les vécus mortifères sont à cette date prégnants, envahissants. Etre ou ne pas être en somme... C'est donc une nécessité vitale (aux plans psychique et somatique) qui conduit Elisabeth enfant à s'agiter, déambuler. Autant dire ici que le recours au corps, la perception de celui-ci sont pour Elisabeth sa manière de conjurer des angoisses de vide, d'inexistence voire même de perte d'identité.

Ces marches solitaires et nocturnes d'Elisabeth enfant trouvent sans aucun doute un prolongement dans les déplacements incessants qu'elle effectue aujourd'hui, déplacements motivés pour des raisons (!) professionnelles, mais dont elle revient exténuée, au point même parfois de devoir s'arrêter en cours de route et se sustenter. Elle dévore alors tout ce qui lui tombe sous la main, sans réfléchir, « instinctivement », dit-elle. Je lui dirai qu'en pareils moments, aujourd'hui comme hier au pensionnat, elle a besoin de se restaurer, de se

21 B. Brusset,
*Psychopathologie de
l'anorexie mentale*, Paris,
Dunod, 1998.

22 C. Smadja,
« A propos des
procédés autocalmants
du Moi », *Revue
française de
psychosomatique*, 1993,
4, p.9-26.

23 J. Mc Dougall,
« Entretien avec Alain
Fine », in B. Brusset,
C. Couvreur (sous la dir.
de), *La boulimie*, Paris,
PUF, 1991, p.143-151.

revitaliser. Elisabeth va réagir émotionnellement très vivement à ce dernier mot ; il vient en effet de qualifier son vécu psychosomatique (d'hier et d'aujourd'hui) jusqu'alors indescriptible pour elle, indicible aussi, et en attente donc de métabolisation. Elisabeth ajoute alors qu'après ses raptus hyperphagiques, même si elle se rend compte d'avoir trop mangé au point d'en avoir des ballonnements, de ressentir des signes d'indigestion, elle est apaisée, sereine (on pense ici à l'image du bébé replet et repus du lait maternel...), elle se sent. Autrement dit c'est comme si soudain elle avait pris corps, pris consistance, à ses propres yeux, « comme si elle s'éveillait à la vie », dit-elle²⁴. On peut sans doute déplorer que la vitalité soit ici rabattue sur le seul plan autoconservatoire, mais au fond qu'importe s'il permet à Elisabeth d'être et d'avoir le sentiment d'exister... ?

Le travail est pour elle un espace qu'elle investit énormément et dans lequel elle « donne sans compter », la tendance boulimique-hyperphagique d'Elisabeth, comme nombre de ces patients, loin de se circonscrire à l'objet alimentaire, s'exprime et s'étend également à d'autres sphères et objets ; chez elle, il en est ainsi de l'objet-travail. A vrai dire, Elisabeth s'épuise dans son activité professionnelle ; si au départ elle n'a pas conscience de répéter ce faisant certains vécus et expériences infantiles, Elisabeth a néanmoins une certaine conscience de la fonction « thérapeutique » de cette activité pour elle, car elle n'a pas envie de modifier quelque chose tant c'est vital là encore pour elle... On observe bel et bien ici ce que S. Freud disait de l'activité musculaire, prototype de toute action, à savoir que l'hyperactivité, trouvée dans l'épuisement professionnel, permet à Elisabeth une décharge et une liaison des pulsions de mort (en sadisme et masochisme). Quand cesse le travail et qu'Elisabeth se trouve sur le chemin du retour, retrouve son domicile la nuit tombante, elle commence à sentir les affres de la faim, du vide bien sûr aussi, celui-là même contre lequel elle n'a eu de cesse dès l'enfance, de lutter, par ses déambulations motrices, afin de ne pas se laisser envahir, absorber, en un mot dépérir.

Une première interprétation du cas d'Elisabeth et de cette tendance boulimique caractéristique de l'ensemble de son fonctionnement psychosomatique soulignerait sans doute chez elle la prévalence de conduites de décharge dans le soma

24 Est-ce à dire que l'environnement actuel est toujours porteur ou paré d'influences mortifères pour elle comme a pu l'être jadis l'environnement infantile ? Se trouvent assurément réactivées ici les traces d'un passé affamant, pesant et douloureux, dont l'hyperphagie constitue la rémanence de cette histoire passée et loin d'être digérée.

d'excitations par trop destructrices, faute d'un appareil psychique suffisamment étoffé ou efficient compte tenu de l'impact éprouvant (traumatique pour dire vite) de la réalité – infantile comme actuelle. A cette interprétation s'ajouterait celle de l'impossibilité pour Elisabeth de se représenter l'absence, d'élaborer le vide, la perte, son vécu infantile dépressif sinon agonistique ; d'où le recours défensif à des conduites de remplissage destinées à occulter l'angoisse et le vide. Le plein, l'excès comme défenses contre le vide, le manque, la perte. On retrouve ici l'une des thèses bien connues d'explication des désordres alimentaires. Faute de nourriture affective (fonction remplie par son travail), Elisabeth serait en manque ; les affres de la faim ressentis ne seraient que les affres liés à la séparation affective d'avec l'autre, venant répéter la séparation inaugurale d'avec l'objet maternel.

Or, est-ce nécessaire de le rappeler, Elisabeth enfant a bel et bien expérimenté, enduré, souffert de réelles privations, à commencer par celles de l'objet alimentaire ou vital.

Aussi convient-il d'ajouter et de préciser quelques points afin de cerner au mieux, au plus juste, les enjeux psychiques vitaux de ses conduites hyperphagiques (en tous genres).

Jadis dans l'impuissance face à la séparation d'avec l'objet et face à ses manques autant physiques qu'affectifs, Elisabeth tient aujourd'hui en ses propres mains le pouvoir d'éviter la reviviscence et reproduction de certains de ses vécus ; elle a les moyens de lutter activement contre ces affres de la faim endurées passivement autrefois ; aujourd'hui elle peut s'octroyer les denrées et douceurs alimentaires dont elle été privée, elle a prise sur ces objets, elle les tient, les détient en bouche même.

Parmi les moyens auxquels Elisabeth a donc électivement recours, il y a le corps – l'agir moteur (via l'hyperactivité), l'acte corporel (via l'hyperphagie) – qui n'est autre que celui qui lui a permis de survivre autrefois psychologiquement, qui lui a permis de lutter contre des angoisses de désintégration.

C'est une séance consacrée à la sphère professionnelle qui permet à Elisabeth d'avoir accès dans l'espace thérapeutique, à certaines portes de son espace interne jusqu'alors verrouillées. Elisabeth dit qu'il ne saurait être question pour elle dans son travail de s'arrêter, « d'en faire moins, de limiter ses

efforts, non, il lui faut coûte que coûte en faire toujours et toujours plus » (on retrouve ici trace de la pulsion orale insatiable). Il lui « faut faire tout ce qui est en son pouvoir pour ne pas décevoir sa clientèle mais plus encore la satisfaire, c'est son devoir » ; tout comme enfant, me risqué-je à dire, elle s'était fait un devoir, une raison d'obtempérer aux consignes et directives maternelles (quitter le foyer familial et partir en pension), satisfaire ces exigences maternelles donc, auxquelles ont d'ailleurs fait suite les exigences éducatives sévères de la Mère religieuse.

C'est non sans hésitation que j'utilise dans la séance le terme de directive maternelle. Elisabeth réagit aussitôt : directive, non, le mot n'est même pas assez fort pour décrire ses vécus : ce qu'elle a connu en pension, dit-elle, « est de l'ordre de la contrainte, de la contrainte physique ». C'est la première fois qu'Elisabeth parle ainsi, en son nom propre, et avec une telle force, de ce qu'elle a antérieurement vécu.

A son écoute, je pense intérieurement à l'étymologie ancienne du terme addiction, qui signifie, comme le rappelle J. Bergeret, « contrainte par corps, donner son corps en gage »²⁵ ; me vient alors l'image d'une fillette amaigrie, asthmatique, affamée, apeurée, terrée dans le grenier du pensionnat. Telle est la représentation que j'ai d'Elisabeth-enfant. Puis mes pensées me mènent au régime alimentaire. Celui qu'Elisabeth ne parvient nullement à suivre, et qui constitue bel et bien une telle contrainte physique ou contrainte au corps. On comprend dès lors combien les restrictions alimentaires ne peuvent qu'équivaloir pour Elisabeth à la résurgence du régime totalitaire de son enfance (régime en l'occurrence marqué par la séparation et l'éloignement physique d'avec l'objet maternel, les privations en tous genres, sans parler aussi de punitions corporelles) – régime auquel elle n'a pu autrefois échapper, régime qu'elle a enduré, auquel il lui a fallu survivre, psychologiquement autant que physiquement. Aujourd'hui, sa raison affective, qu'elle ne contrôle pas comme elle le souhaiterait, sa raison intérieure lui ordonne donc contre toute rationalité de résister, tel un bastion, à tout nouveau régime, à toute nouvelle contrainte et privation. Dans ce contexte, on comprend également au passage combien les risques somatiques liés au diabète semblent bien peu de choses pour Elisabeth face à ce terrible vécu infantile qui perdure

25 J. Bergeret et al.,
Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane,
Paris, Dunod, 1981.

chez elle, encapsulé dans son psychosoma et ravivé par l'idée du régime amaigrissant.

Il est sans doute légitime de penser que ces premières années vécues au pensionnat n'ont nullement été symbolisées par Elisabeth ; elle a vécu ces intenses expériences de privation mais sans pouvoir leur donner jusqu'alors un tel statut dans sa topique psychique ; ces expériences sont en somme restées clivées de son Moi. Elisabeth a été marquée dans sa chair et c'est par la chair justement (son hyperactivité motrice ainsi que ses compulsions alimentaires, son obésité) que ces traces traumatiques font retour, en appel ou en attente d'un traitement subjectif, d'une historicisation, d'une inscription psychique. C'est pourquoi, et en regard de l'hypothèse addictive préalablement rapportée, considérer les agirs tant moteurs qu'alimentaires d'Elisabeth comme effets ou témoignages de l'échec d'un travail d'intériorisation, de l'impossible élaboration psychique de l'absence de l'objet, du vide et du manque – les pratiques incorporatives venant en lieu et place d'introjections réussies – reviendrait à faire l'impasse sur ce qui, chez elle, n'a pu donner lieu à inscription psychique, n'a pu être subjectivé en son temps. J. McDougall dit certes de la boulimie qu'elle constitue une forme d'addiction dans laquelle le recours à un objet transitoire s'impose au sujet faute d'un travail suffisant d'intériorisation de l'objet primaire, mais elle précise aussi qu'il s'agit par là de réparer à la fois une carence et une douleur psychiques avec quelque chose de corporel ou de substantiel. Force est de constater dans le cas d'Elisabeth qu'il y a réellement eu des carences et des manques à un moment donné de son enfance. Sans doute ces expériences de déprivation ont-elles été à ce point éprouvantes pour Elisabeth parce qu'elles sont aussi venues actualiser des vécus primaires eux aussi déjà fortement carencés : en effet, dans la famille d'Elisabeth, pas de place pour la démonstration affective ; la répression, l'étouffement de l'affect sont bel et bien ce qui semble avoir dominé dans ce système familial. Par ailleurs, une imago de mère lointaine, éloignée, peu disponible à elle enfant habite la psyché d'Elisabeth. Toutefois il est également un autre souvenir d'Elisabeth contrastant avec le précédent, celui de liens et d'échanges possibles avec les membres de sa famille (mère, frère, grands-parents, ...) survenant... à table justement. Dans ces moments, rares ou insuffisamment

nombreux du point de vue d'Elisabeth²⁶, jours de fête en somme, la nourriture était toujours en abondance, les assiettes remplies par deux fois au moins pour chaque convive. Le lien à l'autre apparaît ici médié, incarné par la nourriture ; l'attention maternelle s'objective dans l'abondance de la chair. La nourriture, la chair est ce qui relie Elisabeth à la mère. Ce qui permet alors de mieux comprendre pourquoi Elisabeth ne peut renoncer à cet objet alimentaire ou plutôt à son investissement en excès. Cette substance, en excès précisément ici, est pour elle éminemment synonyme (sinon symbole) de lien, d'affection, de présence, de (re)trouvailles avec l'objet. S'il est question chez Elisabeth d'un impossible détachement d'avec l'objet primaire et d'avec son substitut (ou équivalent symbolique) incarné qu'est la nourriture, c'est parce que pour se passer de l'objet, comme l'a si bien décrit D.W. Winnicott, encore faut-il l'avoir trouvé, l'avoir suffisamment expérimenté, manié ; ce qui en l'occurrence ne semble pas avoir été suffisamment le cas dans l'histoire d'Elisabeth. Aussi l'agir alimentaire constitue-t-il pour elle une modalité de trouver et de se nourrir, enfin, de l'objet maternel dont elle a manqué, faute que cette mère soit si parcimonieuse (voire incohérente...) dans ses démonstrations affectives. Par l'agir alimentaire Elisabeth se restaure, c'est-à-dire se (re)constitue, se (re)vitalise tant la réalité (du pensionnat notamment) la dévitalisée, tant la réalité maternelle ne semble pas l'avoir assez vitalisée. Ses divers agirs et appétences témoignent ainsi chez elle d'une lutte féroce pour l'existence, la vie, et la survie psychique également. J'engloutis, je vis, je suis, semble alors dire Elisabeth dans ce qu'elle-même a nommé ses « maudits (ou mots dits...) appétits »...

Peut-être un jour, proche ou lointain, Elisabeth parviendra-t-elle à ne plus avoir besoin de ce corps-à-corps et à supporter l'absence de l'objet... Ceci est sans doute un autre pan de l'histoire, et du travail psychique, d'Elisabeth...

- ALLAZ A.F., GOLAY A., 1991, « Traitement de l'obésité : quelques facteurs psychologiques », *Médecine et Hygiène*, n° 49, p. 1166-1568.
- AISENSTEIN M., 1993, « D'un certain regard sur la question psychosoma », *Revue Française de Psychosomatique*, 1993, n° 3, p. 79-92.
- APFELDORFER G., 1991, *Je mange donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*, Paris, Payot.

26 C'est ici que l'on peut de nouveau percevoir l'envie ou l'avidité orale et insatiable de la patiente...

Bibliographie

- BERGERET J. *et al.*, *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 1981
- BERTRAND M., 2005, *Trois défis pour la psychanalyse*, Paris, Dunod.
- BRUCH H., 1973, *Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique et moi dedans*, Paris, Payot, 1975.
- BRUSSET B., 1998, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod.
- CELERIER M-C., 1997, *Psychothérapie des troubles somatiques*, Paris, Dunod.
- CREFF A.F., HERSCHBERG A.D., 1979, *Obésité*, Paris, Masson, 1987.
- DOUGALL J. Mc, 1982, *Théâtres du Je*, Paris, Payot.
- DOUGALL J. Mc, 1991, « Entretien avec Alain Fine », dans B. Brusset, C. Couvreur (sous la dir. de), *La boulimie*, Paris, PUF, p. 143-151.
- DOUGALL J. Mc, 2001, « L'économie psychique de l'addiction », dans J. Mc DOUGALL, V. MARINOV *et al.*, *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Paris, PUF, p. 11-36.
- DUMET N., *Hypercorporéisation et subjectivation*, Thèse de Doctorat de Psychologie, Université Lyon 2, 1994.
- DUMET N., 1999, « Obésité et comportement alimentaire : réalités et fantasmes », *Perspectives Psychiatriques*, n° 38, vol. 4, p. 300-307
- DUMET N., 2002, « La différence incarnée. Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familial : l'obésité », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 18, p. 31-44
- DUMET N., 2005, « Le poids du passé, ou d'hier à aujourd'hui, quand la mémoire prend corps », *Cahiers du CRPPC* (Université Lyon 2), n° 16, p. 50-69
- FREUD S., 1923, « Le Moi et le ça », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 219-275
- FEDIDA P., 1977, *Corps du vide et espace de séance*, Paris, Editions Universitaires
- GUELFY J.D., KOENIG M., 1982, « Les régimes alimentaires restrictifs et leurs complications », *La pratique médicale*, 1982, 48, p. 21-24
- GREEN A., 1983, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit
- HAMBURGER W.W., 1951, « Emotional aspects of obesity », *Médical Clinics of North America*, n° 33, p. 483-499
- JEAMMET P., 1991, « Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie », in B. BRUSSET, C. COUVREUR (sous la dir. de), *La boulimie*, Paris, PUF, p. 81-104
- ROUSSILLON R., 1999, *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF
- SMADJA C., 1993, « A propos des procédés autocalmants du Moi », *Revue Française de Psychosomatique*, n° 4, p. 9-26
- VENISSE J-L., (sous dir. de), 1990, *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson

Résumé Cet article évoque un type de symptôme bien actuel, l'hyperphagie, qui, bien que fréquent dans la pratique clinique contemporaine, se trouve peu étudié dans la littérature. A partir du cas d'une patiente (Elisabeth), l'auteur s'attache à montrer, outre la fonction salvatrice de ce symptôme, son rôle dans la reconstruction subjective. Il apparaît ainsi dans le cas présent que l'hyperphagie constitue la trace incarnée et la modalité de symbolisation d'un vécu traumatique passé.

Mots-clés Agir, hyperphagie, subjectivation, symbolization, trouble alimentaire.

Summary This article deals with of binge eating disorder, which is a frequent trouble in present psychological practice without many researches about it. From a case of a patient (Elisabeth), the autor showes the positive value of this trouble and its function in the subjective reconstruction. In the present case, binge eating disorder appears constitute the incarnated trace of a traumatic past experience and its symbolization.

Keywords Acting, binge eating disorder, subjectivation, symbolization.
