

La psychopathologie à la lumière des histoires de vie : Etude de la fonction narrative d'adolescents obèses et dépressifs

Aurore Jadin¹, Jean-Marie Gauthier², Aurore Boulard³

^{1 2 3} Université de Liège - Aurore.Boulard@ulg.ac.be

Abstract

Obesity in adolescence is a complex chronic illness with heavy consequences in short, medium and long terms, both in terms of physical health and mental health, disturbing the body and identity of these youngs (High Authority of Health, 2011; Nietsen and Bruwier, 2007). The literature mentions depression as a pathology associated with obesity. Some researchers consider obesity as a cause of depressive symptoms while others researchers see depression like a risk factor for excessive weight gain (Blaine, 2008). Depression in adolescence has been the subject of epidemiological studies for some years. In adolescents, the prevalence rates vary from 5 to 7 % for major depressive episode (MDE) with a prevalence of 2 girls for one boy (Alvin and Marcelli, 2005). The specific symptoms of depressed mood are present in 30-40 % of schooled adolescents (Boulard et al., 2012). During adolescence, the individual acquires the ability to link the various elements of one's life and build a coherent life story. The adolescent will write one's story in a personal context. According to Habermas et al. (2008), both the form and the content of life stories show how the individual integrates the lived experiences in a coherent whole. Based on the statistical analysis of textual data, we compared the life stories of 28 obese adolescents, depressed schooled adolescents, depressed hospitalized adolescents and control ones. The first results show specific structures and particular contents depending on these groups. The use of pronouns, temporal markers and the reported events differ by groups. Beyond clinical results, this research also highlights the interest of statistical analysis of textual data (ADT) to improve the understanding of adolescent's psychopathology.

Keywords: text statistics, psychopathology, adolescents, obesity, depression

Résumé

L'obésité adolescente est particulièrement complexe et lourde de conséquences à court, moyen et long termes, tant au niveau de la santé physique que de la santé mentale, touchant l'adolescent dans son corps et son identité (Haute Autorité de Santé, 2011 ; Nietsen et Bruwier, 2007). La littérature scientifique mentionne souvent la dépression comme pathologie associée à l'obésité. Tandis que certains parlent de l'obésité comme d'une cause des symptômes dépressifs, d'autres, au contraire, voient en la dépression un facteur de risque de prise de poids excessive (Blaine, 2008). La dépression à l'adolescence fait depuis quelques années l'objet d'études épidémiologiques. Chez les adolescents, les taux de prévalence varient de 5 à 7 % pour l'épisode dépressif majeur (EDM) avec une prévalence de 2 filles pour un garçon (Alvin et Marcelli, 2005). Les symptômes spécifiques de l'humeur dépressive sont quant à eux présents chez 30 à 40 % des adolescents scolarisés (Boulard et al., 2012). C'est à l'adolescence que l'individu acquiert la capacité de pouvoir mettre en lien les différents éléments de sa vie et ainsi construire un récit de vie cohérent. Il va inscrire son récit dans un contexte qui lui est personnel. Selon Habermas et al. (2008), à la fois la forme et le contenu des histoires de vie montrent comment l'individu intègre les expériences qu'il vit en un tout cohérent. Grâce à l'analyse de données textuelles, nous avons comparé les récits de vie de 28 adolescents obèses, dépressifs scolarisés, dépressifs hospitalisés et contrôles. Les premiers résultats mettent en évidence une structure et un contenu particuliers à ces groupes. L'utilisation des pronoms, des marqueurs temporels et les événements rapportés diffèrent en fonction du groupe d'appartenance. Au-delà des résultats cliniques, cette recherche met également en évidence l'intérêt des méthodes d'analyse de données textuelles (ADT) afin d'affiner la compréhension que nous avons de la psychopathologie de l'adolescent.

Mots-clés : analyse de données textuelles, psychopathologie, adolescents, obésité, dépression

1. Introduction

Au niveau mondial, les taux d'obésité sont en hausse constante. Plus de quarante-trois millions, c'est le nombre d'enfants souffrant de surpoids ou d'obésité actuellement (Organisation Mondiale de la Santé, 2010). Désormais, l'obésité constitue un enjeu majeur de santé publique. Cette affection chronique complexe et multifactorielle est vue comme l'une des principales épidémies non infectieuses de ces deux derniers siècles, encore bien mal comprise (Sanguignol, 2008). Il est reconnu que l'obésité prédispose à de nombreux problèmes de santé, dont l'hypertension, le mauvais cholestérol, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires (l'asthme), les maladies musculo-squelettiques (arthrite) et certaines formes de cancer. Le risque de mortalité augmente aussi fortement une fois le seuil du surpoids franchi (OCDE, 2010). Le surpoids et l'obésité sont associés de manière générale à une altération de la qualité de vie dans les domaines physique, psychologique et social (Haute Autorité de Santé, 2011). L'adolescent obèse est souvent confronté à la stigmatisation (Tibère et al., 2007). Selon Boudailliez et al. (2004), l'isolement relationnel vécu par l'adolescent obèse est souvent bien plus profond qu'il n'y paraît, laissant un sentiment de solitude même en présence des parents et des pairs. Parmi les différents troubles associés à l'obésité, Dong et al. (2004) mettent en évidence un lien significatif entre l'obésité et la dépression, d'autant plus que les problèmes physiques associés (hypertension, etc.) sont similaires. La dépression à l'adolescence fait depuis quelques années l'objet d'études épidémiologiques et attire l'intérêt des chercheurs en psychologie développementale. Chez les adolescents, la prévalence varie de 5 à 7 % pour l'épisode dépressif majeur (Alvin et Marcelli, 2005). Les conséquences de ces épisodes dépressifs sont nombreuses et graves : troubles du caractère, échecs scolaires, conduites suicidaires, ... De plus, la psychopathologie peut devenir récurrente et chronique (Evans et al., 2005), modifiant la manière avec laquelle ces adolescents perçoivent le monde et s'y définissent. Boulard (2012) révèle l'intérêt de revenir aux histoires de vie des adolescents atteints d'une psychopathologie afin de mettre en évidence des spécificités narratives intimement liées à l'identité.

Dans cette recherche, nous nous inscrivons dans la continuité des travaux initiés par Boulard, Gauthier et Poudat (2010 ; 2012) concernant le développement de la fonction narrative chez l'enfant. Riches de résultats novateurs dans le domaine de la psychologie développementale, grâce aux méthodes d'analyse de données textuelles (ADT), ces travaux nous amènent désormais à envisager l'étude du récit de vie à l'adolescence. En effet, ces auteurs ont montré que le récit se construit progressivement chez l'enfant pour finalement devenir autobiographique à l'adolescence. Dès lors, étudier les récits de vie développés à l'adolescence peut nous permettre de poursuivre l'étude de l'évolution de la fonction narrative avec l'avancée en âge mais, surtout, d'accéder à la forme la plus complète et intégrée de représentation de soi de l'individu (McAdams, 1985). Notre étude essentiellement exploratoire mobilisera l'utilisation des techniques ADT (spécificités, AFC, ...) afin de mettre en évidence les particularités des récits de vie de 4 groupes d'adolescents : des adolescents souffrant d'obésité, des adolescents dépressifs (scolarisés et hospitalisés) et un groupe contrôle constitué d'adolescents tout-venant. L'originalité de cette recherche réside principalement dans le fait d'étudier l'effet de l'obésité et de la dépression sur la fonction autobiographique des adolescents.

2. Méthodologie

2.1. Procédure

Lors de cette recherche, nous avons enregistré le discours autobiographique spontané de 28 adolescents âgés de 12 ans à 17 ans répartis en 4 groupes selon leur psychopathologie. Le

premier groupe est constitué d'adolescents obèses consultants dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge du surpoids. Le deuxième groupe est constitué d'adolescents dépressifs scolarisés, obtenant un score de dépression sévère à l'échelle de dépression CES-D. Le troisième groupe est constitué d'adolescents hospitalisés pour dépression majeure, diagnostic posé par un médecin pédopsychiatre. Le dernier groupe, composé d'adolescents tout-venant normalement scolarisés, est notre groupe contrôle.

Les adolescents des différents groupes ont été appariés en fonction de l'âge et du sexe (table 1). Le score de dépression, calculé grâce à l'échelle CES-D, a été vérifié pour chaque adolescent. Les adolescents des 2 groupes dépressifs obtiennent tous un score positif (supérieur à 24) à l'échelle CES-D. Les adolescents obèses et contrôles sont en majorité non-dépressifs (score inférieur à 24 à l'échelle CES-D). Après la passation d'un questionnaire incluant l'échelle de dépression, chaque adolescent est amené à élaborer son récit de vie à partir de 3 questions ouvertes, larges, offrant un espace de narration libre. Ces trois questions, issues du protocole de recherche de Boulard (2012), sont les suivantes : I « *Qu'est-ce qui fait que tu es devenu(e) ce que tu es aujourd'hui ?* », II « *Y-a-t-il des événements positifs et négatifs qui ont changé ta manière de voir la vie ou ton rapport aux autres ?* » et III « *Si je devais mieux te connaître, qu'est-ce que je devrais savoir sur toi ?* ». Ces trois questions étaient posées l'une après l'autre, dans le même ordre pour chaque adolescent. Afin de ne pas influencer leur production narrative, aucune relance supplémentaire n'est apportée, laissant l'adolescent construire son récit comme bon lui semble. Au cours de l'entretien individuel, le récit de l'adolescent est enregistré et retranscrit ensuite par le chercheur. La durée de l'enregistrement a été standardisée et fixée à 10 minutes.

2.2. Corpus

Le corpus total est composé d'un ensemble de 28 transcriptions de discours autobiographiques d'adolescents, 16 garçons et 12 filles, âgés en moyenne de 13,9 ans. Tous les adolescents maîtrisent la langue française (langue maternelle ou langue française apprise dès la petite enfance).

Adolescents	N	Rapport ♂ / ♀	Âge moyen	Score positif CES-D
Obèses	7	4 / 3	13,7 ans	1 / 7
Dépressifs scolarisés	7	4 / 3	13,7 ans	7 / 7
Dépressifs hospitalisés	7	4 / 3	14,7 ans	7 / 7
Contrôles	7	4 / 3	13,6 ans	0 / 7

Table 1. Répartition des 28 sujets en fonction de la psychopathologie, de l'âge, du sexe et du score de dépression

2.3. Traitement des discours via méthodes statistiques

Les enregistrements des 28 récits de vie d'adolescents ont été retranscrits et encodés afin de procéder aux différentes analyses textuelles statistiques. Pour mener nos analyses, nous avons employé les logiciels Lexico3 (version 3.6), créé par l'équipe universitaire SYLED-CLA²T, et Hyperbase (version 9.0), développé par Etienne Brunet. Lexico3 a été employé pour une première observation des principales caractéristiques lexicométriques du corpus et pour l'étude des spécificités discursives via l'utilisation des boîtes de formes. Grâce à ce même logiciel, nous avons réalisé une analyse factorielle des correspondances (AFC) sur le vocabulaire afin de dégager les proximités relatives de nos 4 échantillons, le corpus entier ayant été préalablement partitionné en fonction de la pathologie. Le logiciel Hyperbase nous a permis de dresser une liste des spécificités des lemmes en fonction de nos 4 groupes. Préalablement au traitement des données, le corpus a été étiqueté avec le logiciel Cordial.

3. Résultats

3.1. Premiers résultats

Notre corpus est composé de 15 895 occurrences. Les principales caractéristiques lexicométriques obtenues grâce à Lexico3 sont reprises dans la table 2. Nous observons tout d'abord qu'en un même laps de temps (10 minutes), les adolescents dépressifs scolarisés sont ceux qui parlent le plus (6 366 occurrences) par rapport aux 3 autres groupes. Notons que le groupe contrôle est celui où le nombre d'occurrences est le moins élevé. La forme la plus utilisée chez nos 4 groupes est le je-sujet qui prend en charge le discours autobiographique.

	Nombre d'occurrences	Nombre de formes	Nombre d'hapax	Fréquence maximale	Formes
Obèses	3847	711	360	236	Je
Dépressifs scolarisés	6366	1011	538	443	Je
Dépressifs hospitalisés	3008	604	314	264	Je
Contrôles	2674	561	306	191	Je

Table 2. Bilan lexical du corpus en fonction de la psychopathologie

3.2. Exploration statistique sur le corpus : AFC

Nous avons ensuite réalisé une AFC sur l'ensemble des parties du corpus au moyen du logiciel Lexico3. Le corpus a été partitionné en fonction de la psychopathologie ($N = 4$). Le nombre d'unités textuelles prises en compte est de 359. Vu la taille de notre corpus, nous avons choisi pour notre analyse de prendre en compte les unités dont la fréquence est supérieure à 5. Comme le montre la figure 1, tandis que notre groupe contrôle se situe à proximité du croisement des deux axes, nos trois autres groupes expérimentaux se polarisent nettement sur le graphe, indiquant qu'ils emploient respectivement un vocabulaire propre et spécifique. L'axe vertical oppose nettement les récits d'adolescents obèses aux récits d'adolescents dépressifs (scolarisés ou hospitalisés). L'axe horizontal oppose, quant à lui, les adolescents dépressifs hospitalisés aux adolescents obèses et dépressifs scolarisés.

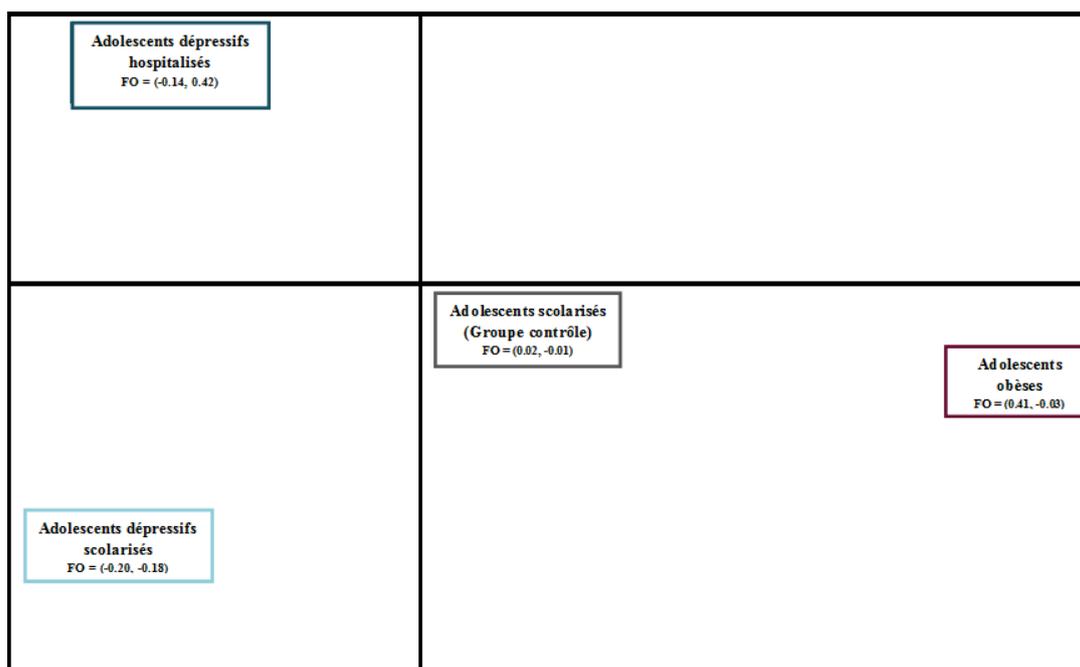


Figure 1. Analyse factorielle des correspondances sur le vocabulaire via Lexico3.

3.3. Calculs des spécificités et boîtes de formes

Nous avons ensuite calculé les spécificités des lemmes (sur les données étiquetées avec Cordial) avec Hyperbase. La table 3 reprend les spécificités principales de nos 4 groupes. Nous pouvons observer que les adolescents abordent des thématiques spécifiques en fonction de leur groupe d'appartenance. Les adolescents obèses se définissent principalement à travers des personnages familiaux spécifiques (papa, frère, beau-père) qui accompagnent l'adolescent dans son parcours. Il se décrit en étant un « on », à la fois pronom indéfini et pronom pluriel dans la langue orale (moi + l'autre), contrairement aux adolescents dépressifs hospitalisés qui emploient de manière spécifique le « je » (écart-type = 3.9). Les adolescents contrôles se décrivent en mobilisant des personnages en groupe (les amis, les parents, les copains). Ils s'intègrent dans ces groupes familial et scolaire (nous = 4.2) alors que les adolescents dépressifs et obèses mettent en avant la sphère familiale en utilisant des personnages seuls et n'investissent pas la sphère amicale.

Adolescents obèses		Adolescents contrôles	
	σ		σ
on	6.1	ami (substantif)	6.4
elle	4.6	nous	4.2
enfant	3.9	plutôt	3.3
vivre	3.8	surtout	3.0
jouer	3.7	prof	2.8
influencer	3.3	ami (adjectif)	2.8
beau-père	3.3	parent	2.7
frère	3.1	aider	2.6
papa	2.9	classe	2.6
manger	2.9	école	2.4
sinon	2.7	rencontrer	2.4
discret	2.5	proche	2.4
foot	2.3	élève	2.4
énervé	2.1	aimer	2.1
		copain	2.1
Adolescents dépressifs scolarisés		Adolescents dépressifs hospitalisés	
	σ		σ
donc (conjonction)	6.9	je	3.9
père	4.3	mal (adverbe)	2.9
internat	4.0	gens	2.8
étudier	3.2	arrêter	2.8
voilà	3.1	ne	2.5
mourir	2.6	pourquoi	2.4
maturité	2.6	école	2.3
dur	2.6	perdre	2.3
changer	2.6	supporter	2.2
vous	2.4	papa	2.1
paresseux	2.3	pas	2.0
ennemi	2.3	difficile	2.0
battre	2.3	fort (adverbe)	2.0
envie	2.2		

Table 3. Spécificités des lemmes en fonction des groupes calculées avec Hyperbase

Afin de préciser les thèmes abordés, nous avons choisi d'utiliser l'option « boîtes de formes » de Lexico3. Cette option a l'avantage de laisser au chercheur la liberté de choisir les formes à inclure dans un groupe-thématique à partir du dictionnaire du corpus.

Nous avons donc créé, dans Lexico3, 6 boîtes de formes correspondant aux thématiques récurrentes mises en évidence par Boulard (2012), dans le discours des adolescents. Respectivement, le groupe de formes *Amitiés* comprend les mots : ami, amie, amis, amies, copain, copine, copains, copines. Le groupe de formes *Ecole cognitive* prend en charge les mots : étudie, étudier, étude, études, résultat, résultats, apprend, apprendre, appris, devoirs. Pour ce qui est de la boîte de formes *Hobbies*, on trouve les mots : activités, badminton, basket, boxe, chant, cinéma, concert, concerts, danse, danseuse, dessin, dessins, équitation, foot, football, handball, hobbies, hockey, kicker, mandalas, match, matchs, passion, passions, peinture, piscine, playstation, poker, romans, solfège, sortie, sorties, sport, sports, télévision, tennis, théâtre, vidéo, volley. Dans la boîte de formes *Pathologie* sont répertoriés les mots : infirmière, malade, maladie, hôpital, hospitalisé, médecin, médecine, dépressif, déprime, triste, tristes, stress, stressé, stresse, stressée, stresser, suicider. Le groupe de formes *Parents* se compose des mots : mère, mères, père, maman, papa, parent et parents. Enfin, le groupe de formes *Famille* reprend les mêmes mots que notre dernier groupe de formes *Parents* mais y ajoute les formes suivantes, apparaissant dans le corpus entier : famille, marraine, cousin, papy, sœur, sœurs, frère et frères.

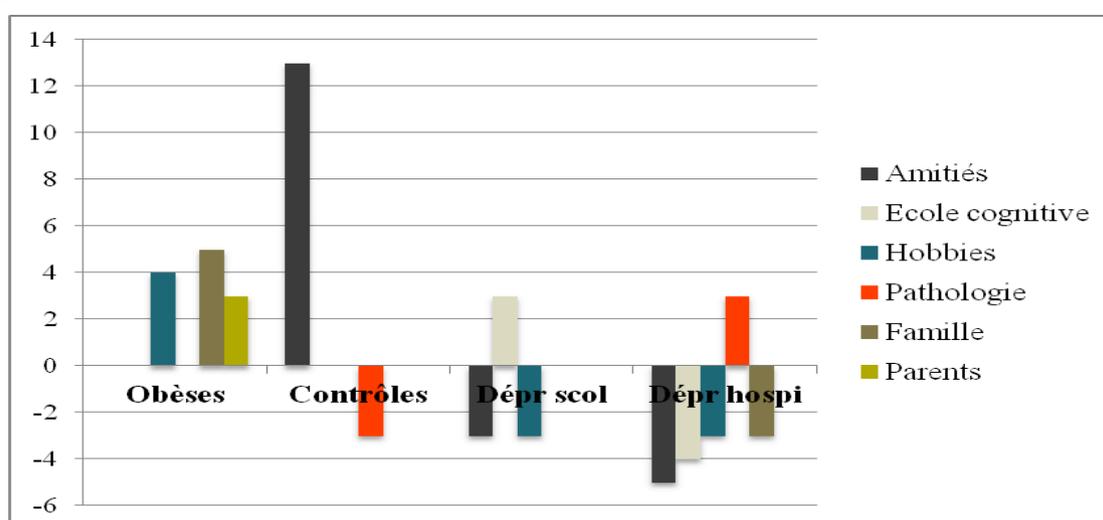


Figure 2. Spécificités des boîtes de formes en fonction de la psychopathologie

La figure 2 indique les spécificités des boîtes de formes en fonction de la psychopathologie. Le thème familial est spécifique aux adolescents obèses, comparativement aux 3 autres groupes (spécificité positive de +5). Autant la famille élargie, la famille nucléaire que la relation au couple parental sont développées par ce groupe d'appartenance. Au niveau des relations sociales, le groupe contrôle emploie significativement plus de mots qui font référence aux amitiés (spécificité positive de +13) alors que les adolescents dépressifs scolarisés et hospitalisés obtiennent des spécificités négatives dans ce domaine. Concernant la thématique scolaire, nous observons que les adolescents dépressifs scolarisés investissent l'école dite cognitive (spécificité positive de +3). Leurs récits sont tournés vers la scolarité et la réussite scolaire alors que chez les adolescents dépressifs hospitalisés, il semble que cette même scolarité n'ait pas sa place (spécificité négative de -4). Les 2 autres groupes (adolescents obèses et adolescents contrôles) parlent de l'école, tant dans sa valeur d'espace de rencontre que dans celle d'espace de travail, mais pas de manière significative. Pour ce qui est des hobbies, les adolescents obèses font référence à leurs activités extrascolaires (spécificité positive de +4), point commun avec les adolescents contrôles, alors que les adolescents dépressifs hospitalisés sous-emploient les termes se rapportant aux hobbies. En effet, les adolescents dépressifs hospitalisés ancrent essentiellement leur discours dans une narration de leur hospitalisation, se définissant quasi uniquement par leur pathologie

(spécificité positive de +3 pour la boîte de formes *Pathologie*). Enfin, pour les adolescents obèses, la pathologie n'occupe pas une place préférentielle dans leur discours. Ils ne se définissent pas par leur maladie mais investissent, par contre, le rapport à la nourriture (voir table 3 : emploi du verbe manger = 2.9).

4. Discussion

Notre recherche exploratoire avait pour objectif d'étudier des récits de vie d'adolescents souffrant de différentes psychopathologies. La question de recherche posée mobilise l'identité individuelle et sociale. Les événements rapportés par nos sujets évoquent aussi bien leurs caractéristiques personnelles que leur place dans leur univers de référence (la famille, les amis, la scolarité, les hobbies). Nos résultats indiquent qu'à la fois la forme du récit, observée grâce aux principales caractéristiques lexicométriques, et le contenu (observé grâce aux spécificités et l'AFC) varient en fonction du groupe d'appartenance.

En analysant les caractéristiques lexicométriques de nos 4 groupes, nous observons que c'est dans le groupe contrôle que les adolescents se répètent le moins (rapport du nombre d'occurrences/nombre de formes). Ils ont un vocabulaire plus varié que les 3 autres groupes. Le groupe d'adolescents dépressifs scolarisés est celui qui prononce le plus d'occurrences sur les 10 minutes de récit de vie mais la moyenne de répétition est la plus élevée. On peut donc dire qu'ils parlent plus de la même chose. Ce résultat va dans le sens des recherches de Boulard (2012) qui met en évidence une redondance du discours des adolescents dépressifs focalisés sur les mêmes thèmes de vie (famille, école) par rapport au groupe contrôle qui explore davantage tous les thèmes de la vie des adolescents (parents, amis, école, hobbies). Le vocabulaire utilisé est donc plus diversifié.

L'analyse factorielle des correspondances (AFC) montre que chaque groupe d'appartenance possède des récits de vie propres et spécifiques qui ne se confondent pas même si certaines similarités peuvent exister. Autour de l'axe vertical, les adolescents obèses se démarquent significativement des adolescents dépressifs scolarisés et hospitalisés, ceux-ci présentant des spécificités communes de contenu. L'opposition des adolescents dépressifs hospitalisés par rapport aux adolescents obèses et dépressifs scolarisés autour de l'axe horizontal de l'AFC indique encore que ces deux derniers groupes partagent certaines caractéristiques lexicales. L'analyse des spécificités nous permet d'une certaine manière de préciser et compléter l'AFC. Nous observons que les adolescents obèses utilisent de manière spécifique le « on », pronom pluriel régulièrement utilisé dans le langage oral. Cependant, lorsqu'on retourne au texte, nous nous apercevons que le « on » n'est pas un pronom pluriel mais est préférentiellement utilisé de manière non définie. « *L'amour qu'on reçoit ou pas, ça influence* ». « *Avec les fréquentations, on change beaucoup* ». « *Si on a des parents moins aimants, on sera soi-même différent* ». L'adolescent obèse parle de lui de manière générale sans utiliser le pronom « je » qui prend habituellement en charge le discours autobiographique. A l'inverse, les adolescents dépressifs hospitalisés utilisent spécifiquement le pronom « je » pour raconter leur vie. Ce qui diffère des adolescents dépressifs hospitalisés où l'utilisation du pronom « je » réside avant tout dans la description de leurs états émotionnels passés ou présents. « *Je suis souvent stressée* ». « *Je me sens mal* ». « *Je n'arrive plus à supporter ça et je me rends malade* ». Ces résultats concordent avec ceux de (Bucci et Freedman, 1981) qui montrent que les patients dépressifs utilisent plus souvent le pronom « je » que leur groupe contrôle.

Les adolescents obèses emploient significativement le verbe manger dans la description qu'ils donnent d'eux-mêmes et font référence à des souvenirs de repas en famille, à de la nourriture appréciée. « *Je ne suis pas difficile pour manger* ». « *Ma maman, elle est contente que quelqu'un aime bien manger de tout* ». « *J'adore manger. Je mange tout le temps* ». Ce verbe est par contre totalement absent du discours des adolescents contrôles et uniquement utilisé

dans le groupe d'adolescents dépressifs scolarisés dans un emploi du temps. « *Je rentre puis ordinateur, guitare, manger et parler beaucoup à mes amis* ». « *Mes amis viennent pour parler un peu ou manger un bout* ». Les adolescents contrôlés, quant à eux, axent leur discours autour de personnages en groupe : les amis, le pronom « nous », les parents. « *J'adore être avec mes amis* ». « *L'école, c'est surtout pour les amis* ». « *J'ai rencontré mes amis à l'école et aussi dans les mouvements de jeunesse* ». « *Ce qui fait ? Il y a la famille, les amis, l'école* ». Le pronom « nous » est majoritairement utilisé comme complément direct et fait référence aux groupes de pairs à l'école et aux relations que ce groupe entretient avec les professeurs. « *Les profs ne sont pas souvent là pendant le temps de midi et on nous laisse seuls* ». « *Certains profs sont là pour nous faire réussir* ». « *Ils veulent bien nous faire des cours supplémentaires pour nous aider* ». L'adolescent contrôlé à l'école est un adolescent faisant partie d'un groupe.

Ensuite, nous avons souhaité investiguer des thèmes spécifiques, en lien avec le développement de l'adolescent. La période de l'adolescence est caractérisée par un remaniement des relations familiales (Claes, 1986), un développement des amitiés intimes (Wentzel, 2009 ; Erber et Erber, 2001 ; Shulman et al., 1997) et une vie de groupe plus intense (Aslung et al., 2009). Nous avons donc exploré ces différentes thématiques grâce aux boîtes de formes de Lexico3 en fonction de la psychopathologie afin d'observer d'éventuelles spécificités selon nos différents groupes. En ce qui concerne la thématique familiale, nous observons que ce sont les adolescents obèses qui utilisent le plus fréquemment des formes/mots en relation avec leurs familles nucléaire, élargie et leurs parents (spécificité positive). Leur récit de soi est avant un récit familial, où l'adolescent obèse va surtout décrire son environnement familial et les liens qu'il entretient avec celui-ci et ne développe pas d'autres thématiques liées par exemple à la scolarité ou aux amis. « *Je vis avec ma maman et mes frères* ». « *Si on a un papa et une maman aimants, c'est plus facile* ». « *Je voyais mon papa toutes les semaines* ». « *Je me suis beaucoup rapprochée de mon frère parce qu'avant on ne se voyait jamais* ». Ces résultats concordent avec différentes recherches qui mettent en évidence que les adolescents obèses ont tendance à rester plus attachés à leur famille. En effet, les liens de dépendance entre l'adolescent obèse et ses parents sont renforcés (Marcelli et Braconnier, 2011 ; Alvin et al., 2003). La quête d'autonomie de l'adolescent obèse est souvent compliquée par le fait que le support nécessaire à l'extérieur de la famille est difficile à trouver (Tibère et al., 2007). La thématique des amitiés est par contre très spécifique aux adolescents contrôlés. Elles occupent une place de choix dans leur récit de vie et ont une influence importante sur l'identité de l'adolescent. Les mots ami et amie au singulier sont prépondérants par rapport aux autres groupes et associés à l'adjectif « meilleur(e) ». « *Ma meilleure amie, je la connais depuis la quatrième* » « *J'ai changé d'école et ma meilleure amie aussi* ». Les amis sont décrits comme stables et ils les connaissent depuis plusieurs années. A l'inverse, les 4 contextes du mot « ami ou amie » chez les adolescents obèses montrent que ces amis sont plus âgés ou présents depuis très peu de temps dans la vie de ces adolescents. « *Ma meilleure amie, cela ne fait que quelques mois que je la connais* ». « *Ma meilleure amie, elle est plus âgée que moi* ». De même chez les adolescents dépressifs hospitalisés, le meilleur ami peut être source de problème relationnel. « *Mon meilleur ami, c'est à cause de lui que je suis ici (à l'hôpital)* ». « *Cela vient de mon meilleur ami que je sois mal* ». Selon Claes (1988), la fréquentation des amis constitue un élément majeur de la vie sociale à l'adolescence. Tandis que les adolescents dépressifs scolarisés se focalisent sur ce que Boulard (2012) appelle l'école cognitive (il s'agit de la sphère scolaire qui concerne les cours, la réussite des examens, le choix des options plutôt que le côté social de l'école), les adolescents dépressifs hospitalisés se définissent avant tout par leur pathologie, leur mal-être. « *Je suis tout le temps stressé* ». « *C'est pour cela que j'ai été hospitalisé* ». « *J'ai toujours envie de me tuer* ». « *Je suis souvent stressée et parfois je me sens mal* ». « *Il y a des semaines*

où je suis triste sans vraiment savoir pourquoi ». Cette focalisation sur les affects dépressifs des adolescents hospitalisés a été observée par (Clarke et al., 2006) qui montrent que les adolescents dépressifs se décrivent comme dépressifs, tristes ou avec un mauvais moral.

Cette première recherche comparative nous a permis de mettre en évidence que les récits de vie des adolescents rencontrés varient en fonction de la pathologie. Ces résultats préliminaires ouvrent la voie à une recherche plus approfondie sur les structures lexicales et morphologiques du corpus. Nous avons postulé que nos groupes étaient distincts en regard du diagnostic posé, cependant un corpus plus large nous permettra de traiter chaque récit comme un texte. Nous pourrions donc évaluer précisément les distances et proximités entre ces récits et ainsi affiner notre compréhension des similarités ou différences entre nos différents groupes (*via* Hyperbase) ainsi qu'analyser les segments répétés déjà mis en évidence dans nos analyses exploratoires (résultats non présentés) (*via* Lexico3).

Si le corpus mérite d'être étoffé, ces premières analyses montrent toute la richesse de l'apport des méthodes ADT à la recherche en psychopathologie clinique.

Références

- Alvin P., De Tournemire R., Anjot M.N. et Vuillemin, L. (2003). Maladie chronique à l'adolescence : dix questions pertinentes [Electronic version]. *Archives de Pédiatrie*, 10, 360-366.
- Alvin P., Marcelli D., Archambeaud M.P., Bader-Meunier B., Baruchel A. et coll. (2005). *Médecine de l'adolescent*. Paris : Masson.
- Aslund C., Leppert J., Starrin B. et Nilsson K.W. (2009). Subjective social status and shaming experiences in relation to adolescent depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(1), 55-60.
- Blaine B. (2008). Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1190-1197.
- Boudailliez B., Fremaux M.P., Jeanne F., Escoffier I. et Bony, H. (2004). Obésité au temps de l'adolescence : Repères pour une prise en charge [Electronic version]. *Archives de Pédiatrie*, 11, 1274-1276.
- Boulard A. (2012). *De l'humeur dépressive à la dépression chez l'adolescent : Statistiques et narrativité*. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Boulard A. et Gauthier J. M. (2010). Le complément sujet: Etude de l'utilisation des pronoms moi et je dans le discours d'enfants âgés de 2 ans et demi à 10 ans. In *Statistical Analysis of Textual Data: Proceedings of 10th International Conference Journées d'Analyse statistique des Données Textuelles 9-11 June 2010-Sapienza University of Rome*. Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- Boulard A. et Gauthier J. M. (2012). Quand l'enfant dit " je". *Enfance*, 64(2), 233-346.
- Boulard A., Poudat C. et Gauthier J. M. (2012). Des mots pour se dire: Développement de la fonction narrative chez l'enfant. In *Proceedings of the 11th International Conference on Textual Data Statistical Analysis*.
- Boulard A., Quertemont E., Gauthier, J. M. et Born, M. (2012). Social context in school: Its relation to adolescents' depressive mood. *Journal of adolescence*, 35(1), 143-152.
- Bucci W. et Freedman N. (1981). The language of depression. *Bulletin of the Menninger Clinic* 45, 4, 334-358.
- Claes M. (1986). *L'expérience adolescente*. (2 ed). Bruxelles : Mardaga.
- Claes M. (1988). Le rôle des amitiés sur le développement et la santé mentale des adolescents. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 112-118.

- Clarke D. M., Cook K. E., Coleman K. J. et Smith G. C. (2006). A qualitative examination of the experience of 'depression' in hospitalized medically ill patients. *Psychopathology*, 39(6), 303-312.
- Dong C., Sanchez L.E. et Price R.A. (2004). Relationship of obesity to depression: A family based study. *International Journal of Obesity*, 28, 790-795.
- Erber, R. et Erber, M.W. (2001). *Intimate relationships: Issues, theories, and research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Evans E., Hawton K., Rodham K. et Deeks J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250.
- Habermas T., Ott L.M., Schubert M., Schneider B. et Pate A. (2008). Stuck in the past: negative bias, explanatory style, temporal order, and evaluative perspectives in life narratives of clinically depressed individuals. *Depression and Anxiety*, 25(11), 121-132.
- Haute Autorité de Santé (Septembre 2011). *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent : Actualisation des recommandations 2003*. Retrieved from http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003.
- Marcelli D. et Braconnier A. (2011). *Adolescence et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- McAdams D.P. (1985). *Power, intimacy and the life story: Personological inquiries into identity*. New York: Guilford Press.
- Nielsen L. et Bruwier G. (2007). *Recommandations de bonne pratique : L'obésité chez l'enfant*. Retrieved from <http://www.reppop69.org/doc/File/Obesite%20de%20l%20enfant%20bonnes%20pratiques%20Belgique.pdf>.
- Organisation de Coopération et de Développement Economiques (2010). *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*. Retrieved from <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/46044602.pdf>.
- Organisation Mondiale de la Santé (2010). *Obésité et surpoids*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>.
- Poudat C., Gauthier J. M. et Boulard A. (2012). Cooccurrences des personnes dans le discours de l'enfant: une approche statistique de la construction de l'identité. *Corpus*, 11.
- Sanguignol F. (2008). L'obésité : Une maladie chronique multifactorielle. *Kinésithérapie, la Revue*, 76, 13-16.
- Shulman S., Laursen B., Kalman Z. et Karpovsky S. (1997). Adolescent intimacy: Revisited. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 597-617.
- Tibère L., Poulain J.P., Pacheco Da Costa Proenca R. et Jeannot S. (2007). Adolescents obèses face à la stigmatisation [Electronic version]. *Obésité*, 2, 173-181.
- Wentzel K.R. (2009). Peers and academic functioning at school. In R. Kenneth, H. Bukowski, M. William & L. Brett (Eds), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups. Social, emotional, and personality development in context*. New York, NY, US: Guilford Press.