



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street  
Ottawa, Ontario  
K1A 0N4

Bibliothèque nationale  
du Canada

Direction des acquisitions et  
des services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0N4

*Notice - Notice*

*Notice - Notice*

## NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

## AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

**Canada**

Voyage à travers le corps blessé: «CORPS ET IMAGE»  
Étude explorative d'ateliers de thérapie par l'art  
offerts à des femmes ayant des troubles  
de comportement alimentaire

Anna Altamura

Mémoire présenté  
au  
Département de thérapie par l'art

Comme exigence partielle en vue de l'obtention  
du grade de Maîtrise ès arts (M.A.)  
Université Concordia  
Montréal, Québec, Canada

Juin 1993

© Anna Altamura, 1993



National Library  
of Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services Branch

Direction des acquisitions et  
des services bibliographiques

395 Wellington Street  
Ottawa, Ontario  
K1A 0N4

395, rue Wellington  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0N4

*Your file* *Votre référence*

*Our file* *Notre référence*

**The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.**

**L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.**

**The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.**

**L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.**

ISBN 0-315-87312-4

**Canada**

## Sommaire

Voyage à travers le corps blessé: «CORPS ET IMAGE»  
Étude explorative d'ateliers de thérapie par l'art  
offerts à des femmes ayant des troubles  
de comportement alimentaire

Anna Altamura

Cette recherche tient à explorer l'apport positif de l'expression artistique dont peuvent bénéficier les personnes ayant des troubles de comportement alimentaire. La thérapie par l'art contribue à la compréhension du processus de dévalorisation et de blessures envers le corps propre et favorise l'acceptation et la satisfaction de soi.

C'est sur des dessins d'autoportraits produits par trois groupes de 8 à 10 femmes, souffrant de troubles de comportement alimentaire que s'appuie principalement cette étude. L'exploration d'autoportraits produits pendant des ateliers de groupe ont aidé à souligner les similitudes retrouvées dans les dessins du corps et conséquemment, dans le vécu des femmes partageant la même problématique.

La thérapie par l'art leur a permis de rendre visible et tangible les représentations internes ouvrant ainsi une nouvelle perspective à la découverte de leur soi. Les résultats de cette étude appuient les théories selon lesquelles cette perturbation remonte à la prime enfance et se développe dans une atmosphère familiale où règnent la

rigidité, la froideur, la colère, le mépris et le manque d'amour. La valorisation et l'estime de soi ne peuvent s'établir dans un pareil climat. C'est alors que le pouvoir de combler toutes les carences physiques et psychiques est attribué à la nourriture.

## Remerciements

J'aimerais exprimer ma vive gratitude à tous ceux et celles qui, par leurs commentaires et suggestions, ont contribué à l'élaboration de ce travail. Mes remerciements à ma directrice de thèse, Docteur Marika Finlay, ainsi qu'à Rachel Garber et au Docteur Pierre Grégoire, membres du comité de thèse.

Merci à Lynne Roy sans qui les ateliers d'art thérapie n'auraient jamais eu lieu ainsi qu'aux participantes des ateliers qui m'ont autorisée à utiliser leurs dessins pour appuyer mes thèses.

Merci à Pauline Lavertu pour son impeccable soutien et son professionnalisme au niveau du traitement de texte, à Diane Guay pour ses précieux conseils, à Guy Trépanier ainsi qu'à Stella Altamura pour la lecture d'épreuve.

Je remercie également Mario A. Des Biens dont la compréhension et le support tout au long de ce travail m'ont permis de le mener à terme.

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b>	1
<b>Chapitre I- Contexte théorique</b>	11
Définition, phénoménologie symptomatique et causalité	12
Le symbolisme	17
Sensations internes et signaux externes	19
Assuétude et psychosomatique	20
Le sevrage	23
La faim	24
Aspects familiaux et socioculturels	26
Influences sociales et culturelles	26
Relations familiales	31
Relations mère-nourrisson	32
Identité et symptomatologie dépressive	35
Soi et non-soi	35
Dépression et trouble du comportement alimentaire	39
Narcissisme, blessure narcissique et faux-soi	45
<b>Chapitre II - Corps et images</b>	54
L'utilisation de l'image artistique dans la perception de soi	55
Pourquoi l'autoportrait?	61
Dichotomie entre la tête et le corps	64
Contours du corps	66
Dedans-dehors et limites du corps	69
Absence de jambes ou de pieds	70
Image du corps et schéma corporel	71



<b>Conclusion</b>	169
<b>Formulaire de consentement</b>	176
<b>Bibliographie</b>	177

## Liste des illustrations

### Autoportraits

Illustration 1.....	44
Illustration 2.....	47
Illustration 3.....	47
Illustration 4.....	63
Illustration 5.....	65
Illustration 6.....	65
Illustration 7.....	65
Illustration 8.....	68
Illustration 9.....	68
Illustration 10.....	72
Illustration 11.....	72
Illustration 12.....	85

### Autoportraits de «A»

Illustration 13 - image de soi #1.....	110
Illustration 14 - idéal de soi #2.....	115
Illustration 15 - image de soi #3.....	119
Illustration 16 - image de soi #4.....	122
Illustration 17 - idéal de soi #5.....	124

### Autoportraits de «B»

* Illustration 18 - image de soi #1.....	130
Illustration 19 - idéal de soi #2.....	134
Illustration 20 - image de soi #3.....	137
Illustration 21 - image de soi #4.....	140
Illustration 22 - idéal de soi #5.....	142
Illustration 23 - verso du #5.....	146

Autoportraits de «C»

Illustration 24 - image de soi #1. . . . .	149
Illustration 25 - idéal de soi #2. . . . .	153
Illustration 26 - image de soi #3. . . . .	157
Illustration 27 - image de soi #4. . . . .	161
Illustration 28 - idéal de soi #5. . . . .	165

\*Portrait non retenu pour l'analyse.

## **Introduction**

L'essence de ce mémoire s'appuie sur la conviction que la thérapie par l'art peut constituer un apport significatif dans l'amélioration de l'image de soi des femmes ayant un trouble de compulsion alimentaire. Ce trouble se trouve relié à des conflits et des fantasmes extrêmement divers qui ne seront pas énumérés ici. L'intérêt sera plutôt concentré sur les conflits liés aux problèmes actuels de la femme tels que son identité dans notre société et sur les conflits plus profonds et archaïques, tels que les conflits infantiles qui sont moins accessibles à la conscience. La prise en considération de plusieurs perspectives est toutefois nécessaire pour aborder ce problème de la compulsion alimentaire. Entre autres, le fonctionnement familial, la relation mère-fille et l'environnement social seront examinés. Comme l'explique Bruch, une pionnière dans cette problématique: «Il serait tout aussi dangereux de nier la réalité des problèmes psychologiques que de sous-estimer l'aspect traumatisant de la pression sociale» (1978, p. 32-33).

Un sérieux dilemme d'identité et une estime de soi pauvre se cachent souvent sous une relation problématique avec la nourriture (Bruch, 1978; Orbach, 1984; Chernin, 1985; Aimez & Ravar, 1988). Cette faible estime de soi peut engendrer la dépression ainsi que des idéations suicidaires. Puisque plusieurs recherches reconnaissent que la dépression est présente dans toute névrose alimentaire, cet aspect du problème, ainsi que la perte de l'estime de soi qui s'y rattache, seront donc ici traités.

Cette étude explorative contribuera, à travers la thérapie par l'art, à la compréhension du processus par lequel une femme ayant un trouble de comportement alimentaire en arrive à dévaloriser, à détester et à blesser son corps.

Lacan (1966) a déclaré que, pour dire «je» et devenir sujet de ses actes, il faut se reconnaître dans l'image du miroir. Avant de pouvoir se déterminer socialement, l'enfant doit se reconnaître dans sa totalité et reconnaître ses gestes dans la réflexion inversée du miroir. Il peut alors jubiler devant son image spéculaire. L'identité se base sur l'identification du corps éprouvé ressentie à l'image spéculaire perçue et reconnue comme identique à soi. Or, pour pouvoir viser agressivement son corps ou une partie de son corps, il faut être partiellement ou complètement désinvesti et rejeté par une perte d'identification d'avec soi-même (1966). Le comportement boulimique se reconnaît par les mauvais traitements vis-à-vis du corps propre; on y retrouve sans cesse une haine et une dépréciation du corps.

Aimez et Ravar (1988), ont ajouté: «C'est tout ce cortège de négation, d'agressivité retournée sur soi, de dénigrement du corps qui fait le sérieux de la boulimie et permet (avec la honte et la culpabilité) de la reconnaître» (p. 40).

Par des représentations graphiques, il est possible d'observer les malaises que ce corps contient. L'expérience artistique peut jouer un rôle favorable au niveau de l'évolution de la représentation et de

l'expression émotive. Tel que précisé par Naumburg (1966) et Kramer (1971), la thérapie par l'art permet de modifier les perceptions qu'une personne a d'elle-même. En permettant l'expression des fantasmes et du matériel inconscient et réprimé, l'art aide à la découverte de soi.

Pour effectuer cette étude, des ateliers de thérapie par l'art furent mis sur pied par deux étudiantes en art-thérapie dans trois emplacements pour une durée de douze semaines consécutives. Ces ateliers s'adressaient à des femmes ayant un trouble de comportement alimentaire. La clientèle se constituait majoritairement de femmes se déclarant boulimiques et/ou souffrant d'obésité; les anorexiques furent peu nombreuses et ne parvinrent pas à poursuivre au-delà de quelques rencontres.

Vu le très grand nombre de productions visuelles recueillies lors des ateliers, c'est avec difficulté que furent choisies les oeuvres incluses dans ce mémoire. Les analyses se concentrent sur les dessins d'autoportraits de trois participantes puisque les autoportraits procurent une preuve précise et concrète de la vision que la personne a d'elle-même. Wadeson (1980) a déclaré que l'artiste crée une illusion, une «réalité» à part, une vision personnelle, qui, par sa transformation en objet d'art, peut être partagée avec d'autres. Le pouvoir de l'art découlerait de la nature contraignante de cette communication.

Des caractéristiques semblables, probablement reliées aux troubles de comportement alimentaire, sont remarquées dans les représentations du corps. Entre autres, une difficulté évidente à délimiter le corps et une dichotomie entre la tête et le corps sont constatées. Ces attributs furent aussi notés par Aimez et Ravar (1988). Les autoportraits reflètent des troubles au niveau de l'image de soi et, parfois également, des troubles d'identité sexuelle.

Par ailleurs, Bruch a relevé plusieurs points communs dans le comportement des personnes qui ont un sérieux problème avec la nourriture ou se croient dépossédées de tout contrôle sur leurs comportements, leurs besoins primordiaux et leurs pulsions.

... ils ont l'impression de ne pas «habiter» leur corps, comme si leur centre de gravité se trouvait situé à l'extérieur d'eux-mêmes; ils se sentent donc entièrement livrés aux caprices d'influence et de forces extérieures. Ces forces, ces influences sont celles des «autres», qui déterminent leur moindre geste et dont procède même leur réalité corporelle. (Bruch 1978, p. 73)

D'autres théoriciens aussi relatent la puissante influence de forces extérieures sur la mangeuse compulsive. Fenichel (1953) considérait que les apports extérieurs ont une grande importance pour ces personnes, le sentiment de la valeur de soi en dépend. La satisfaction de leurs besoins narcissiques est essentielle pour éviter la perte de l'estime de soi. Les situations qui déclenchent la dépression entraînent une perte de l'estime de soi ou une perte

d'apports venant de l'extérieur. Certaines personnes deviennent dépressives et même suicidaires quand elles ne parviennent pas à se sortir de ce cycle auto-destructeur et à faire face à leur sentiment de perte de contrôle. Les traits dépressifs présents chez ces personnes sont parfois une concentration affaiblie, de l'irritabilité, de la mélancolie et des idéations suicidaires.

La présente recherche auprès de femmes boulimiques indique qu'un nombre considérable d'entre elles, seize sur vingt-cinq (64%), avaient eu des idéations suicidaires ou avaient fait une ou plusieurs tentatives de suicide. La dépendance et le dégoût de soi ayant succédé à l'euphorie de la crise, désespérées, elles voudraient éclater, disparaître... mourir. Ces sentiments peuvent déclencher le passage à l'acte suicidaire; la mangeuse compulsive, tout comme l'alcoolique, se résignerait à la mort comme le prix à payer pour sa passion orale. Les personnes qui s'expriment ainsi avec leur corps trouvent dans la tentative de suicide le moyen d'extérioriser l'ambivalence de leur désir et de leur agressivité.

Puisque les participantes souffrent principalement d'un désordre alimentaire et que la dépression et les idées ou tentatives de suicide manifestées sont des conflits psychiques sous-jacents à ce trouble, nous n'élaborerons pas sur les multitudes de théories et d'écrits se rapportant uniquement à la dépression et au suicide. Pour la réalisation de ce travail, ces sujets seront discutés en relation à la thérapie par l'art et à la compulsion alimentaire.

Cet ouvrage s'appuie sur l'approche psychanalytique. Par sa concentration sur la résolution des problèmes de personnalité dissimulés derrière ce conflit, elle nous paraît la plus complète pour venir en aide à cette clientèle. La psychanalyse permet de rechercher les liens dans les premières expériences de la vie. Elle tente de localiser l'origine de ce trouble dans le développement de la petite enfance ainsi que dans les relations familiales. En écoutant et en explorant les actes conscients et inconscients dans les dessins de la mangeuse compulsive, on peut parvenir à une meilleure compréhension de ce désordre.

Les tout premiers signaux des besoins physiologiques de la mangeuse compulsive auraient été mal interprétés par sa mère. Par conséquent, elle confondrait encore plusieurs types de sensations physiques et essaie de se consoler avec la nourriture (Orbach, 1984). Bruch (1978) a observé que les patientes mangeaient excessivement quand elles avaient faim d'affection et d'amour; c'était leur façon de nourrir ou de remplir ce manque d'amour. Selon elle, c'est le résultat d'une dynamique inappropriée entre mère et fille, dans laquelle les besoins nutritifs de l'enfant furent mal perçus. Bruch (1978) a aussi vu la distortion de la perception du corps ainsi que la faible orientation de la réalité comme étant le résultat de cette pauvre relation entre mère et fille.

La relation conflictuelle entre mère et fille, le processus de séparation-individuation inachevé, le fonctionnement familial cahotique ainsi que les facteurs socioculturels seraient des

variables relatives aux troubles du comportement alimentaire ainsi qu'à la dépression.

Grâce aux études antérieures faites auprès de femmes ayant des troubles de comportement alimentaire, il apparaît essentiel que ces femmes acquièrent une image de soi positive, c'est-à-dire, qu'elles aient la capacité de tolérer l'ambivalence. Ces études furent appuyées par nos observations, par les représentations graphiques et par les verbatim obtenus lors des ateliers de groupes. Il appert que la thérapie par l'art peut modifier cette perception négative et erronée de leur corps et réduire l'intolérance malade qu'elles portent aux imperfections de leur image corporelle.

Le présent mémoire contient quatre chapitres dans lesquels sont notés, premièrement, différentes théories et études sur cette problématique, deuxièmement, l'apport de la thérapie par l'art dans l'exploration et la compréhension de soi à travers son image, troisièmement, la description du contenu des ateliers choisis et, finalement, la description et l'analyse des autoportraits produits par trois femmes souffrant de troubles boulimiques.

Le premier chapitre apportera quelques éclaircissements sur les nombreux termes utilisés et donnera une définition générale de ce trouble. Y seront également élaborés les facteurs qui, selon plusieurs auteurs, seraient à l'origine de cette problématique plus commune chez les femmes que chez les hommes. La compulsion alimentaire sera abordée en tant que problème psychologique,

culturel et familial. Il sera également question du narcissisme, de l'estime de soi, de la dépréciation de soi et du non-soi.

Dans le deuxième chapitre, la thérapie par l'art sera présentée dans l'optique de ses effets curatifs sur notre tranche-cible de population. Un rôle de facilitateur est alors attribué à l'art visuel permettant aux femmes de s'exprimer et de vivre certaines émotions par des représentations d'elles-mêmes sans que cette expérience ne prenne un aspect menaçant. Les exercices choisis (les autoportraits) visent à accroître la satisfaction de soi en reconstruisant l'image de soi.

Au troisième chapitre, le contenu des ateliers, conçus expressément pour le présent mémoire, sera dépeint d'une manière détaillée. L'importance des apports du groupe dans la création artistique sera considérée. Les transferts et contre-transferts dans les ateliers de groupe comportant deux étudiantes en art-thérapie seront également analysés.

Le dernier chapitre sera réservé à l'analyse des productions artistiques «image de soi» et «idéal de soi» de trois participantes. Afin de rendre une image aussi objective et précise que possible, cette analyse s'appuiera sur les notes prises après chaque atelier, les verbalisations et les productions visuelles des participantes.

Pour conclure, il sera fait part des résultats obtenus, des difficultés rencontrées et des lacunes inhérentes à une recherche

comme celle-ci. Quelques suggestions pour une étude complémentaire ou exhaustive du sujet seront finalement exprimées.

## **Chapitre I**

### **Contexte théorique**

## Définition, phénoménologie symptomatique et causalité

Il serait bon, en premier lieu, d'expliquer ce que sont les troubles du comportement alimentaire. Tout au long de cet ouvrage, le terme compulsion alimentaire alternera avec celui de boulimie qui sera utilisé de façon générale car la plupart des participantes aux ateliers n'ont pas été diagnostiquées et traitées médicalement en tant que boulimiques.

Ces troubles du comportement alimentaire sont des syndromes qui se caractérisent par une alternance entre une consommation excessive de nourriture et une privation. La personne boulimique se sent envahie soudainement par une sensation pressante dont l'origine est difficilement repérable. Elle est convaincue qu'il est primordial de manger immédiatement même s'il ne s'agit pas vraiment de la faim (Igoïn, 1979). Elle mange abondamment et rapidement sans discrimination ou préférence. Cette orgie alimentaire se vit souvent seule et se termine quand le corps n'est plus capable d'en absorber ou parfois quand la douleur physique est présente (Castilla & Bastin, 1988). C'est à ce moment que surviennent les remords, le sentiment de culpabilité, la dépréciation de soi, la haine, la répulsion du corps et la dépression (Igoïn, 1979). Orbach (1984) a ajouté que ces personnes ont honte de leur manque de contrôle envers la nourriture: «L'obsession de la nourriture va de pair avec un immense mépris de soi, avec le dégoût et la honte» (p. 50). Ayant honte d'elle-même et de son manque de contrôle face à la nourriture, elle voudrait remédier à cet excès momentané en

essayant dans certains cas de contrôler son poids par des vomissements, des diurétiques, des laxatifs, des amphétamines, etc. sans pour autant parvenir à mettre fin à ce cercle vicieux (Igoïn, 1979; French, 1987). Même si cet acte compulsif est accompli en toute conscience, elle ne parvient pas à l'arrêter volontairement.

Plusieurs participantes aux ateliers de thérapie par l'art ont témoigné de leurs souffrances en soulignant que, jour après jour, pendant des années, elles s'infligent d'interminables régimes rigoureux et même inhumains, immanquablement suivis d'échecs et de remords. Quelques-unes ont admis publiquement lors d'une séance de thérapie, ou l'ont dévoilé tout discrètement dans un de leurs écrits qui n'était pas partagé avec le groupe, qu'elles se font vomir occasionnellement ou souvent après une crise de boulimie. Elles ont pour la plupart déjà fait appel à des professionnels de la santé, à des diététiciennes, à des thérapeutes et à d'autres centres d'aide sans jamais réussir à échapper à ce cauchemar. Leurs discours se terminent généralement par un rejet de leur corps qui les empêche de vivre.

Declerck et Boudouard ont qualifié cette problématique qu'elles nomment névrose alimentaire, «de cancer qui ronge l'esprit et vous enlève toute joie de vivre» (1981, p. 14). Elles ont vu ces femmes intelligentes, cultivées et jolies gaspiller leur temps, leur énergie et leur vie à se nier, en tentant d'atteindre un idéal souvent inaccessible. Janet (cité par Couvreur dans Brusset et al., 1991) a

aussi placé la boulimie sur le même plan que les symptômes névrotiques.

La boulimie ayant fait son apparition tout récemment, il y a moins de recherches effectuées sur ce problème que sur l'anorexie. Avant 1970, la boulimie (ou un syndrome similaire portant un autre nom) était considérée comme un symptôme de l'anorexie nerveuse. Russel en 1979 (cité par Vindreau dans Brusset et al., 1991) fut le premier à donner une description de la boulimie en tant qu'entité nosologique. Il y voyait une variante de l'anorexie mentale. Par la suite, plusieurs cliniciens s'intéressèrent à ce sujet et de nombreux termes apparurent: boulimie, boulimie nerveuse, boulimarexie, mangeuse compulsive... En 1980 la boulimie fut officiellement désignée comme un désordre psychiatrique excluant l'anorexie mentale et, en 1985, le DSM-111-Révisé a introduit le concept de «Bulimia Nervosa» qui relie à nouveau la boulimie à l'anorexie (Vindreau dans Brusset et al., 1991, p. 65). Les femmes boulimiques, tout comme les anorexiques, sont obsédées par la nourriture ainsi que par l'image de leur corps. Bruch (1978) n'a pas identifié la boulimie comme un syndrome totalement séparé de l'anorexie et de l'obésité. Elle a vu un lien entre les excès de nourriture et les vomissements d'où le terme «obèses maigres» (p. 230).

Dans le DSM-111-Révisé (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 1989) on retrouve le terme boulimie (Bulimia Nervosa) parmi les troubles de l'alimentation. Voici les caractéristiques permettant de reconnaître la personne boulimique:

- Episodes récurrents de frénésie alimentaire («Binge eating») (consommation rapide d'une large quantité de nourriture en un temps limité). - Sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire durant les épisodes de boulimie. - Régulièrement le sujet, soit se fait vomir, soit use de laxatifs ou de diurétiques, soit pratique un régime strict ou jeûne, soit encore se livre à des exercices physiques importants dans le but de prévenir toute prise de poids. - Au moins deux épisodes boulimiques en moyenne pendant au moins trois mois. - Préoccupation excessive et persistante concernant le poids et les formes corporelles. (1989, p. 73)

Karl Abraham qui, en 1924, a qualifié la boulimie de perversion orale, a associé cette alternance, entre les phases de restrictions et les crises de boulimie, au passage de la mélancolie à la manie.

Lorsque le moi n'est plus assujéti à l'objet incorporé, la libido se tourne avidement vers le monde des objets. Cette modification s'exprime de façon exemplaire par la «convoitise orale accrue» qu'un patient désignait lui-même comme une «Fress-Sucht» (boulimie). (1924, p. 292)

Wulff a cru également que ce genre de boulimie, qui ne se manifeste que chez les femmes, a une évolution cyclique semblable aux troubles maniaco-dépressifs (Fonichel, 1953).

Bourque (1991) a fait une distinction entre la personne boulimique et la mangeuse compulsive. Elle a expliqué que, dans les deux cas, il y a une perte de contrôle face à la nourriture sauf que, la boulimique, afin d'éviter la prise de poids, se fait vomir et prend des laxatifs.

Une compulsion est définie comme un acte répétitif. La personne compulsive ressent une pression interne qui l'oblige à commettre une action, même si celle-ci lui paraît futile, illogique et occasionne conséquemment un sentiment négatif (Gormally cité par Hawkins, Fremouw, Clement 1984). Parfois, une force inconsciente et incompréhensible amène une personne à se mettre activement dans une situation déplaisante. Malgré son sentiment conscient que cette situation est causée par ce qu'elle vit actuellement, elle ne fait que répéter inconsciemment des expériences archaïques dans la recherche de la réalisation d'un désir inassouvi.

Orbach a défini ce qu'elle entend par l'expression «alimentation compulsive» :

Manger alors que l'on ne ressent pas une faim physique. Avoir l'impression de perdre tout contrôle devant la nourriture; se priver de manger et/ou s'empiffrer. Passer beaucoup de temps à penser à la nourriture et à se soucier de son poids. Etre toujours à l'affût du dernier régime en vogue comme s'il s'agissait d'une information vitale. Avoir honte de soi et de son manque de contrôle devant la nourriture. Avoir honte de son corps. (1984, p. 19)

Dans ce travail, les termes boulimie et compulsion alimentaire seront donc utilisés pour désigner le même problème, puisqu'il y a une alternance dans l'usage de ces deux termes dans les écrits sur le sujet et que leurs définitions se ressemblent.

## Le symbolisme

Le premier énoncé exposant la dynamique psychologique de cet incontrôlable besoin de manger fut avancé par Freud en 1933. Il a expliqué la boulimie comme une expression symbolique d'un désir inconscient d'une grossesse puisque, à part la grossesse, la nourriture est la seule autre façon d'engrosser le ventre. En poursuivant cette même ligne de pensée, Chatelet (1977) a raconté qu'un symbole de grossesse est surexcité par tous les phénomènes d'absorption. Fenichel (1953) a prétendu également que cette nourriture, pathologiquement désirée, peut inconsciemment symboliser le désir d'enfant (foetus), le pénis ou les fèces. La nourriture peut aussi symboliser un désir d'affection insatisfait, une agressivité refoulée, un substitut ou un refus de la sexualité, l'envie du pénis et le désir d'être un homme, l'envie d'avoir un enfant ou la peur de la grossesse (Bruch, 1978). Cette nourriture peut être à la fois une manifestation d'agressivité envers les parents ou un symptôme de dépendance infantile quand elle devient une préoccupation obsessionnelle (Bruch, 1978).

Pour chacune des participantes, cette faim symbolise des désirs et des tourments propres à elle-même, graduellement identifiés et communiqués par des concrétisations en oeuvres créatrices.

Puisque la thérapie par l'art peut être une thérapie moins rigide que plusieurs thérapies conventionnelles, elle peut favoriser avec aisance l'accessibilité aux fantasmes et susciter l'expression

émotive de certains sentiments. Puisqu'il est un travail plastique, l'art, en véhiculant l'image, rejoint mieux certains souvenirs.

Les boulimiques, contrairement aux anorexiques et à d'autres personnes ayant une pathologie du comportement, ont une riche capacité fantasmatique (Jeammet dans Brusset et al.). Il est important que cette grande capacité de représentation soit efficacement atténuée; selon Jeammet:

...celle-ci doit être sérieusement nuancée par deux constats: celui d'une crudité fantasmatique avec une signification trop claire du contenu, le latent et le manifeste ne faisant plus qu'un; et celui d'une contrainte à fantasmer avec une tachypsychie qui n'est plus une liberté associative mais une nécessité de produire du représentatif pour masquer un danger sous-jacent, qui lui n'est pas aisément accessible à un travail de représentation. (Brusset et al., 1991, p. 86)

La compulsion alimentaire est un syndrome qui ne permet pas à la mangeuse compulsive de faire face au problème sous-jacent à ce comportement. La nourriture devient un substitut externe dont le rôle est de combler symboliquement un manque interne pour ainsi réduire la douleur psychique. La nourriture perd toute fonction nutritionnelle.

## Sensations internes et signaux externes

Certaines femmes ont beaucoup de difficulté à distinguer la faim des autres besoins physiques et de leurs troubles émotionnels. Elles confondent les sensations de faim et de satiété avec d'autres sensations internes.

Bourque (1991) a affirmé que, quand une personne s'inflige des privations de nourriture, volontaires ou pas, il en résulte une méconnaissance des signaux de satiété. Elle a fait allusion à la «théorie de l'externalité», populaire au début des années soixante (p. 162). Cette théorie présumait que les personnes obèses n'étaient pas suffisamment en contact avec leurs signaux internes permettant de reconnaître la faim et cela les rendait extrêmement vulnérables aux sollicitations externes (telles que la présence de la nourriture ou l'heure du repas) plutôt qu'à leur appétit. Cependant, Bourque a expérimenté que la reconnaissance de la satiété peut se développer, petit à petit, au cours d'une démarche permissive où même la perte de contrôle momentanée face à la nourriture est pardonnée. Lorsque les personnes impliquées dans ce cheminement parviennent à rassurer leur corps par une alimentation régulière, suffisante et savoureuse, le processus de guérison s'enclenche de manière positive et permanente.

## Assuétude et psychosomatique

Fenichel (1953), Declerck et Boudouard (1981), Orbach (1984), Thomas (1989) et plusieurs autres, ont écrit que la boulimie pouvait être considérée comme une toxicomanie sans drogue. L'alcoolisme se compare à la boulimie comme tentative pour combler un manque, puisque l'alcool ainsi que la nourriture servent de remplissage. Orbach (1984) a déclaré qu'une mangeuse compulsive est une intoxiquée de la nourriture et cela équivaut à être une droguée. Ces femmes ont aussi urgemment besoin de la nourriture que l'alcoolique d'alcool et le drogué de drogue; il est aussi difficile pour la mangeuse compulsive de lutter contre cette dépendance envers la nourriture que pour tout autre intoxiqué d'abandonner sa manie. Selon Freud (1914), Abraham (1924) et Fenichel (1953), la dépendance orale est une condition psychodynamique de la dépression; Fenichel a expliqué ce symptôme par, entre autres, l'absence d'un déplacement nécessaire à la transformation de l'objet originel; n'ayant pas subi de transformation, l'objet originel est demeuré à un stade immature du développement où la sexualité et l'estime de soi sont obtenues au même instant par la nourriture.

Toutes les impulsions morbides, aussi bien que les toxicomanies (avec ou sans drogues) sont, on peut encore l'affirmer, des tentatives infructueuses de maîtriser la culpabilité, la dépression ou l'angoisse par l'activité.  
(1953, p. 462)

Certains cas sévères de boulimie révèlent que la nourriture est le seul lien que ces personnes ont avec la réalité.

McDougall (1989) a considéré toutes les assuétudes comme des tentatives «psychosomatiques» pour apaiser la douleur psychologique; ces personnes qui font appel à des substances provenant de l'extérieur pour alléger leur souffrance psychique ont recours à la somatisation. Elles font parler leur corps plutôt que de ressentir leurs douleurs. Nous somatisons tous quand les événements dépassent notre capacité de tolérance habituelle.

Pour Bruch (1978) et Thomas (1989), les troubles de l'alimentation sont sans aucun doute des maladies psychosomatiques.

L'obésité et l'anorexie mentale sont des syndrômes somatiques si évidents que, pendant longtemps, on a cherché à les expliquer par des anomalies d'ordre physiologiques ou par des lésions organiques. (Bruch, 1978, p. 38)

Selon certaines théories, les manifestations psychosomatiques sont des réactions à la détresse psychologique résultant d'un maternage problématique pendant la petite enfance. Les premières interactions mère-nourrisson sont primordiales pour assurer le bon développement physiologique et psychologique du nourrisson. Une mère doit être à l'écoute des signaux (pleurs, rires, sourires, gestes) de son bébé pour pouvoir les interpréter efficacement (Winnicott, 1969; McDougall, 1989). Elle facilite le processus d'intégration en pourvoyant le maximum de confort, de gratification ainsi qu'une protection contre les périodes d'angoisse prolongées du nourrisson.

Il faut préciser ici que, tout au long de ce travail, le terme «mère» est utilisé au sens large, pour désigner la personne (l'entourage) maternant l'enfant et non pas uniquement la mère biologique.

L'assuétude prend naissance pendant les premières transactions entre la mère et son bébé; si elle ne peut alléger la souffrance physique et psychique du nourrisson, celui-ci risque d'être poussé à la somatisation. L'enfant, craignant d'abandonner sa mégalomanie infantile, crée alors une forte ambivalence; il ne reconnaît pas que l'objet primaire ne fait pas partie de lui et ne peut donc s'en séparer ou en faire le deuil. L'angoisse de la perte de l'objet primaire n'étant pas transformée par l'intégration de l'objet perdu en tant qu'objet interne laisse place à une inlassable quête de l'objet absent dans le monde externe. Cette carence crée une dépendance assujettissante, puisque l'enfant ne réussit pas à atteindre un soulagement (McDougall dans Brusset et al., 1991). Une mère, incapable d'observer et de répondre à la communication précoce de son bébé et qui lui impose ses propres désirs et nécessités, crée chez l'enfant un sentiment d'impuissance et de frustration constant. C'est cette absence ou carence de communication qu'Aulagnier, cité par McDougall, a appelé «violence de l'interprétation» (1989, p. 43). Cette expérience induit le nourrisson à se protéger contre des crises affectives par la somatisation. La médecine psychosomatique est d'accord qu'il n'y a pas qu'une seule cause à la maladie et conclut que la maladie provient de plusieurs facteurs physiologiques, psychologiques et environnementaux (Bruch, 1978).

## Le sevrage

Lacan (1984) a beaucoup écrit sur le sevrage auquel il associe plusieurs troubles oraux; il a prétendu que le sevrage est entièrement imposé par la culture et donc totalement divergent de l'instinct. Les comportements essentiels qui lient la mère à son bébé ne sont pas instinctifs, mais plutôt culturels. Chez les humains, la culture régularise et conditionne le sevrage tandis que l'instinct maternel cesse d'agir chez les animaux quand le nourrissage est accompli.

Le sevrage, par l'une quelconque des contingences opératoires qu'il comporte, est souvent un traumatisme psychique dont les effets individuels, anorexies dites mentales, toxicomanies par la bouche, névroses gastriques, révèlent leurs causes à la psychanalyse. (Lacan, 1984)

L'interruption de cette relation biologique (l'allaitement) par un sevrage imposé culturellement laisse une trace permanente qui réside dans le psychisme de chaque individu (Lacan, 1984).

Sans affirmer que le sevrage soit entièrement imposé par la culture, force est d'admettre que certaines mères font coïncider le sevrage de leur enfant avec leur retour éventuel au travail. Elles vont passer du sein au biberon après un temps prédéterminé, trois mois, six mois, etc. Les contraintes sociales font donc en sorte que les conditions du sevrage sont partiellement prescrites par la société.

## La faim

La notion de faim aussi est en partie acquise. En expérimentant avec des singes, il a été possible de vérifier que certaines fonctions apparemment innées devaient être combinées à un apprentissage primitif (Bruch, 1978) comme, par exemple, la façon innée de s'alimenter se complète par un apprentissage acquis dès les premières années de vie; c'est quand cet apprentissage est problématique que surgissent les troubles de l'alimentation.

On en arrive à se demander ce qu'est réellement la faim. Bruch a énoncé la définition suivante:

La faim évoque avant tout un état physiologique de déplétion nutritionnelle, consécutif à la privation de nourriture, à un jeûne prolongé, ou à une famine générale. Le même vocable désigne également une expérience psychologique; avoir faim, c'est aussi cette sensation pénible et bientôt compulsive qu'éprouve celui qui est privé de nourriture, et qui le pousse à rechercher, parfois au prix de rudes combats, de quoi apaiser ses tourments. La faim peut revêtir un aspect plus agréable, en particulier lorsqu'elle désigne un goût pour tel ou tel aliment; cette faim spécifique associée au plaisir sensoriel de la dégustation, c'est l'appétit, conditionné par la variété et le raffinement de nos traditions alimentaires. (1978, p. 62)

Fredericks Perls (1978) a rapporté l'observation de Horney qui, en parlant des névrosées, affirmait que ces personnes sont affamées d'affection en permanence et qu'il est impossible de satisfaire leur faim. Cette faim de nourriture physique est fondamentalement une

faim émotionnelle et mentale. La personne névrosée est incapable d'assimiler l'affection qui lui est donnée.

Les boulimiques tout comme les anorexiques et les obèses utilisent la nourriture pour combler d'autres carences physiologiques ou affectives, ne parvenant pas à distinguer la vraie cause de cette sensation physique qu'est la faim.

## Aspects familiaux et socioculturels

### Influences sociales et culturelles

Le trouble de la compulsion alimentaire survient principalement dans les sociétés d'abondance et menace surtout les femmes. Puisque les influences de notre culture encouragent les femmes à se définir et à se valoriser selon leur apparence physique et puisque c'est surtout elles qui sont visées et affectées par la publicité sur l'image corporelle et sur la nourriture, c'est sans équivoque à cette population que les ateliers de thérapie par l'art furent offerts. «L'alimentation compulsive est essentiellement un problème féminin et a donc quelque chose à voir avec l'expérience de naître femme dans notre société» (Orbach, 1984, p. 25).

Orbach (1984) a écrit que les principaux facteurs dans le développement de la compulsion alimentaire sont d'ordre socio-psychologiques. Selon elle, ces femmes se révoltent contre l'image et le rôle stéréotypés de la femme et son manque de pouvoir dans la société. Plusieurs auteurs ont affirmé que la pression sociale et l'inégalité des sexes sont des facteurs influents dans ce désordre alimentaire; Declerck et Boudouard (1981) ont présenté trois types de motifs qui expliquent pourquoi les femmes sont la cible privilégiée de cette problématique qu'elles appellent «névrose-nourriture» (p. 8).

En premier lieu, elles situent «l'environnement social et culturel». Ceci comprend toute la publicité faite par différents médias qui s'acharne à faire croire aux femmes que la minceur est la réponse à tout; elle attire succès en amour et dans la carrière professionnelle et conséquemment une certaine sécurité sociale... Etre mince c'est être heureuse et bien dans sa peau. La femme a également l'obligation de séduire les hommes (Declerck & Boudouard 1981).

La deuxième cause est «le rôle féminin» inculqué dès la naissance. Le rôle de femme-mère et de femme-nourricière est transmis de mère en fille. Ce devoir de nourrir les autres entre en contradiction avec le «devoir de beauté» (Declerck & Boudouard 1981, p. 9).

La troisième raison émise par Declerck et Boudouard concerne «l'attitude des femmes vis-à-vis de leur corps, de leur activité, de leur pouvoir créatif, de leur conception même de l'existence» (p. 9). Jusqu'à tout récemment, elles étaient encore passives et non sportives, confinées à la cuisine sans aucun autre centre d'intérêt que la nourriture. «Il y a un lien direct entre l'enfermement dans la cuisine et la tentation du réfrigérateur, entre la graisse et le gynécée» (1981, p. 9).

La compulsion alimentaire est la réponse des femmes à ces multiples demandes sociales contradictoires. Tant qu'il leur sera demandé d'être conformes à l'image de la féminité projetée par les écrans, magazines, affiches, journaux et autres médias, tout en étant bombardées de publicité sur une variété incroyable de

nourriture à consommer, la boulimie fera partie de leur vie. C'est un moyen que certaines femmes ont inconsciemment choisi pour protester contre leur position sociale et contre l'inégalité des sexes (Orbach, 1984).

Chatelet (1977), Declerck et Boudouard (1981), Orbach (1984) ainsi que Chernin (1985) ont écrit que le concept de soi de la femme est souvent défini par les besoins de son environnement culturel, son apparence physique, sa beauté, sa jeunesse et, une fois mariée, par le statut social de son époux tandis que l'homme peut se valoriser par ses pouvoirs sociaux, son intelligence, le prestige lié à son travail et sa force physique.

Chatelet a expliqué que ce modèle de corps idéalisé par la culture actuelle n'est pas stable; il se transforme avec le temps et varie selon la civilisation.

L'image corporelle n'est jamais une donnée hasardeuse: elle se définit à partir d'un désir de la société de l'instituer comme norme; or, la norme n'est autre que la volonté pour elle d'assurer son pouvoir et sa pérennité, de se garantir d'une forme de désordre ou de gratuité nuisible à son maintien. Tous les phénomènes de mode qui entourent l'image du corps sont à interpréter comme des symptômes de réussite de la normalisation imposée par la culture qui préside seule à ses changements ou fluctuations éventuelles. (1977, p. 122)

Le corps semble avoir une signification plus sociale pour la femme que pour l'homme, puisqu'il est plus impliqué en tant qu'objet

psychologique dans la structuration des rôles sociaux chez la femme.

Orbach (1984) a affirmé que les femmes ont appris à se contempler et à se définir d'un point de vue extérieur à elles-mêmes; elles s'estiment ou se valorisent en tant qu'objet de séduction pour les hommes. Voulant se rebeller contre cette impuissance féminine et refusant de se conformer à l'image imposée par la société, certaines femmes prennent du poids. L'obésité devient alors un refus symbolique du rôle de la femme; elles ne veulent pas être perçues comme un objet sexuel et veulent être prises au sérieux dans tout ce qu'elles entreprennent car les femmes minces seraient prises «à la légère» (1984, p. 34). La nourriture leur permet d'avoir plus de poids (sans mauvais jeu de mots) et de prendre autant de place que les hommes dans la société.

Parallèlement à Orbach, Chernin (1985) a écrit que ce problème alimentaire serait dû au nouveau rôle culturel et social de la femme ainsi qu'à son combat pour une nouvelle identité féminine. Elle a associé les troubles alimentaires chez la femme à un problème d'identité; les mangeuses compulsives expriment, de la seule manière qu'elles connaissent, soit en acquérant les droits et privilèges d'une société d'hommes, que quelque chose va très mal dans leur vie.

Manger deviendrait un moyen de traiter tangiblement avec ses sentiments et ses émotions sans avoir à impliquer les autres.

En acquérant progressivement plus de place et de nouveaux rôles dans cette société jusqu'alors phallocrate, les demandes sociales envers les femmes, auparavant restreintes, se sont multipliées. Ces nouvelles valeurs, qui étaient mauvaises et interdites selon leurs mères il n'y a pas tellement longtemps, voilà qu'elles sont maintenant acceptées et même promues sans aucune transition. Ces femmes se sentent perdues devant les nouveaux choix de vie et n'ont aucun guide car le rôle féminin appris par leurs parents est désormais dépassé et démodé.

Il n'y a plus seulement le devoir de beauté (bien sûr encore très puissant) et le devoir de nourrir comme l'ont suggéré plusieurs. Les femmes ont, en plus, le choix de réussir dans des carrières longtemps destinées aux hommes, de retourner aux études à tout âge, d'avoir des enfants et cela pendant la trentaine si désiré, de rester à la maison pour les élever (seule ou pas) ou de les faire garder, de se marier, de divorcer, ou de rester célibataire avec ou sans conjoint.

Il semble que les femmes n'ont jamais, jusqu'à ce jour, été confrontées à une si vaste gamme de choix. Abandonnées dans ce gigantesque désordre social changeant sans cesse, les femmes sont en quête d'une identité physique et spirituelle. Elles ont l'impression de pouvoir atteindre leur but en modifiant leur corps pour le rendre conforme à l'image valorisée, l'image de la réussite, l'image d'une minceur quasi inatteignable et variant selon la dernière revue en vogue. Les femmes qui développent des troubles

du comportement alimentaire se ruent sur la nourriture comme un prédateur sur sa proie. Cette nourriture abondante dans notre société leur apparaît à la fois amicale, apaisante, réconfortante en même temps qu'ennemie et traître quand elle est repérable par les bourrelets qui éloignent davantage le corps idéal désiré.

### Relations familiales

Cependant, les facteurs socioculturels ne suffisent pas dans l'explication et la compréhension de cette problématique. Tout au long de ce travail, l'accent sera mis sur les relations familiales problématiques. L'environnement a certes beaucoup à voir dans le choix de cette somatisation parmi tant d'autres, mais la situation familiale malsaine est, sans doute, une cause majeure d'importantes insatisfactions. Les multiples déclarations émises verbalement ou illustrées dans les ateliers font part d'une grande difficulté vécue au sein de la famille; une compensation et un réconfort sont alors recherchés dans la nourriture.

C'est avec régularité que fut constatée la présence de désordres psychiatriques dans les familles des personnes boulimiques (Vindreau dans Brusset et al., 1991). Il y a un taux élevé de dépressions maternelles, d'alcoolisme et de suicide dont la présence est antérieure aux problèmes du comportement alimentaire. Leurs familles sont reconnues comme étant plus cahotiques; l'intensité des conflits et l'hostilité y sont marquées et le manque de contrôle

des émotions est significatif. Les boulimiques exhibent souvent une dépendance hostile envers leur famille négligeante et irresponsable tout comme les toxicomanes; cette dépendance hostile provient d'un grave problème lors du stade précoce de séparation-individuation.

Igoïn cité par Vindreau (Brusset et al., 1991, p. 76) a distingué deux types de familles boulimiques: la famille très unie, une union sacrée qui cache des tensions majeures et la famille brisée où la séparation des parents s'est parfois faite de façon violente.

Bergeret et Khan (cité par Jeammet dans Brusset et al., 1991) ont déploré le climat incestueux qui est parfois vécu dans ces familles:

Effraction des «traumatismes cumulatifs» de l'enfance; effraction de l'éruption pulsionnelle; effraction des limites du Soi que représente rapidement tout investissement important et qui, jointe aux confusions des limites régnant du côté parental, contribue à créer le climat incestueux, caractéristique de l'ambiance au sein de ces familles. (pp. 85-86)

### Relations mère-nourrisson

Des études ont révélé que certaines personnes ayant des troubles de l'alimentation avaient été assujetties dans la satisfaction de leur besoin de manger pendant leur enfance par des demandes réprimées ou excessivement comblées (Bruch, 1978). Ces réponses inadéquates à leurs désirs ont créé une confusion dans la reconnaissance de leur

vrai besoin de manger parmi d'autres besoins physiologiques ou affectifs. Plusieurs auteurs ont semblé d'accord pour affirmer que ces problèmes sont souvent le résultat d'un mauvais conditionnement qui remonte aux premières années de vie de l'enfant; il y aurait une perturbation profonde dans les premières expériences émotionnelles.

Winnicott a relié soins maternels et nourrisson; sans ces soins, «cette chose qu'on appelle un nourrisson n'existe pas» (1969, p. 240). Il est nécessaire qu'une mère puisse donner des soins suffisamment bons et un environnement d'assez bonne qualité à son bébé. Ceux-ci sont indispensables au tout petit pour qu'il puisse construire un soi.

Winnicott (1969) a expliqué que s'il y a une carence dans l'adaptation de la mère à son bébé pendant la phase la plus précoce, l'annihilation du soi chez l'enfant en résulte puisque l'enfant ressent ces carences comme des menaces externes contre son existence. Le soi ne peut pas émerger et se développer sans un bon maintien et un environnement initial fiable et de qualité. En conséquence, les obstacles semblent insurmontables pour les personnes ayant vécu de telles carences.

Il y a donc une carence à un niveau précoce de la vie des femmes ayant un trouble de l'alimentation. Comme l'ont indiqué Bruch (1978), Orbach (1984) et McDougall (1989); les premières expériences de la vie du nourrisson sont primordiales et les troubles

de l'alimentation peuvent être, entre autres, le résultat d'un maternage inadéquat.

Les premiers rapports cliniques ont trop souvent fait preuve d'une regrettable négligence et des expressions rabachées telles que «manque d'amour-propre» ou «sentiment de rejet» nous semblent aujourd'hui bien vides de sens. Il suffit pourtant de fouiller un peu plus avant l'historique de ces cas pour voir surgir une foule de détails qui, peu à peu, mettent en évidence la complexité du problème; entre autres, ils confirment l'importance des expériences primitives de l'enfant, selon que la mère a su fournir les réponses appropriées à ses besoins, ou qu'elle les a imposées en fonction de ses critères personnels, souvent erronés. (Bruch, 1978, p. 68)

Si la mère utilise la nourriture comme consolation chaque fois que l'enfant pleure, elle ne lui donnera pas toujours satisfaction et ne lui permettra pas de développer une confiance en son propre corps. «Nourrir l'enfant lorsqu'il exprime d'autres besoins physiques l'éloigne de son corps et perturbe sa capacité d'identifier à la fois sa faim et sa satiété». (Orbach, 1984, p. 141)

L'enfant ne croit plus possible de satisfaire ses propres besoins sans se fier aux sources extérieures. C'est à ce moment que commence la narcissisation positive du corps; si les désirs de l'enfant sont satisfaits immédiatement, l'enfant développe un sentiment de toute-puissance.

## Identité et symptomatologie dépressive

### Soi et non-soi

A la naissance, le nourrisson ne se différencie pas de sa mère. Ce n'est qu'à travers le contact avec son environnement qu'il développe la conscience. Il est indispensable pour le nourrisson d'obtenir une stimulation physique et psychique adéquate et constante pour pouvoir bien se développer. Car les besoins inassouvis supplantent toute autre activité humaine. Le bébé est en mesure de ressentir et de faire l'expérience de son corps et du monde qui l'entoure au moment où ses besoins sont satisfaits. A l'aide de sensations tactiles venant de sa mère, il distingue la différence entre son propre corps et le corps maternel; il développe premièrement la conscience de l'autre et la conscience de soi émerge ensuite (Wallon cité par L'Ecuyer, 1978). «L'image de soi indépendante de l'image des autres n'est pas concevable» (Zazzo cité par L'Ecuyer, 1978, p. 28). C'est à ce moment que le processus de distinction du moi, non-moi ou du soi, non-soi débute (L'Ecuyer, 1978). Le nourrisson ne différencie pas clairement son corps et son non-corps à la naissance; c'est par les sensations de son corps qu'il se rend compte graduellement que les objets de son environnement peuvent réduire ou amplifier ses tensions. Il peut alors distinguer entre ce qu'il est et son environnement; la perception du propre corps joue un rôle significatif dans le développement de la conscience de la réalité. Au début, une tension intérieure est ressentie; cette tension est

apaisée par un élément extérieur; le corps est alors perçu comme séparé du monde qui l'entoure. Cette frustration - gratification rend la discrimination entre le soi et le non-soi possible (Fenichel, 1953). En l'absence de cette satisfaction il ne ressent que de la tension, qui est le sentiment déconnecté de la conscience.

Il est clair par ces nombreuses affirmations que la première conscience de soi est d'abord diffuse; elle se forme et se définit grâce aux soins reçus. De cette conscience de soi l'enfant se dirige vers l'image de soi. Toutes ces sensations diffuses deviennent lentement plus concrètes; ainsi se forment les premières images de soi. Ces images de soi sont les perceptions qu'il a de son corps. Progressivement, ces images se hiérarchisent et l'enfant en arrive à un sens d'identité et de valeur de soi. Une fois que toutes ces images de soi se sont organisées pour donner naissance à une identité, la représentation de soi devient alors possible. Cette représentation de soi se compose d'une variété de caractéristiques que l'enfant se donne et par lesquelles il se reconnaît.

Plusieurs auteurs ont confirmé que les premières distinctions entre le soi et le non-soi sont vécues à partir de sensations corporelles internes telles que la faim, la douleur, cénesthésies et kinesthésies (L'Ecuyer, 1978). L'inconfort est donc le premier développement du moi corporel. Quand le nourrisson est tenu par sa mère, il vit à ce moment-là une expérience de bien-être ou d'inconfort selon qu'il est tenu d'une manière souple ou rigide, rassurante ou angoissante. Une carence dans la première relation affective indique, selon L'Ecuyer

(1978), l'existence simultanée d'images plus intérieures que l'image corporelle.

En même temps que l'image corporelle se structure, d'autres images plus intérieures émergent simultanément, silencieusement, et se traduiront plus tard par la sensation d'être aimé, d'avoir de la valeur, etc., sensations appelées ultérieurement «estime de soi». (p. 144)

Winnicott (1969) a précisé que la structuration précoce du moi est silencieuse. Sa première organisation naît d'expériences de menaces d'annihilation et celles-ci n'entraînant pas l'annihilation, l'enfant s'en remet à chaque fois et développe une confiance dans la guérison et, éventuellement, il sera capable de faire face à la frustration.

L'enfant doit recevoir des réponses adéquates à ses besoins pour que le développement d'une bonne conscience de soi soit possible. Autrement, il aura de la difficulté à différencier et à interpréter les stimuli extérieurs et la distorsion de son image corporelle sera attribuée à des causes extérieures. La dissociation du corps et les limites du moi corporel diffuses peuvent aussi surgir de cette inadéquation.

Selon ces théories, on peut présumer une carence dans les soins reçus à une étape initiale de la vie chez les personnes boulimiques. Il fut remarqué à l'aide de plusieurs autoportraits faits au cours des ateliers que, tout comme à la naissance, certaines femmes ne semblaient pas différencier clairement leur corps de leur non-corps.

Leurs limites corporelles demeurent diffuses; n'ayant pas intériorisé une conscience de soi, elles ne peuvent concevoir une image de soi claire ou réaliste. Il est nécessaire qu'une perception du propre corps soit acquise pour permettre la formation d'une identité. Les projections concrètes du corps conçues par des médiums artistiques peuvent, pour certaines, graduellement accroître et améliorer cette connaissance de soi.

Puisque la majorité des écrits confirment que les personnes ayant un trouble de l'alimentation (anorexiques, boulimiques et obèses) ont souvent une perception erronée de leur image du corps, le but présent est d'explorer à l'aide de la thérapie par l'art (dessins d'autoportraits), les processus par lesquels elles en arrivent à déprécier et à dévaloriser leur image corporelle. Quand la conscience ou la perception corporelle est liée à la créativité artistique, l'expression de besoins individuels qui sont intimement reliés aux désirs ainsi que la spontanéité de chacune sont incitées. Souvent, la créativité amène les femmes à percevoir leur corps d'une manière positive. C'est à cause de la conception négative et pauvre qu'elles ont d'elles-mêmes qu'il arrive qu'elles dépriment et se retrouvent en consultation. La dépression est souvent un facteur qui pousse une personne à recourir à une thérapie.

## Dépression et troubles du comportement alimentaire

Il a déjà été formulé qu'un lien existe entre la boulimie et une symptomatologie dépressive. Ce lien est la perte de l'objet. Pour la boulimie comme pour la dépression, une perte affective ou une blessure narcissique est à l'origine de cet état. Certains ont suggéré que les troubles du comportement alimentaire sont une manifestation de la dépression. Quelques femmes qui participaient aux ateliers semblaient partager cette suggestion. L'existence de la dépression dans leurs vies était discutée en groupe et elles se demandaient avec désarroi si ce n'était pas la dépression qui causait leur boulimie. Castilla et Bastin (1988) ont écrit que, parfois, les tendances dépressives trouvent leur exutoire dans les crises de boulimie.

Des traits communs aux boulimiques et aux dépressifs sont l'angoisse de séparation et la perte d'objet, la problématique narcissique, l'hostilité, le deuil impossible, la destruction et la dévoration (Vindreau dans Brusset et al., 1991).

Il a été également noté que la culpabilité, le désespoir, l'autodépréciation et le passage à l'acte suicidaire sont quelques déterminants communs. Il n'est pas rare que les boulimiques se fassent prescrire des calmants ou des antidépresseurs.

La haute incidence de dépression observée dans le comportement boulimique peut conduire à l'autodestruction. Les mauvais

traitements que la mangeuse compulsive fait subir à son corps sont des comportements autodestructeurs fréquemment comparés à des tentatives de suicide, au même titre que l'alcoolisme et les toxicomanies. La crise de boulimie est identifiée à une tentative de suicide; c'est un appel à l'aide qui n'est pas entendu. Aimez et Ravar (1988) étaient d'accord pour qualifier la boulimie de comportement autodestructeur; ils l'ont identifiée, eux aussi, à un comportement suicidaire. Les personnes dépressives ont donc besoin de soins médicaux, sur une base thérapeutique, car une aggravation des crises les entraîne inexorablement vers le suicide. Pourtant McDougall (Brusset et al., 1991) a affirmé que toutes les assuétudes, même les plus graves, sont en principe des tentatives de survie. Elles ont pour but la sauvegarde du sentiment d'intégrité du moi. Malgré tout, les assuétudes renferment l'inquiétant risque de pulsion de mort; ces personnes jouent avec leur vie et prennent le risque de mourir.

Si la technique de survie que peut représenter la boulimie s'avère inefficace à les atténuer, ses angoisses archaïques peuvent pousser le sujet hors du registre de plaisir-déplaisir, pour le faire cheminer vers celui des pulsions de mort. (McDougall dans Brusset et al., 1991, p. 146)

Balasc (1990), a remarqué que la nourriture satisfait deux pulsions contradictoires pour les boulimiques: la pulsion de vie par le plaisir qu'elle procure et la pulsion de mort par la souffrance qu'elle provoque et le danger qu'elle entraîne. «L'objet-nourriture réussit le paradoxe de satisfaire conjointement Eros et Thanatos, pulsion de vie et pulsion de mort» (p. 30). Pourtant, certaines participantes

déclarent ne retirer aucun plaisir pendant la crise boulimique. Cela n'est pas surprenant puisqu'il n'y a aucune dégustation, peu de mastication et aucun plaisir du palais: les aliments sont avalés rapidement. Souvent, la nourriture est ingurgitée en toute hâte, sans la présence de la faim et aucune satiété n'est ressentie. Dans ces cas, le plaisir semble totalement absent de l'acte boulimique.

Les conduites alimentaires aberrantes comme l'ingestion massive de nourriture, les vomissements répétés, les abus de laxatifs et les complications médicales qui s'ensuivent peuvent mettre un terme à leur vie. Par ailleurs, d'autres moyens plus radicaux tels que section des veines du poignet, absorption de médicaments et abus de drogues sont parfois aussi employés par les mangeuses compulsives. Pendant la période post-crise, surgissent les remords, la honte du manque de contrôle, le dégoût de soi, les sentiments de culpabilité et le désespoir; le suicide semble par moment la seule issue à ce cercle infernal.

Des tentatives suicidaires plus radicales furent reconnues comme fréquentes par quelques femmes de nos groupes, tandis que d'autres avouent l'emploi de moyens plus ou moins efficaces; certaines encore, expriment que les idéations suicidaires ne sont pas inhabituelles après une crise de boulimie, mais elles se trouvent trop lâches pour passer à l'acte autrement que par des excès de nourriture. Tous ces aveux furent faits de façon claire par seize femmes sur un total de vingt-cinq pendant leur rencontre individuelle avec les étudiantes en thérapie par l'art. Evidemment,

rien ne peut être conclu sur la fréquence des idéations suicidaires et des actes manqués ou réussis retrouvée dans cette problématique car l'échantillonnage n'est pas nécessairement représentatif de la population de personnes boulimiques étant donné qu'elles vinrent volontairement. En effet, les groupes de participantes ne furent pas formés selon une méthode scientifique avec groupe témoin, large sélection et contrôle imperméable. Toutefois, il était important de fournir les chiffres obtenus en compulsant les données.

L'esclavage à la nourriture, à l'alcool et aux drogues sont une mort à petit feu, une autodestruction lente et pénible. Quand ces malheureuses n'en peuvent plus de leur mal de vivre, elles ont parfois recours aux méthodes rapides pour en finir et certaines ne se ratent pas.

En facilitant l'expression du matériel inconscient et réprimé, la thérapie par l'art permet l'exploration de certains indices pictographiques pouvant laisser paraître la dépression et les idéations suicidaires.

Beck (1975) a assuré que le sentiment de désespoir est le sentiment le plus proche de l'intention de suicide (p. 1149). Il est possible de déceler une estime de soi pauvre, un sentiment de nullité, de médiocrité, de faiblesse, de vide ou de désespoir par le traitement d'un dessin et par les interprétations ou explications de la créatrice de l'oeuvre.

Les caractéristiques énumérées par Wadeson (1980) de dessins faits par des personnes en dépression sont communes à celles de nombreux chercheurs. Présence de grands espaces vides, manque de couleurs, absence de détails, insuffisance d'efforts pour compléter un dessin, désinvestissement marqué, travail accompli dans un affect moindre ou dépressif sont là quelques particularités retrouvées dans ces dessins; les couleurs sobres ou foncées sont aussi reliées à un état dépressif. Pendant la phase de grande dépression, une plus forte résistance ou un refus total sont souvent notés. Dax et Plokker (Wadeson, 1980) ont ajouté que souvent, la partie du haut du dessin est plus foncée que la partie du bas.

Diverses caractéristiques énumérées ci-haut sont visibles dans l'exemple suivant (ill. 1). Ce dessin est inachevé, deux seules couleurs sont employées très légèrement et on note la présence d'espaces vides au centre et sur la droite de la feuille.

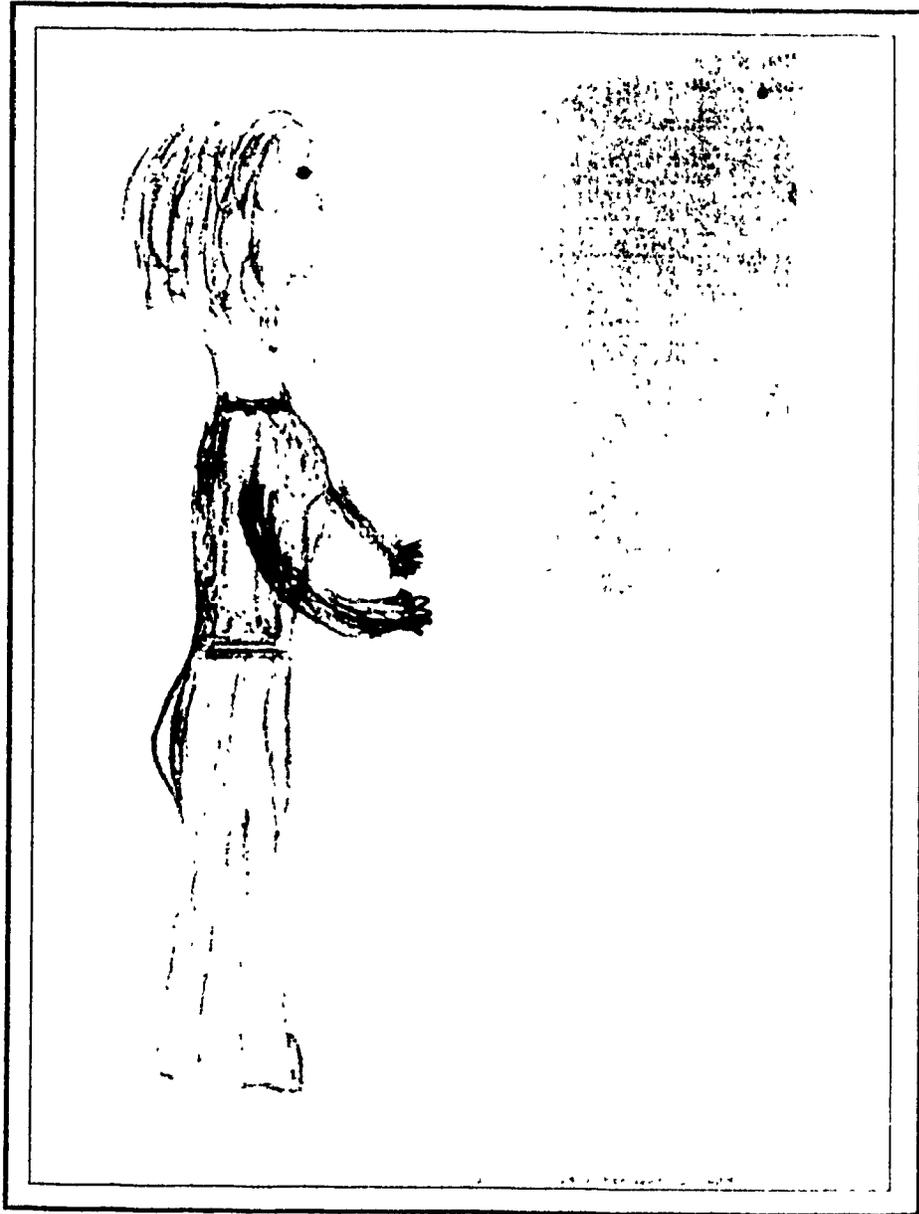


Illustration 1

## Narcissisme, blessure narcissique et faux-soi

Comme plusieurs théoriciens l'ont suggéré, il y a un lien entre l'image du corps et le narcissisme. Ici seront présentées uniquement les principales théories sur le narcissisme qui s'avèrent nécessaires pour éclairer le propos de cette étude. Pour ce faire, il faudra se baser en grande partie sur les piliers en la matière, Freud (1914), Lacan (1966) et Kohut (1974). Le problème de l'identité humaine est examiné à partir du narcissisme ainsi que du soi ou du moi par Freud et Kohut. La théorie du narcissisme est indissociable de celle du moi pour les psychanalystes.

La considération du narcissisme est nécessaire pour peindre une image intégrale de l'identité des femmes ayant un trouble de l'alimentation puisque l'objet d'addiction est en quelque sorte un idéal narcissique pathologique. Balasc l'a expliqué ainsi: «Le lien du sujet à l'objet-nourriture, comme objet exclusif d'un plaisir, est vécu sur le mode de la nécessité, l'idéal narcissique d'autonomie de la jouissance» (1990, p. 54). La compulsion alimentaire semble être une affection narcissique où l'objet-nourriture se trouve investi de propriétés qui correspondent à une image interne idéalisée. Plusieurs chercheurs croient que la boulimie est un syndrome qui a ses racines dans les premiers stades du développement. «Comme si les racines de toute vie n'étaient pas cachées dans l'enfance» (Miller, 1986, pp. 15-16). L'incapacité, à ce stade, de se séparer psychologiquement de l'objet maternel crée une fixation narcissique sur leur propre corps qui les empêche d'aller vers les objets

extérieurs par le moyen de l'objet transitionnel externe. Cette incapacité de séparation d'avec la mère est repérable dans quelques autoportraits des participantes. A la page suivante (ill. 2, ill. 3), une participante a dessiné sa mère à côté d'elle-même dans son premier autoportrait dont le thème était l'«image de soi» et s'est représentée à la mer dans son deuxième autoportrait, répondant ainsi au thème de l'«idéal de soi». L'interdiction fantasmée de s'individualiser est vécue de façon intense par cette participante.

La compréhension et l'acceptation des désirs de fusion et des désirs d'individuation ainsi que la création de l'illusion que la réalité intérieure et la réalité extérieure sont exactement la même chose, sont primordiaux pour que l'enfant développe le sentiment d'une identité séparée et pour qu'il s'approprie psychiquement son corps, sa capacité de penser et ses émotions (McDougall, 1989).

Par la théorie du stade du miroir, Lacan s'est attardé au processus par lequel se réalise la personne.

... l'enfant, encore dans un état d'impuissance et d'incoordination motrice, anticipe imaginativement l'appréhension et la maîtrise de son unité corporelle. Cette unification imaginaire s'opère par identification à l'image du semblable comme forme totale; elle s'illustre et s'actualise par l'expérience concrète où l'enfant perçoit sa propre image dans le miroir. (Laplanche et Pontalis 1967, p. 452)

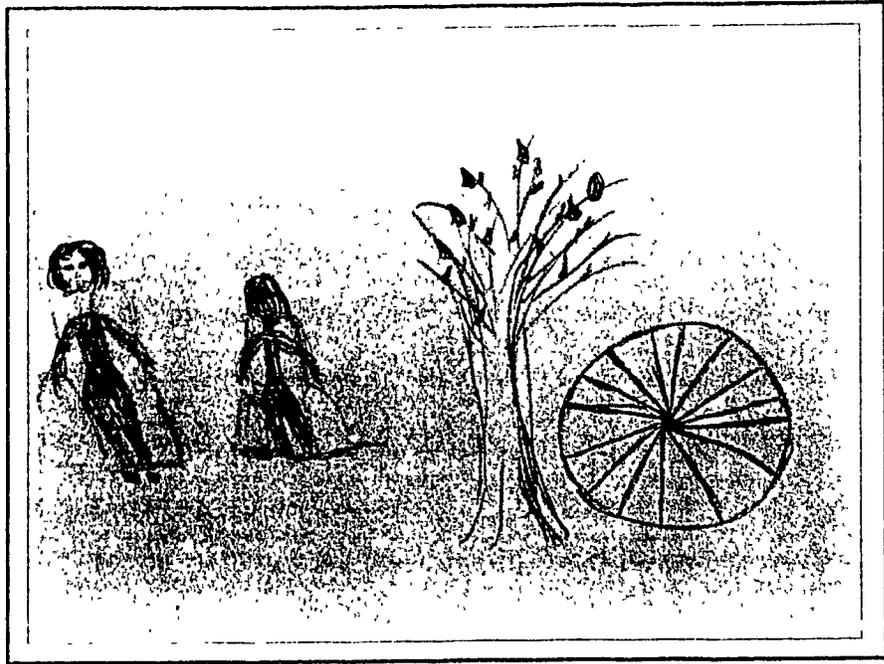


Illustration 2



Illustration 3

Le nourrisson, reconnaissant l'image dans le miroir comme sienne, perçoit sa mère en tant que forme totale et comprend qu'il est distinct d'elle. Il porte dès lors un intérêt libidinal à ses parents; cette énergie libidinale se détournera par la suite du milieu familial pour se diriger par un choix objectal vers une personne étrangère. La constitution de l'image du corps dépend donc de la reconnaissance de soi (Lacan, 1966).

Lorsque le stade du miroir a été mal assumé, il arrive que les limites du moi s'effondrent et que le fantasme du corps morcelé ressurgisse chez la personne. L'angoisse d'un morcellement apparaît à la suite de la perte d'unification narcissique (Laplanche et Pontalis, 1967).

Certaines caractéristiques d'une personnalité narcissique sont l'orgueil, la vanité, l'égoïsme et l'indifférence aux autres. Freud fut le premier à suggérer une analyse psychologique approfondie du narcissisme et à le relier au problème du moi (1914). En définissant le narcissisme, Freud a attribué à l'égoïsme la fonction d'autoconservation du moi: «... le complément libidinal à l'égoïsme de la pulsion d'autoconservation...» (1914, p. 82). Si on se réfère au mythe de Narcisse, le narcissisme est l'amour porté à l'image de soi-même, le corps propre est investi comme objet d'amour.

Freud (1914) a ajouté que la perte de l'objet implique une blessure narcissique et provoque de l'angoisse. Wulff (Brusset et al., 1991) a

affirmé qu'une perte affective ou une blessure narcissique précède toujours le syndrome boulimique.

Le narcissisme est en soi une étape capitale et normale du développement humain. Freud ainsi que d'autres psychanalystes distinguaient deux types de narcissisme: le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire. Le narcissisme primaire se manifeste au moment où l'enfant se découvre comme objet d'amour. L'amour de soi est une nécessité vitale à cette période de l'existence. Ses désirs étant satisfaits immédiatement et complètement, l'enfant a un sentiment de toute-puissance. L'adaptation au principe de réalité est retardée par l'auto-érotisme et l'autosatisfaction de cette expérience (Freud, 1916). L'indifférenciation du moi et du ça, à cet état narcissique premier (anobjectal) explique l'absence totale de relations avec l'entourage. Le nouveau-né n'ayant pas encore une constitution du moi se prend lui-même comme objet d'amour (Laplanche et Pontalis, 1967). Ceci renvoie à la théorie de Winnicott (1969) qui veut que l'adaptation de la mère aux besoins vitaux de son bébé soit suffisamment bonne et ne s'oppose pas à son omnipotence pour que, peu à peu, l'enfant renonce par lui-même à l'omnipotence. Cet intérêt que l'enfant a pour son propre corps doit être déplacé vers un objet sexuel extérieur pour qu'en résulte un narcissisme secondaire normal. La formation du moi se fait par l'identification à autrui. C'est en donnant place au réalisme d'un fonctionnement autonome qu'émergent l'identité et l'expérience de soi.

Bref, quand l'enfant a intériorisé l'amour de sa mère, il parvient à s'aimer comme il a été aimé et comme il est aimé; c'est le fondement de l'estime de soi. La reconnaissance de soi passe donc par celle de l'objet.

Dans l'individu, il y a une partie de son être que nous appelons son moi, qui est l'expression de ses pulsions de conservation et comprend l'idéal qu'il s'est assigné à lui-même. (Freud, 1916, p. 112)

Cet idéal serait toujours narcissique, selon Freud (1916), qui a perçu le narcissisme du moi comme un narcissisme secondaire. Il est l'investissement libidinal du moi dans sa grandeur d'idéal et le substitut du narcissisme d'enfance perdu. La libido, reconnue comme une dépense d'énergie, cherche à se fixer aux objets extérieurs mais, parfois, ces objets sont remplacés par le moi. Freud, par sa théorie de l'appareil physique, a élaboré sur le narcissisme primaire, le narcissisme secondaire et le narcissisme absolu retrouvé dans le rêve.

Kohut, tout comme Freud, Winnicott, Grunberger et Mahler croyaient à un état originel de toute-puissance narcissique au début de la vie «narcissisme primaire». Dans «Le Soi», Kohut (1974) a énuméré les personnalités narcissiques que l'on reconnaît en psychanalyse par des manifestations transférentielles; il a identifié deux genres de transfert: le transfert idéalisant et le transfert en miroir.

Ce que Kohut (1974) a nommé le transfert idéalisant est la stimulation thérapeutique d'une image parentale idéalisée qui provient d'un soi-objet archaïque et rudimentaire. L'enfant a une sensation d'impuissance et de vide intérieur quand il est séparé du soi-objet idéalisé avec lequel il essaie de garder une union continue. Ces idéalizations dépendent totalement d'un contexte narcissique. La source ainsi que l'amplitude de cette dépendance de l'enfant à ces objets idéalisés sont leur représentation d'un segment absent de la structure psychique du soi (1974). L'équilibre narcissique est maintenu par l'attention et l'approbation constantes offertes par les substituts de soi-objets idéalisés qui ont été perdus dans l'enfance.

Les sensations de vide intérieur et d'impuissance face aux échecs sont décrites répétitivement par les mangeuses compulsives. Miller (1986) a affirmé que ce vide ressenti est réel lorsque l'enfant a vécu un sentiment d'abandon et n'a pu exprimer sa détresse ou lorsqu'il a grandi dans un entourage incompréhensif où ses besoins narcissiques sont demeurés insatisfaits. L'enfant a besoin d'être reconnu pour ce qu'il est dans ses sentiments, ses sensations et dans l'expression de ceux-ci. C'est lorsque le parent ne répond pas aux besoins du nourrisson mais plutôt aux siens que se développe le trouble narcissique (Miller 1986).

Plusieurs mécanismes de défense sont disponibles pour se protéger du sentiment d'abandon vécu lors de la petite enfance, entre autres, le déplacement vers d'autres objets comme la nourriture. C'est ainsi que se développe également le non-soi, cette personnalité fictive

que Winnicott (1971) nomme «faux-soi». Pour ne pas ressentir l'insoutenable douleur du sentiment d'abandon, le nourrisson abdiquera ses besoins et se conformera à ceux de ses parents, c'est alors que naît le faux-soi.

A chaque besoin refoulé et à chaque frustration, l'enfant se ferme un peu plus sur lui-même jusqu'au jour où il atteint un seuil critique et est essentiellement fermé sur lui-même, à ce moment-là on pourrait dire qu'il est davantage irréel ou faux que réel ou vrai et qu'il bascule dans la névrose. Là naît le double soi (ou moi): le vrai-soi et le faux-soi. Le vrai-soi représente les vrais sentiments et besoins de l'organisme et le faux-soi est la façade nécessaire pour plaire et satisfaire les exigences des parents névrotiques. Le clivage ou la scission entre lui et ses propres sentiments survient de la terrible désespérance de n'être jamais aimé par ses parents.

Et on comprend alors que ces patients se plaignent de sentiments de vide, d'absurdité, de non-appartenance, car ce vide est réel. Il y a un véritable appauvrissement, un anéantissement partiel de leurs propres possibilités, lorsqu'a été amputé ce qu'ils avaient de vivant et de spontané. (Miller, 1986, p. 24)

Le transfert en miroir réactive le soi grandiose et nourrit les fantasmes de grandeur et d'exhibitionnisme. Selon Kohut, ces deux types de transfert protègent la personne du danger de la perte permanente du soi. Ils représentent l'activation d'un stade primaire du soi. Quand la mère est capable d'être réfléchissante pour l'enfant, par son amour et ses soins, l'enfant peut vivre des

expériences fusionnelles avec la toute-puissance idéalisée du soi-objet (1974).

A partir de tels énoncés, on comprend que l'enfant, au tout début de sa vie, peut maintenir le sentiment de bien-être initial s'il arrive à produire une image grandiose et exhibitionniste de soi qu'il pourra ensuite abandonner pour laisser la place à un soi-objet transitionnel omnipotent, une image parentale idéalisée ou un soi-objet. Les personnes souffrant de troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) semblent être encore à la recherche de cette image grandiose et exhibitionniste de soi. Leur fragilité narcissique se découvre dans leurs relations objectales, leur relation à leur image corporelle et leur regard sur elles-mêmes (Jeammet in Brusset et al., 1991). Le narcissisme de la personne boulimique est soutenu par des objets externes et son estime de soi en dépend.

## **Chapitre II**

### **Corps et image**

L'utilisation de l'image artistique dans la perception de soi

La thérapie par l'art est une méthode d'exploration de l'inconscient où l'utilisation de médias artistiques constitue un excellent outil pour stimuler l'investigation psychologique. En plus de favoriser l'expression des sentiments, l'art est un médium visuel tangible qui peut servir de médiateur et de processus de distanciation entre le thérapeute et le client.

Puisque les troubles de l'alimentation sont la manifestation symptomatique cachant une pathologie interne, il est possible par l'art d'accéder aux problèmes profondément enfouis ou difficiles à verbaliser. L'activité créatrice est un exutoire à l'affectivité inconsciente et laisse transparaître les craintes, les désirs, les soucis et les rancunes. Plutôt que d'abandonner le patient dans un état inactif ou passif comme le font d'autres thérapies, l'acte créatif permet de passer à l'action. Les femmes qui seraient démunies sur le plan affectif peuvent exprimer leurs émotions et dévoiler leurs états d'âme à travers le dessin ou la peinture sans se sentir menacées. La thérapie par l'art, de par sa valeur expressive, est appropriée pour évoquer des sentiments et des souvenirs oubliés reliés à l'expérience corporelle tout en laissant à la créatrice le temps nécessaire pour déchiffrer les messages trop pénibles à recevoir à cet instant.

Il est arrivé à maintes reprises pendant les ateliers qu'une participante se remémore, après l'accomplissement d'un dessin, un

événement qui semblait complètement anodin en le racontant, mais qui, après réflexion, apporta des réponses à des questions depuis longtemps enfouies.

Cette approche permettra d'examiner les relations pouvant exister entre la créativité et la conscience corporelle ainsi que son agissement sur la perception de soi et sur l'expression des besoins individuels intimement liés aux désirs et à la spontanéité de chacune.

Freud prétendait que toute personne a des désirs inassouvis, qu'ils soient conscients ou pas. Il sera donc possible d'aider les femmes insatisfaites qui se tournent vers la nourriture pour suppléer à leurs manques et de se servir de cette activité créatrice pour comprendre et communiquer leurs déceptions. Freud a remarqué que, le plus souvent, les oeuvres d'imagination renferment des fantasmes

Nous pouvons établir que le fantasme n'est pas le fait de la personne heureuse mais plutôt de celle qui est insatisfaite. Les forces motivantes des fantasmes sont des désirs insatisfaits et chaque fantasme est l'accomplissement d'un désir, la correction d'une réalité frustrante. (Freud cité par Storr, 1974, p. 34)

De surcroît, selon Freud, les oeuvres créatrices serviraient de substitut à ce que l'artiste ne peut obtenir dans la réalité, l'art n'étant alors rien d'autre qu'un rêve. Or, cette affirmation fut très contestée par de nombreux critiques qui ont proclamé que son

explication est incomplète et qu'elle ne considère aucunement l'aspect purement esthétique de l'oeuvre (Storr, 1974).

A partir des techniques d'association libre, de l'analyse des rêves et des peintures, croquis ou dessins occasionnels que ses patients produisaient dans le simple but d'expliquer leurs rêves, Freud a élaboré des concepts tels que la sublimation, le pré-conscient et la régression. Ces concepts ont permis la compréhension non seulement des rêves mais aussi des phénomènes artistiques.

Parmi les principales théoriciennes de la thérapie par l'art, on retrouve Naumburg et Kramer. Naumburg (1966) voyait l'art comme un instrument qui facilite l'émergence et la verbalisation d'affects refoulés. L'art ayant une possibilité cathartique, peut aider la verbalisation des conflits inconscients. D'orientation psychanalytique, Naumburg affirmait qu'il y a une capacité latente en tout être humain d'exprimer des conflits intérieurs par la forme visuelle.

Pour Kramer (1971), l'art a un effet régulateur de la personnalité et il sert à l'organisation psychique. Kramer insistait sur la valeur de reconstruction de l'ego au moyen de l'art visuel. Elle croyait que, par sa sublimation, le travail créateur a en lui-même un potentiel curatif. Le concept de sublimation serait la base de la recherche en thérapie par l'art.

Cet art qui se vit de l'intérieur peut susciter des représentations internes et des réminiscences de perturbations ancrées dès la petite enfance des femmes souffrant de troubles de l'alimentation. En rendant ces images conscientes et tangibles à travers les dessins, les peintures ou les sculptures, il devient possible d'en chercher la signification à l'aide de mots en tenant compte également des projections ou des commentaires du groupe et des thérapeutes. Cette analyse peut avoir lieu immédiatement ou plus tard puisque l'oeuvre ne se volatilise pas comme les mots. Par l'image, il est parfois possible de rejoindre plus aisément les souvenirs; toutefois, l'expression artistique demeure un événement en soi.

En parlant des enfants, Dolto a expliqué comment il est possible de s'exprimer avec spontanéité à travers les dessins, les couleurs et les formes. «Ils aiment alors à «raconter» ce que leurs mains ont traduit de leurs fantasmes, ils verbalisent ainsi ce qu'ils ont dessiné et modelé à qui les écoute». (1984, p. 7)

Ce qui s'est imposé peu à peu à moi, c'est que les instances de la théorie freudienne de l'appareil psychique: Ça, Moi, Surmoi, sont repérables dans toute composition libre, qu'elle soit graphique (dessin), plastique (modelage), etc. Ces productions de l'enfant sont ainsi de véritables fantasmes représentés, d'où sont décodables les structures de l'inconscient. Ils ne sont décodables comme tels que par les dires de l'enfant qui anthropomorphise, qui donne vie aux différentes parties de ses dessins dès lors qu'il en parle à l'analyste. (Dolto 1984, p. 7)

Grâce aux dessins successifs, aux souvenirs et aux associations qui en découlent, la thérapie par l'art permet de libérer et de comprendre les oeuvres créatrices qui supportent et illustrent les fantasmes ainsi que la relation de transfert chez les enfants comme chez les adultes. C'est, comme l'entendait Dolto (1984), par le dialogue analytique avec l'auteur de l'oeuvre que l'art-thérapeute se doit de comprendre l'image. Le thérapeute interprète l'image en tenant compte des données et associations verbales du sujet.

Le terme «image du corps» signifie ici la représentation mentale que la personne a d'elle-même et de son corps et à la façon dont elle se voit et se sent. Il a été reconnu par quelques chercheurs que l'image du corps est la référence à l'autoperception du corps propre comme expérience psychologique (Schilder, 1986). La thérapie par l'art serait donc un excellent outil pour rendre cette image concrète.

A travers le geste créateur, la contemplation de l'oeuvre produite et les verbalisations que celle-ci suscite, les mangeuses compulsives parviendront peut-être à découvrir certains manques profonds. Ces manques ainsi que les pulsions réprimées, créant des tensions qu'elles essaient sans succès de combler par la nourriture, peuvent être progressivement libérés ou atténués par la création.

En général, très peu de femmes semblent satisfaites de leur corps et dans les ateliers, il n'y en avait aucune. Les participantes ont appris à valoriser une image stéréotypée du corps qui rejette tout corps qui n'y est pas conforme. Certaines femmes n'arrivent pas à s'aimer si

elles ne peuvent pas s'identifier à ce corps idéalisé. Freud (1914) expliquait que nos idéaux sont inscrits dans une partie du moi qui est le moi idéal et c'est dans ce moi idéal que l'on retrouve le narcissisme originaire. Ce narcissisme originaire est la perfection narcissique de l'enfance à laquelle l'être humain aspire. «Ce qu'il projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance; en ce temps-là, il était à lui-même son propre idéal» (1914, p. 98). L'être humain atteindra donc une satisfaction narcissique dans la réalisation de ses idéaux.

Il est primordial pour l'être humain de préserver partiellement ses investissements narcissiques primitifs pour qu'apparaisse un idéal du moi au cours du développement psychique normal.

Chasseguet-Smirgel (1971), a écrit que la création permet, sans aucune aide externe, la récupération du narcissisme perdu dans la petite enfance.

... ces patients, tombés malades par manque d'apports narcissiques externes dans leur toute petite enfance parviennent, par le truchement de l'acte créateur, à combler leurs déficits narcissiques de façon autonome. En ce sens la création est une autocréation et l'acte créateur tire son impulsion profonde du désir de pallier par ses propres moyens, les manques laissés ou provoqués par autrui. (1971, pp. 102-103)

L'activité créatrice aiderait donc les personnes boulimiques à trouver une autonomie totale nécessaire à leur fonctionnement en

les re-narcissisant par la création, remplaçant ainsi le besoin de vomir.

Pourquoi l'autoportrait?

Cette inexplicable et perpétuelle obsession du corps incite à vouloir comprendre la perception que les femmes en ont. Si cette image obscure qu'elles ont d'elles-mêmes peut leur être reflétée par leurs créations (dessin de leur corps tel qu'elles le voient), cette image sera claire et sans équivoque pour la participante et les autres membres du groupe. C'est par un exercice semblable qu'il est possible de constater la puissance de l'image. Malgré leur tentative de décrire et expliquer de long en large, uniquement par des mots, comment elles se perçoivent, il n'en demeure pas moins que ceux qui l'écoutent se créent inévitablement une image mentale subjective. L'image du corps ne coïncide pas avec le corps objectif; elle est plutôt le résultat de représentations mentales du corps et édifie l'image du moi (Fenichel, 1953). Ces images mentales peuvent différer considérablement l'une de l'autre quand il est question de visualiser un corps gros, obèse, mince, grand, petit, beau, répugnant ou normal. Par l'art visuel, on peut présenter une image précise de ce qu'on entend par gros ou mince, cette image rendant toute description verbale superflue... car une image vaut mille mots.

Les personnes fortes varient beaucoup dans la façon dont elles se perçoivent. Il semble que les personnes qui sont devenues obèses à l'âge adulte plutôt que dans leur petite

enfance, ont une perception plus réaliste que celles qui ont souffert de tout temps d'obésité. (Bruch, 1978, p. 112)

Des perturbations au niveau des expériences interpersonnelles primitives sont à l'origine de la conception de monstruosité et de grotesque que l'on a de soi. (Bruch, 1978, p. 125)

Cette première observation a été appuyée par les études de Stunkard et Mendelson, et de Stunkard et Burt (Bruch, 1978) sur les attitudes émotionnelles des personnes obèses envers leur corps. Les personnes qui avaient une conception très déformée de l'image du corps étaient, pour la moitié, des adultes qui sont devenus obèses vers l'âge pubère ou même avant.

Les personnes ayant un trouble du comportement alimentaire ont souvent une image corporelle déformée. La dimension s'y trouve surestimée, les limites restent floues et l'intérieur est ressenti comme vide. Par ailleurs, certaines boulimiques n'ayant pu se séparer du corps maternel ont développé une représentation du corps androgyne, fille et garçon à la fois. (Rémy cité par Vindreau dans Brusset et al., 1991) Cette problématique est observée dans le prochain autoportrait (ill. 4).

A l'aide de ces autoportraits, certaines caractéristiques communes à plusieurs pourront être observées.

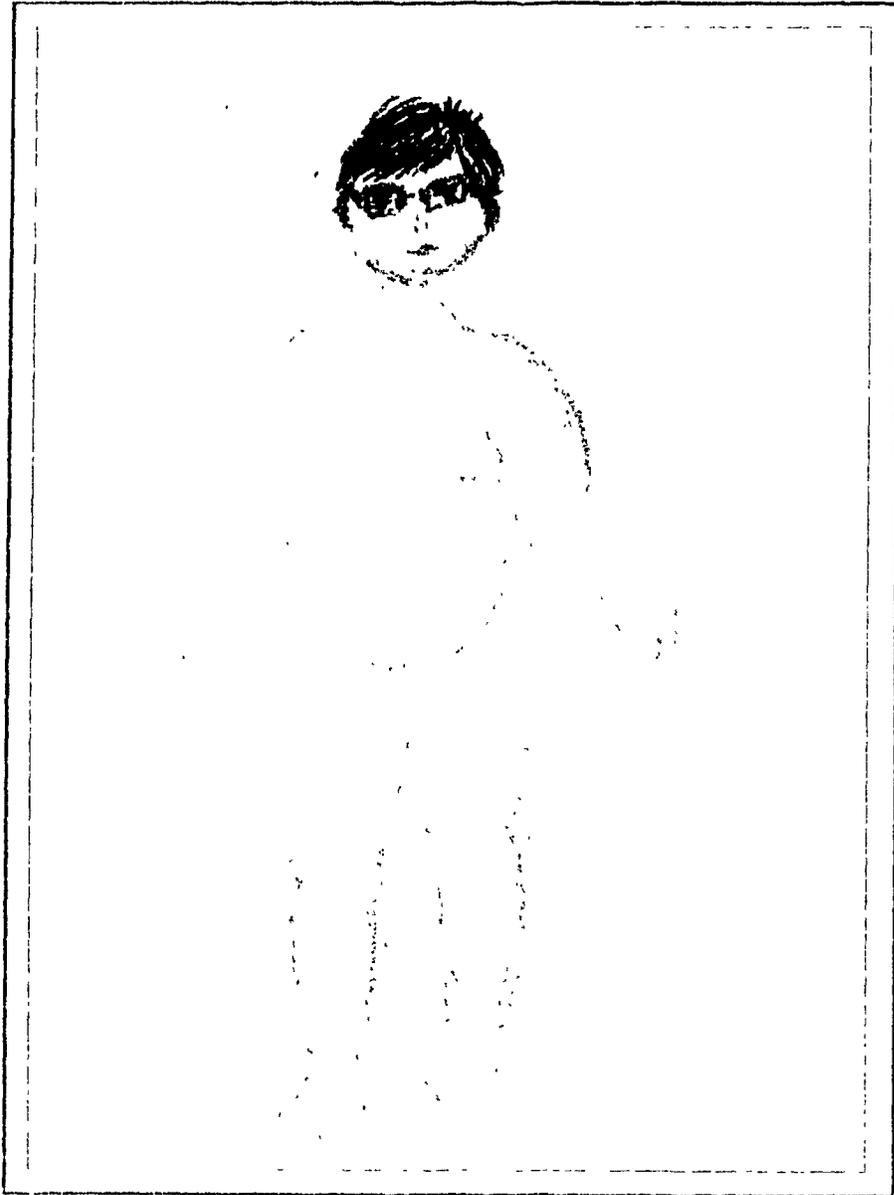


Illustration 4

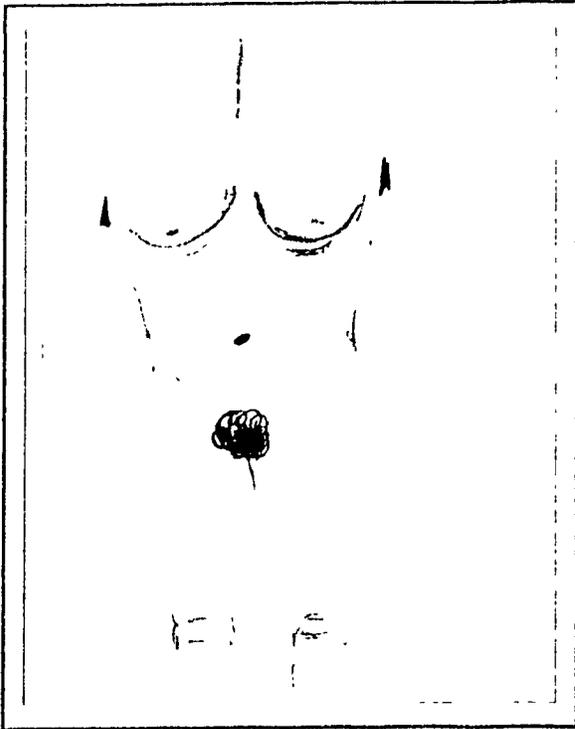
## Dichotomie entre la tête et le corps

Un premier aspect fréquent est le traitement du cou. Dès les premiers autoportraits, apparaît une dichotomie remarquable entre la tête et le corps dessinés par plusieurs de ces femmes. Leurs discours et leurs dessins révélaient un dualisme entre le corps et l'esprit. Ces observations concordent avec les écrits d'Aimez et Ravar (1988) qui ont précisé que, pour plusieurs boulimiques, le corps (charnel) et l'esprit sont divisés:

Chez de nombreuses boulimiques, le corps lui-même est comme coupé en deux: le «haut» (tête, visage et cou) est considéré comme «acceptable», parfois même aimable et le «bas», le corps proprement dit (thorax, bassin, cuisses et jambes), infiltré de «mauvaise» graisse, affligé de rondeurs et d'attributs féminins, totalement désavoué. (1988, p. 100)

Cette division déraisonnable entre le spirituel et le charnel, cette négation du corps est vraisemblablement caractéristique de la boulimie. Quelques exemples peuvent être observés à la page suivante (ill. 5, ill. 6, ill. 7).

Le cou qui joint la tête au corps est l'indice de coordination entre la zone de contrôle et la zone des pulsions. L'absence du cou dénote un manque de contrôle et de coordination. Mundy (Wenck 1984), voyait dans l'absence du cou une certaine impulsivité; selon lui, ces personnes seraient à la merci de leurs comportements impulsifs.



• Illustration 5

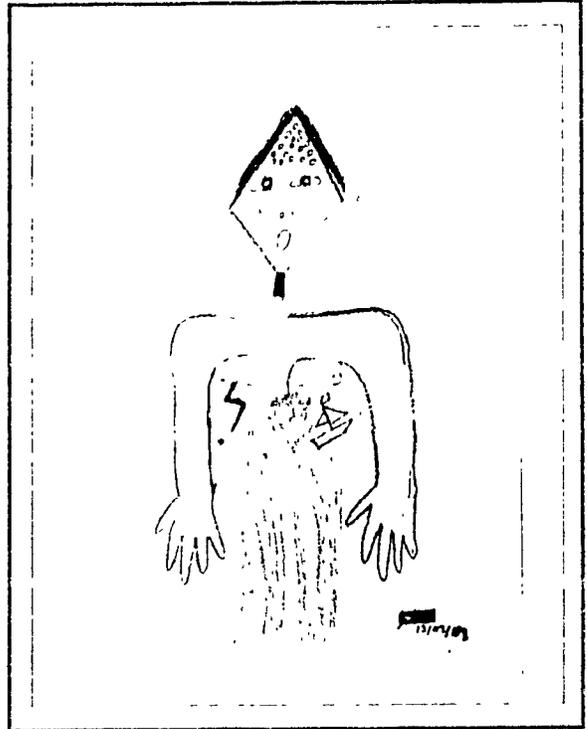


Illustration 6



Illustration 7

Le cou est également la région par où la nourriture passe pour remplir le corps ou le vider par des vomissements. Les traits obstruant ou coupant le cou peuvent avoir pour fantasme, non seulement de les couper de leurs émotions, mais d'empêcher la pénétration de la nourriture. L'obstruction du cou mettrait ainsi fin à leurs perversions orales.

Une deuxième similitude dans les autoportraits est la qualité du trait (hachuré, brisé, discontinué, faible) employé pour délimiter le corps.

### Contours du corps

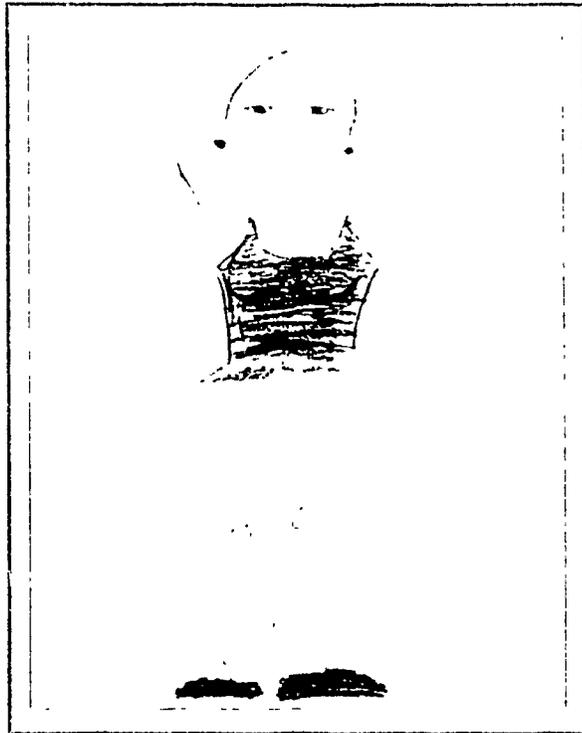
Les lignes floues et indéfinies contournant ou enveloppant le corps peuvent illustrer une difficulté à délimiter le corps ainsi qu'un rejet de l'anatomie. Cette imprécision quant à la limite ou la grosseur du corps, créée par un contour pâle, indéfini et morcelé, est très fréquente dans les autoportraits des participantes. Le mépris du corps et de ses formes éprouvé par plusieurs boulimiques est souvent reflété par la piètre qualité du trait qui contourne le corps, synonyme d'une enveloppe charnelle. «La dysmorphophobie - haine des formes ou d'une partie définie du corps - prend le relais de la plainte, devenue insoutenable, d'un corps obèse» (Aimez et Ravar, 1988, p. 136).

Trop gros, trop mou, trop flasque, mal fait, ce corps ne sera jamais bien, malgré les régimes, les privations, le sport. Il ne sera jamais «aimable», digne en tout cas d'être aimé par celle qui l'habite. (Aimez et Ravar, 1988, p. 136)

Ces corps aux limites mal définies semblent fragiles et même perméables. Ils laissent tout pénétrer et tout déborder. Toute la nourriture peut être engloutie et expulsée car un corps souple sans barrières peut sans cesse se remodeler et se transformer. Deux exemples de corps au contour indéfini se trouvent à la prochaine page (ill. 8, ill. 9).

Le contour ou l'enveloppe narcissique du corps résulte de contacts signifiants pendant l'enfance, de soins donnés et du fait d'être compris. Ainsi, la compréhension maternelle rassure et apporte satisfaction et sentiment de bien-être. Quand l'enfant est investi narcissiquement par la mère, cette enveloppe devient un support de l'illusion de la dyade amoureuse.

Toutefois, le rejet du corps ou la relation difficile de la personne boulimique avec celui-ci peut également s'exprimer à l'encontre d'une certaine partie du corps dans l'autoportrait et se manifester par un camouflage, une accentuation, une atténuation ou une déformation.



\* Illustration 8

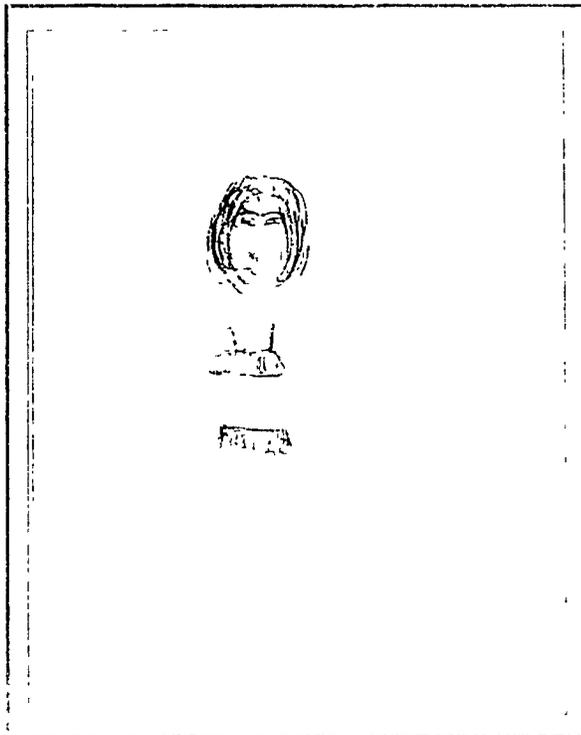


Illustration 9

## Dedans-dehors et limites du corps

Les lectures sur la compulsions alimentaire renvoient constamment au «dedans-dehors» confus de ces personnes. Les boulimiques s'adonnent à la boulimie par désespoir, ne reconnaissant pas les frontières entre dedans et dehors, entre ce qui leur appartient et ce qui vient des autres, entre le rêve et la réalité (Igoïn, 1979). Elles recherchent les frontières, sont fascinées par les limites, ont besoin de les explorer et même de les transgresser pour mieux comprendre la réalité (Apfeldorfer, 1991). S'abstenir de manger et se remplir par une glotonnerie compulsive sont des moyens d'atteindre ces limites. Apfeldorfer (1991) a ajouté que ce sont l'immobilité et la passivité qui rendent cette différenciation du dedans et du dehors diffuse. L'image du corps se flétrit et la perception des limites corporelles devient difficile. Cela peut entraîner la dépersonnalisation qui s'accompagne d'un sentiment de toute-puissance. Selon Balasc (1990), la difficulté du bébé à se séparer de sa mère est à l'origine de la boulimie. Le bébé vit des fantasmes de toute-puissance où tous ses désirs, tous ses besoins de nourriture sont satisfaits; il a le contrôle; sa différenciation du dedans et du dehors est diffuse, comme pour les mangeuses compulsives. La distinction entre le dedans et le dehors signifie que le corps, en se fermant sur lui-même, s'ouvre sur un espace délimité par lui-même et par quoi il est délimité (Sami-Ali, 1984). Une explication plus extensive de cette non-distinction entre le corps et le non-corps du nourrisson se trouve à la section «soi et non-soi» du chapitre théorique de ce travail.

Balasc a écrit: «La question de la séparation ou non-séparation d'avec l'objet, du dehors et du dedans, est au coeur de la problématique addictive» (1990, p. 67).

L'espace désormais n'est qu'un dehors identique au dedans et que le dedans remplit en se vidant lui-même. Vide et plein et passage de l'un à l'autre dessinent une dynamique de l'imaginaire que l'angoisse de persécution met en oeuvre en opérant une régression vers l'espace bi-dimensionnel. (Sami-Ali, 1984, p. 144)

La symbolique du plein et du vide ainsi que celle du dedans et du dehors est répétée constamment dans les oeuvres des participantes, que ce soit dans des dessins, dans des peintures, dans des constructions en carton ou dans des sculptures en argile. Les réceptacles, contenant vides ou avec un contenu, les corps sans limites qui s'intègrent à l'environnement et les corps compressés par des vêtements procèdent également de cette symbolique.

Aimez et Ravar (1988) ont expliqué que cette impression de creux ou de vide ressentie à l'intérieur est égale à la recherche constante et angoissante des limites du corps. Les boulimiques chercheraient à expérimenter jusqu'à quel point elles peuvent se remplir et s'étirer.

Absence de jambes ou de pieds

Les autoportraits figuratifs font, sauf exceptions, part d'un manque au niveau des pieds ou des jambes. Des jambes incomplètes, coupées

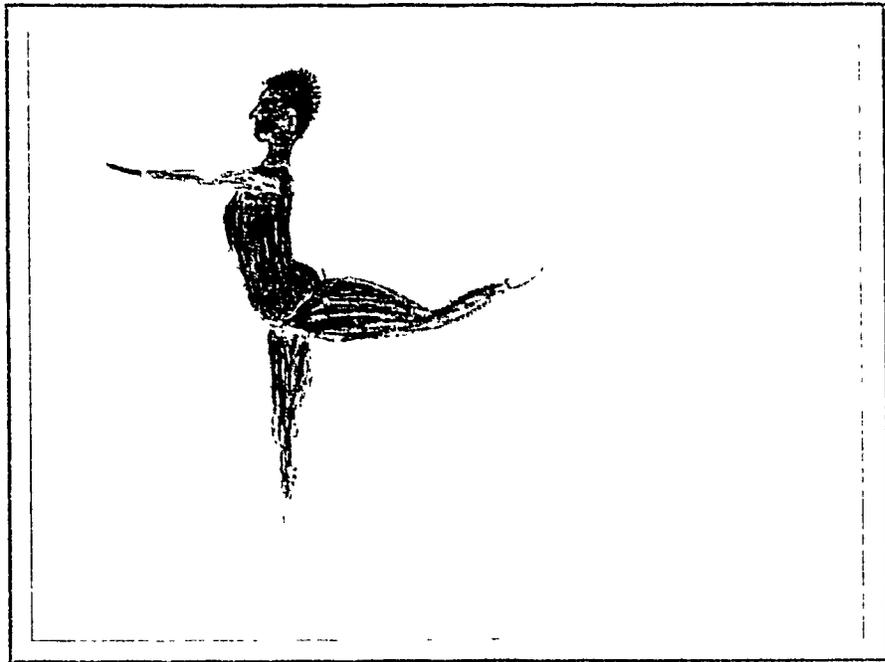
par le bas de la feuille, filiformes ou absentes et des pieds diminués ou omis sont des traits courants dans ces dessins. L'absence de ces éléments, selon Buck, (1970) qui font preuve de stabilité, de mobilité et d'autonomie peut être expliquée comme un retrait du monde réel et une façon de se refermer sur soi ou une sensation de perte d'autonomie. Quelques exemples de ce manque sont illustrés à la page suivante (ill. 10, ill. 11).

Sont englobés dans cette explication également les personnages flottants se tenant sur la pointe des pieds ou encore sur une seule jambe. Ces jambes et ces pieds qui ne peuvent pourvoir au soutien du corps perdent en quelque sorte leur raison d'être. Apfeldorfer (1991) a ajouté que les parties du corps qui tendent à être ignorées sont parfois celles devenues inaccessibles par les personnes obèses.

Dans ses autoportraits, une participante se dessinait nue, aucun membre ne manquant, sauf qu'elle ajoutait tout le temps une chaise sur laquelle elle s'appuyait d'une main.

Image du corps et schéma corporel

C'est principalement autour de certaines théories de Dolto que sera discutée l'image du corps. Dolto (1984) a établi une distinction claire entre le schéma corporel et l'image du corps. Une même



\*

Illustration 10



Illustration 11

personne peut avoir un schéma corporel sain tout en ayant une image du corps perturbée. En d'autres mots, le corps peut être en bon état tandis que son fonctionnement conscient est inadéquat (mutisme, tics nerveux, etc.). Ceci peut être causé par une libido liée à une image du corps inappropriée. Elle expliquait le schéma corporel comme «une réalité de fait» et un «vivre charnel» (p. 18) au contact des personnes qui l'entourent. Le schéma corporel est, selon elle, en partie inconscient ainsi que préconscient et conscient. Il est en principe le même pour tout le monde et évolue dans le temps et dans l'espace.

...ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres qui, sans lui, sans le support qu'il représente, resterait à jamais fantôme non communicable. (1984, p. 22)

Par contre, l'image du corps est inconsciente et elle est propre à chaque personne, étant rattachée à elle et à son histoire. C'est seulement en se liant au langage conscient que l'image du corps peut devenir partiellement préconsciente. La parole organise en image du corps les désirs accomplis. Cette image du corps est «la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles» (Dolto, 1984, p. 22); elle est le reflet du vécu d'une personne en relation aux autres. Toutes ces expériences, qu'elles soient valorisantes ou dévalorisantes, sont enregistrées par l'image du corps.

L'image du corps est à chaque moment, mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même

temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle: camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et gestes. (1984, p. 23)

Les pulsions naissent dans le schéma corporel et sont exprimées par l'image du corps. Elle est donc l'interprète du schéma corporel; c'est par la combinaison des deux qu'il est possible pour l'être humain de communiquer avec ceux qui l'entourent.

Dolto a identifié trois composantes d'une seule image du corps: l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. L'image de base a une dimension statique et donne à l'enfant un sentiment de «mêmeté d'être», ou de continuité narcissique. Le narcissisme serait: «la mêmeté d'être, connue et reconnue, allant-devenant pour chacun dans le génie de son sexe» (Dolto, 1984, p. 50). C'est ici que se développe la notion d'existence à l'aide d'échanges sécurisants et d'«affectifs euphorisants»; l'enfant a la liberté de s'exprimer vocalement, ou par des mimiques ou des gestes. Ce contact affectif et verbal est nécessaire pour que l'enfant ait confiance en lui en tant qu'être de désir et de langage, indépendant de son corps. Cette image de base est directement reliée au désir des parents. On retrouve, à ce stade, les conflits entre pulsions de vie et pulsions de mort qui se reflètent aux attentions des personnes maternant l'enfant. Il est l'«héritier symbolique du désir des géniteurs qui l'ont conçu» et c'est de là que naît son désir de vivre (1984, p. 50). L'image de base se constitue et se réfère au narcissisme primordial;

si cette image de base est menacée, un fantasme apparaît comme défense contre un sentiment de danger persécutif. C'est par ce fantasme de persécution, reliée à la zone érogène, qu'il réagit à ce qui met en danger son image de base.

Les représentations de l'image de base se retrouvent à chaque stade car elles sont modifiables. Après la naissance, l'image de base est «respiratoire-olfactivo-auditive», ensuite vient l'image de base orale et en dernier lieu, l'image de base anale. C'est l'image de base orale qui, comprenant toute la zone buccale, semble être en accord avec les sensations de faim et de satiété. Elle associe l'image du ventre, au cavum et au thorax. Elle représente le plein, le rassasiement ou la faim, le vide de l'estomac (Dolto, 1984).

L'image fonctionnelle, qui est la représentation de l'image du corps dans le temps, vise à combler le désir en activant les pulsions de vie. Les pulsions de vie peuvent donc être subjectives aux désirs personnels et objectives en relation aux autres grâce à cette image fonctionnelle. L'image fonctionnelle anale du corps de l'enfant est premièrement une image d'émission expulsive qu'il ressent et subit passivement telle que la défécation, et deuxièmement une image qui exprime l'agréable expulsion sthénique d'un objet partiel. L'enfant cherche à éviter ce qui est déplaisant par la représentation fantasmatique de ce qui est plaisant et bon; il sera condamné à retrouver le plaisir en répétant les expériences plaisantes, comme l'expulsion sthénique. L'image fonctionnelle actualise un

enrichissement des relations à autrui par les zones érogènes (Dolto, 1984).

L'image érogène est la troisième composante de l'image du corps. Elle est le lieu de focalisation du plaisir ou déplaisir érotique en relation avec autrui. L'image érogène se représente par des cercles, concaves, boules, palpés, trous et traits (Dolto, 1984).

Par ces trois composantes, l'image du corps se transforme, se métabolise et se remanie selon les affrontements et les limitations (castrations symboliques) que l'enfant rencontre dans ses relations.

L'image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images: de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique. (1984, p. 57)

Ce que Dolto (1984) a nommé l'image dynamique est la représentation du désir ou le trajet du désir à la recherche d'un nouvel objet. Quand cet objet vient à manquer, l'enfant fait un transfert auto-érotique, sur un objet partiel tel que son pouce ou son poing, qui devient le support illusoire ou le substitut tactile du sein de la mère. «Il entre ainsi dans un symptôme compulsif de style obsessionnel, où son désir se sert de l'image du corps, fonctionne pour fonctionner» (p. 61). L'enfant répète cette expérience, sucer le pouce, dans le but d'obtenir la même sensation corporelle qui s'accompagne de fantasmes divers. Cette image

dynamique est «une intensité d'attente de l'atteinte de l'objet» (p. 58).

C'est probablement cette même sensation corporelle qui est recherchée compulsivement dans la nourriture par la personne boulimique. La boulimie correspond au stade oral comme une première étape de la sexualité prégénitale.

La possibilité d'une expérience de création est offerte aux participantes, l'art étant en soi un instrument privilégié d'auto-création. Par la création d'images, elles peuvent explorer de nouvelles avenues où s'esquisse le futur de leur être. En entrant dans ce jeu qu'est la création, elles retrouvent la liberté souveraine des rêveries d'enfance. L'art peut rendre le monde intérieur visible et ainsi, elles peuvent pénétrer le mystère et les profondeurs de leur être et retrouver cette enfance éternelle toujours présente.

## **Chapitre III**

### **Description de l'expérience**

## Sujets

### Méthode de recrutement

A l'aide de quelques annonces publicitaires dans des journaux, des centres d'aide et des lieux publics s'adressant aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation, deux étudiantes en art-thérapie ont recruté vingt-huit femmes formant trois groupes. Ces femmes avaient entre vingt-cinq et soixante ans, la moyenne étant d'environ trente-cinq ans; la plupart possédaient un niveau de scolarité et de réalisations professionnelles élevé. Quelques échanges verbaux à l'inscription révélèrent que certaines de ces femmes expérimentaient sans cesse diverses thérapies en gardant toujours espoir que la dernière trouvaille soit la bonne pour elles. Pour d'autres, venir à des ateliers de thérapie par l'art ou suivre un cours quelconque étaient tout simplement des moyens de sortir de la maison, de briser leur isolement et surtout d'oublier la nourriture pendant quelques heures.

Les trois groupes débutèrent leurs rencontres, en septembre 1989, dans trois centres de services communautaires situés dans des quartiers différents. Il s'agissait de rencontres hebdomadaires de deux heures qui se sont terminées en décembre 1989. Ces lieux étaient en général connus et occasionnellement fréquentés par presque toutes les femmes inscrites aux ateliers. Ce fait joua un rôle positif dans l'établissement d'un climat de confiance.

## Entrevue

Une entrevue individuelle avec chaque participante, d'une durée d'environ une heure et demie, eut lieu vers la sixième session, soit à la mi-étape. Cette rencontre animée par les deux étudiantes en art-thérapie avait pour but de connaître l'histoire personnelle et familiale de chaque participante. Chacune fut invitée à élaborer sur ce qu'elle venait chercher en thérapie, en débutant par leurs premiers souvenirs de la relation familiale et les sentiments encore ressentis. Après la cueillette de quelques données précises telles leur âge, le nombre de leurs frères et soeurs et leur expérience de la transformation du corps à la puberté, l'entrevue se déroulat à bâtons rompus, d'une manière ouverte et spontanée pour respecter les besoins de chacune. La question sur la puberté devait aider à comprendre comment furent appréhendés les premiers changements physiques et l'impact psychologique en découlant. L'immense majorité des participantes associèrent leur problème de poids à cette période cruciale de leur adolescence. De surcroît, cette rencontre fut un moment privilégié pour parler librement, qui de viol(s) et d'inceste subis, qui de tentatives de suicide, d'hospitalisation en psychiatrie, d'expériences homosexuelles, enfin de sujets intimes, parfois traumatisants que la gêne relègue aux oubliettes en présence d'un groupe ou en toute autre circonstance. Cette entrevue était désirée et attendue par chacune étant donné l'abondance de déclarations intimes.

## Méthodologie

### Observations

La première réaction des participantes à l'égard de cette approche thérapeutique non conventionnelle et non verbale qu'est l'art-thérapie était généralement un scepticisme à peine voilé. Elles avaient tendance, en premier lieu, à accorder à la thérapie par l'art une valeur de divertissement et, sous-estimant son potentiel thérapeutique, elles n'avaient aucune raison de se sentir menacées. Malgré notre insistance à préciser, dans l'explication initiale, que les ateliers d'art thérapeutique n'étaient pas des cours et que les étudiantes en art-thérapie n'étaient pas des professeures, plusieurs interchangeaient avec aisance les mots cours, classe et atelier ou animatrices, professeures et thérapeutes. Leur participation aux activités créatrices facilita, pour la plupart, la compréhension de cette démarche thérapeutique beaucoup plus que les commentaires verbaux. Elles constataient avec émerveillement, et stupeur dans certains cas, que l'expression, la compréhension et la communication avec les autres membres du groupe était possible par ce dialogue visuel. Par ailleurs, quelques-unes préféraient tout de même considérer les ateliers comme des cours et attendaient de recevoir des réponses, des guides, des recettes-miracle, etc. Cette attitude peut être attribuée à la problématique de la boulimie vécue par ces femmes. Elles ont un grand besoin de recevoir et n'en ont jamais assez. Cette faim excessive, au sens large, peut être ainsi

repérée dans des fonctions autres que la prise alimentaire. Comme l'indique Bruch: «... le mot «faim», pris au sens figuré, se rapporte à un état de besoin en général ou bien à un désir violent autre que celui de manger» (1978, p. 63).

Dès le départ, tout en mettant l'accent sur la manière de répondre à leurs besoins, les participantes furent informées de l'intérêt des deux thérapeutes pour cette problématique, étant toutes deux étudiantes de maîtrise en préparation de thèse et du fait que ce travail clinique (les ateliers thérapeutiques) serait annexé à une recherche théorique sur le sujet. Il fut précisé également que quelques dessins, choisis parmi les productions des trois groupes, seraient indispensables à cette recherche. Ces oeuvres seraient traitées de façon anonyme et ne pourraient être utilisées sans leur consentement écrit. Il était bien clair que ces renseignements sur les besoins des thérapeutes pouvaient semer un doute dans l'esprit des participantes au sujet de la capacité de celles-ci à les aider et que ce doute aurait des répercussions sur le transfert.

#### Thèmes et matériaux d'art

Contrairement aux autres activités créatrices, l'autoportrait fut dirigé par un thème donné et des matériaux artistiques imposés. Des thèmes plus vastes étaient suggérés pour tous les autres ateliers et plusieurs matériaux étaient accessibles; par exemple, un libre choix de formats de papier était toujours disponible.

En ce qui a trait à l'autoportrait, il semblât plus simple de fournir un seul format de papier, 18" X 24" (grandeur moyenne) en prévision de l'effet désiré; cette grandeur parut adéquate pour y dessiner un corps avec les pastels. Le choix de pastels secs et de pastels à l'huile pour accomplir ce travail fut motivé par de nombreuses considérations. D'une part, les pastels se manient aisément et offrent un éventail de couleurs attirantes; d'autre part, un travail en pastels s'exécute d'habitude assez rapidement si on le compare à un travail en peinture qui demande plus de préparatifs pour le mélange de couleurs par exemple, et de soins comme le nettoyage des pinceaux. Ce médium offre aussi plus de souplesse que les crayons fins et durs. Il semble être à mi-chemin entre le trop rigide et le trop souple.

Puisque les pastels à l'huile ont une certaine ressemblance avec les crayons de cire, familiers à toutes, ils diminuent les inquiétudes et favorisent l'instauration rapide d'un climat de confiance. Ils peuvent être utilisés conjointement avec les pastels secs qui offrent une large finesse de tons et couvrent de grandes surfaces avec facilité. Les pastels secs sont doux au toucher et s'estompent du bout des doigts pour créer une variation de nuances ou donner l'effet délicat et doux de la peinture à l'eau.

Puisque le médium employé conditionne l'oeuvre et le mouvement, ces deux types de pastels permettant l'atténuation des traits, ont l'avantage d'être clairs, directs et précis dans l'expression de

sentiments et de désirs tout en protégeant la créatrice contre des révélations trop claires et des émotions trop fortes.

### Thème du soi idéal

Le portrait d'un «soi idéal» fut généralement plus difficile à entamer, car le temps de réflexion devant la page vide était plus long et pour quelques-unes, le «soi idéal» était irréalisable. Dans ce travail, est inclus l'exemple de «B», (ill. 12) pour qui le soi idéal ne pouvait être illustré que par des mots, puisque son idéal était la perfection et/ou l'acceptation. Ce portrait idéal, toujours inatteignable, était peut-être trop chargé affectivement et causait un blocage; n'ayant aucune qualité de contact avec le réel, ce n'est que dans l'imaginaire et dans l'abstrait que l'idéal garde sa perfection absolue.

Storr (1974), a relié le blocage de la création au problème de l'identité; c'est quand une oeuvre créatrice se substitue au «moi» que survient le blocage; il a écrit sur l'angoisse que connaissent certains créateurs lors d'un blocage artistique:

Parfois, l'angoisse qui saisit alors le créateur «bloqué» devient si intense qu'elle peut conduire au suicide. Dans ces cas extrêmes, l'identité de la personne concernée s'est si bien incarnée dans son oeuvre que le succès ou l'échec du sujet se substitue entièrement au succès ou à l'échec de l'oeuvre en question - ou des relations interpersonnelles. C'est le cas pour ceux qui ont perdu

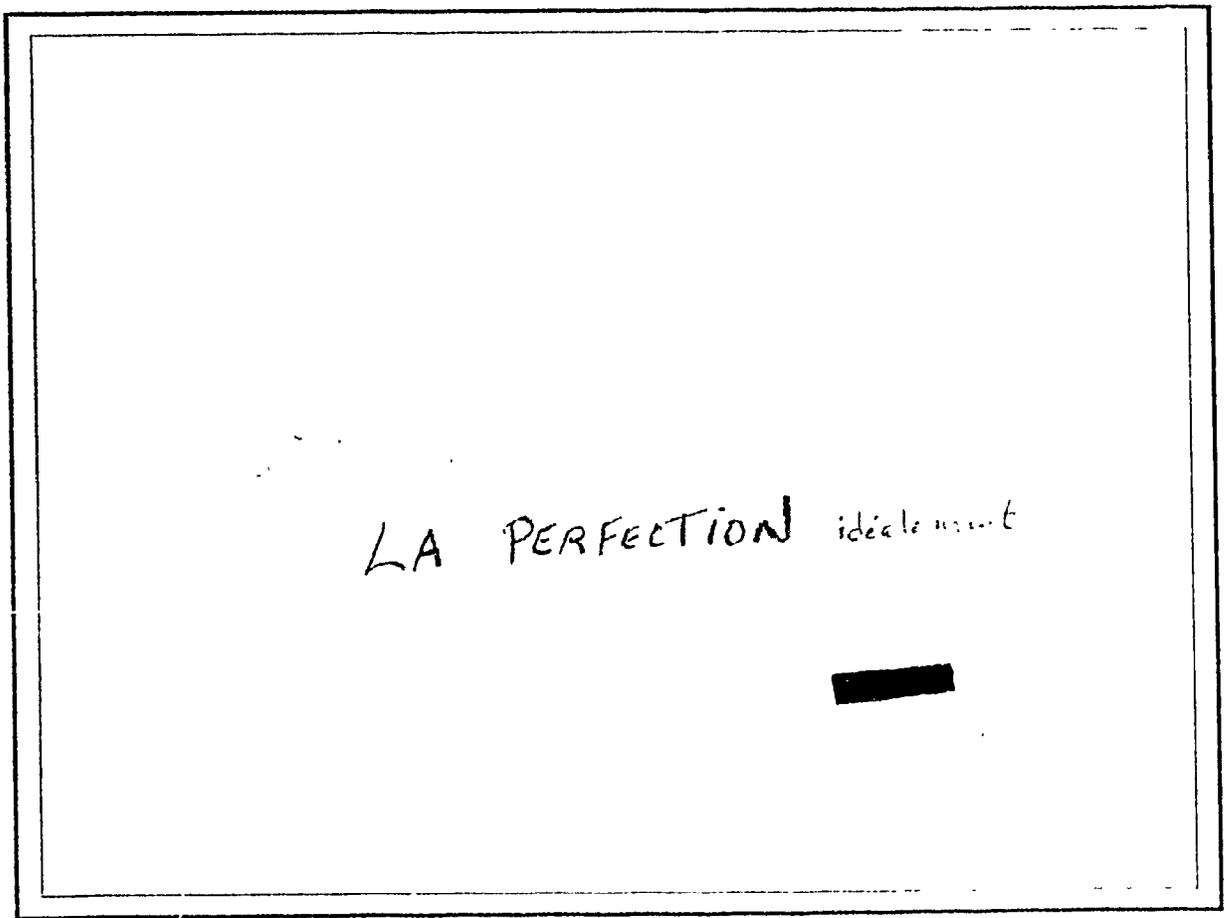


Illustration 12

l'espoir d'être aimé comme ils le voudraient généralement parce qu'ils ne l'ont pas été dans leur enfance. (Storr, 1974, p. 308)

Pour certaines participantes aux ateliers, la difficulté ou l'impossibilité de représenter graphiquement le corps désiré et idéalisé correspondrait à leur incapacité de se voir acceptée et aimée comme elles auraient voulu l'être. D'autres parvinrent à se distancier de leur création en intégrant un élément de jeu et de fantaisie; la capacité de jouer est nécessaire dans l'actualisation de tout travail créateur. Storr (1974) prévient qu'il est impossible pour un travail qui contient toutes les valeurs vitales, d'être amusant. Winnicott (1975) et d'autres théoriciens ont confirmé également l'importance du jeu dans la vie de l'être humain.

## Description des ateliers

### Ateliers sélectionnés

Dans le but de bien circonscrire le thème de ce travail sur les autoportraits, l'image de soi et l'idéal de soi, neuf ateliers traitant de ce sujet, sur un total de trente-six ateliers, furent ici sélectionnés. Ce thème fut suggéré au début des premiers, des sixièmes (mi-étape) et des derniers ateliers dans les trois groupes. Les motivations quant au choix de ce thème sont exposées plus loin. Le premier atelier débuta par une brève définition de la thérapie par l'art suivie d'une période consacrée à leurs questions et à leurs attentes.

### Comparaison des groupes

Les directives pour cette activité créatrice furent exactement les mêmes pour les trois groupes. Elles furent formulées de manière aussi peu suggestive que possible. Cependant, il est intéressant de constater que le non-figuratif prévalait dans le groupe deux, contrairement aux groupes un et trois, où tous les premiers autoportraits «image de soi» étaient figuratifs. D'autres observations particulières à chaque groupe et les différences entre ceux-ci sont exposées vers la fin de ce chapitre dans la section sur le groupe en thérapie.

## Déroulement du premier atelier

On a commencé par quelques exercices de réchauffement et de familiarisation avec les pastels. Plusieurs petits dessins furent faits rapidement avec les yeux fermés. Après que les participantes se soient laissées aller librement, on a abordé le premier thème, le même pour les trois groupes: «l'image de soi» ou comment se perçoivent-elles en ce moment précis? Ces autoportraits n'avaient pas à être partagés verbalement avec le groupe ce jour-là; elles n'avaient même pas l'obligation de le faire voir, si tel était leur désir. A part les médiums artistiques accessibles pour accomplir cette activité, aucune autre explication ne sembla nécessaire. Une fois ce travail terminé, un second thème fut proposé: le portrait d'un «soi idéal» ou comment voudraient-elles être? Ce dernier pouvait également demeurer confidentiel.

Ces deux portraits furent exécutés dans une période de trente à quarante-cinq minutes. Un peu moins d'une heure fut consacrée à la discussion sur les productions qu'elles désiraient montrer au groupe; cette heure s'avérait malheureusement trop courte pour les grandes discussions que suscitèrent lesdites oeuvres.

L'intégration dans un groupe peut s'avérer difficile pour certaines; il devient donc intimidant de se représenter telles qu'elles se voient réellement. Cette difficulté est amplifiée chez certaines boulimiques qui, comme plusieurs lectures l'ont énoncé, ont une grande préoccupation de leur corps. Toute cette problématique se

concentre sur l'importance de leur image du corps, ce qui laisse apparaître une crise narcissique mal résolue.

«A côté des échecs répétés touchant le poids et le contrôle de l'alimentation, le corps des boulimiques est une source de désolation, car elles ne l'aiment pas, elles ne l'aiment jamais» (Aimez et Ravar, 1988, p. 129). «Il n'est pas toujours facile d'appréhender cette relation des boulimiques avec leur propre corps dont elles ne parlent guère spontanément» (Aimez et Ravar, 1988, p. 131). «...l'on ne parviendra à aucune guérison réelle et durable si le défaut de perception de l'image du corps n'est pas corrigé» (Bruch 1978, p. 112).

Le fait de ne pas se sentir obligées de partager leurs portraits, de ne pas avoir à se dévoiler en exposant l'image d'une perception souvent négative de leurs corps aida à diminuer l'anxiété du premier contact, de la première révélation et à instaurer un climat de confort et de confiance, nécessaire à la création honnête d'une image du corps propre à chacune.

Cette atmosphère de confiance sembla être créée si l'on en juge par les propos intimes et douloureux tenus par plusieurs d'entre elles lors de la discussion. Cette confiance put être décelée également par les nombreux portraits de nus produits.

## Déroulement du sixième atelier

À cette séance, un seul autoportrait fut sollicité: «l'image de soi» ou comment perçoivent-elles leur corps en ce moment précis? Les mêmes matériaux étaient à leur disposition et le temps alloué n'était pas mentionné. Ce procédé sembla routinier pour les groupes un et trois qui se mirent automatiquement à l'oeuvre et exécutèrent ce dessin sans questionnement et dans un bref délai, environ vingt minutes. L'autoportrait fut mis de côté pour que l'activité principale, une construction en trois dimensions, puisse avoir lieu. La discussion s'engagea uniquement sur la structure en papier de construction. Les autoportraits produits furent conservés afin de pouvoir les observer avec un recul et les comparer avec les autres autoportraits au cours du dernier atelier.

Par ailleurs, le groupe deux se montra un peu plus critique envers cette demande et désireux de plus d'information avant la réalisation de ce travail. Les interrogations persistantes se formulèrent sur un ton un peu revendicateur et arrogant. Cette rébellion, activée par deux ou trois participantes, obtint un support silencieux du reste du groupe. Il était indispensable pour ces femmes de véhiculer leur désarroi. Pour répondre à ce besoin, sans troubler le cadre thérapeutique établi, leurs vives émotions furent accueillies positivement et il leur fut suggéré qu'elles soient transmises par le biais des médiums artistiques désirés. Cette activité permit la libération d'une charge émotionnelle et ramena le calme nécessaire à la poursuite de l'activité prévue, l'autoportrait. La construction en

trois dimensions qui eût lieu dans les deux autres groupes après ce dessin fut annulée pour permettre une discussion sur le premier dessin. Les autoportraits furent empilés et mis de côté. La discussion aida à ventiler beaucoup de frustration et, à la demande des deux étudiantes-thérapeutes par l'art, des exemples de moments où cette même émotion fut ressentie furent dépeints.

#### Déroulement du dernier atelier

Cet atelier débuta par la réalisation de deux autoportraits et d'une murale de groupe pour se poursuivre avec l'exposition de tous leurs portraits (cinq chacune). Le tout se termina par une discussion sur les créations exposées.

Les participantes n'osèrent pas trop s'investir dans l'exécution de cette première activité, «l'image de soi» et «l'idéal de soi».

On passa rapidement à la production de la murale en groupe dont le thème suggéré fut le conte de fée qui leur venait à l'esprit à cet instant; ce «portrait de famille» stimula l'esprit de partage. Ensuite, l'exposition de tous les autoportraits, pour la première fois ensemble, les laissa perplexes. Une tristesse fut ressentie en revoyant côte-à-côte ces dessins de corps haïs ou désirés. Chacune eut besoin de «s'examiner» un bon moment, à travers ses propres créations, avant de pouvoir partager avec le groupe. Il fut remarquable de constater le soutien réciproque; toutes n'eurent que

des éloges, non seulement sur les corps illustrés, mais aussi sur leur propre corps et celui des autres. Elles arrivèrent même à en rire.

Les autoportraits couvrant les murs dégagèrent cependant une tristesse difficile à supporter qu'elles refoulèrent en s'investissant davantage dans la discussion sur la murale. Elles préféraient terminer cette série d'ateliers sur une note agréable. Elles s'attardèrent donc plus longuement devant la murale qui semblait procurer un grand plaisir et un formidable esprit de jeu. La conversation se poursuivit avec vivacité et amusement dans le rire et les commentaires plaisants et spirituels.

Pendant cette grande discussion, un léger goûter, composé de tisanes, de thés et de biscuits secs fut offert pour clore aimablement les rencontres. Aucune objection concernant cette petite collation ne fut émise puisque toutes l'anticipaient comme une façon de relaxer devant l'interdit et ce, afin de le rendre acceptable. Ce rapprochement physique incita les échanges de numéros de téléphone, les remerciements et les compliments. Elles n'eurent à ce moment que de la compréhension et de l'amour à s'offrir.

Ce dernier atelier eut une tournure distincte pour chaque groupe. Ce qui prévalait dans le «groupe un», c'était le sarcasme, l'euphorie et même quelques insinuations déplaisantes à l'endroit des animatrices. Les participantes se sentaient probablement

abandonnées encore une fois. Les autoportraits consignés pour la dernière fois, furent exécutés dans une atmosphère semi-détendue. Des éclats de rire à la fois drôles et nerveux se firent entendre. Il était évident que quelques-unes ne se prenaient pas trop au sérieux et avaient du plaisir à dessiner des personnages qui se voulaient moqueurs d'elles-mêmes et des thérapeutes. On sentait un rejet ou une négation du pouvoir thérapeutique de cet art.

Dans le «groupe deux», il y eut plusieurs absences et malgré le nombre réduit (six participantes) les interactions furent minimales, comme d'habitude. Cependant, il apparut clairement qu'elles auraient aimé en finir au plus vite. De plus, dans ce groupe, les participantes n'avaient pas créé de liens d'amitié probablement pour ne pas avoir à vivre la douleur de se quitter. Chacune semblait apprivoiser sa peine individuellement. Cette séparation se faisait paisiblement et avec beaucoup de douceur, dans une ambiance qui avait jusqu'ici manqué à ce groupe. Ce jour-là, seule cette quiétude pouvait aider à cicatriser les blessures réouvertes. Une réparation pouvait alors s'instaurer, petit à petit, péniblement.

Par ailleurs, le «groupe trois» ne craignit pas d'exprimer sa tristesse face à ce départ. Ce groupe ou substitut de famille a su accepter les larmes et se consoler. Sa grande sensibilité assura un soutien tout au long des ateliers et, à ce moment-là, elles s'assurèrent de ne rien soulever qui pourrait blesser l'autre et c'est en beauté qu'elles voulaient se dire adieu. Elles se firent cadeau de la confiance et de l'assurance tant désirées par chacune.

## Discussion et associations

Quand vint le temps de la discussion, plusieurs dessins se retrouvèrent dans le centre du cercle formé par les membres du groupe; certains dessins, ne révélant que l'endos au début furent discrètement retournés pendant la discussion.

En plus de créer un rapprochement facilitant la visualisation des créations et l'échange verbal, le cercle donne cours à la socialisation et à l'acceptation de l'image du corps. Le cercle favorise le contact physique, le réconfort et le soutien. Il peut contenir les souffrances et l'agressivité qui y sont véhiculées. La dynamique familiale avec ses difficultés telles que le sentiment d'envahissement, la rivalité, etc. s'y trouve intensifiée et revécue.

Chaque atelier se terminait habituellement par une période de relaxation instaurée comme rituel de fermeture après la discussion. La relaxation était encouragée par de la musique douce (les participantes étant allongées sur un matelas) ou au moyen d'un dessin réalisé comme réponse au déroulement de l'atelier. Ces méthodes peuvent alléger l'anxiété, le stress et la tristesse ressentis.

## Transfert et contre-transfert

Le matériel global de la séance de thérapie, les paroles verbalisées, les images produites ainsi que les gestes posés font tous partie du transfert puisque les images créées en art-thérapie deviennent une extension de la personne qui les crée. C'est donc à travers les symboles visuels que peut se manifester le transfert.

Malgré la conviction que les sentiments négatifs à l'égard des étudiantes-thérapeutes étaient un transfert important envers les parents restrictifs, primitifs et insuffisants, il demeura difficile pour celles-ci, vu leur manque d'expérience, d'accepter cette agressivité en faisant abstraction de leurs propres sentiments. Elles savaient qu'il ne fallait pas se sentir attaquées personnellement et que leur attitude ne devait pas refléter un contre-transfert négatif, celles-ci étant dans une position de professionnelles, il leur fallait agir comme telles. Le fait d'être deux leur permit, après une séance remplie d'émotions, d'en discuter et de revivre ces moments pour comprendre comment leur intervention aurait pu se faire plus adéquatement.

## Le groupe en thérapie

Puisque l'estime de soi est en grande partie reliée aux apports extérieurs, les thérapies de groupes sont particulièrement avantageuses pour les personnes avec un problème d'alimentation

compte tenu que leur estime de soi est souvent pauvre. La décision de former des groupes de femmes prend également en considération le fait qu'elles sont, non seulement la population principalement affectée par ce désordre, mais également la plus disposée à chercher de l'aide. Les femmes sont plus aptes à se confier à d'autres femmes et certaines prétendent même qu'elles sont habituées à être dépendantes d'un apport extérieur pour se définir. Quelques femmes sont conditionnées à attendre des autres les solutions à leurs problèmes et c'est parfois ce qu'elles cherchent dans une relation d'aide, que ce soit une thérapie de groupe ou autre. Leur impuissance après de nombreux échecs fait qu'elles aimeraient donner le rôle actif aux «experts»; elles aimeraient être prises en charge: «donnez-moi la recette de la réussite». Cette attitude fait souvent partie de la période dépressive des mangeuses compulsives. L'intervention de groupe diminue le risque de dépendance et encourage des liens entre participantes. Il est rassurant de pouvoir identifier et partager des expériences similaires et de savoir qu'elles ne sont pas seules dans leur souffrance. La thérapie par l'art les oblige à demeurer actives en créant et à communiquer les sentiments difficiles à partager, surtout en situation de groupe. Elles sont également plus aptes à intégrer le changement quand elles reçoivent le support de leurs semblables. Le réconfort d'un milieu compréhensif, dans lequel à peu près le même drame secret se vit, les incite à sortir de la clandestinité et à partager leurs angoisses et leurs douleurs. Certaines femmes développent leur identité en se découvrant à travers leurs relations avec autrui.

Il a été souvent dit que le groupe peut symboliser la famille et chaque participante reprend inconsciemment, dans ce groupe, la place et le rôle qu'elle occupait dans sa famille. Les besoins, les demandes et les attentes furent sensiblement les mêmes pour les trois groupes. C'est en examinant la participation de chaque femme dans le cadre de son groupe que l'on a pu constater les divergences d'opinions très marquées et l'incompatibilité chez les participantes du «groupe deux» comparativement aux autres groupes. Il y avait deux personnalités dominantes et opposées dans ce groupe. Leur attitude modifiait la dynamique de groupe en suscitant à la fois du négativisme, de la compétition, de la conspiration et de la complicité de part et d'autre. Ces mêmes rapports pouvaient être repérés dans les groupes un et trois, mais à un degré moindre. Il semblait y avoir beaucoup d'incompréhension, de frustrations et de questionnement par certains membres du «groupe deux» à l'égard des activités proposées et des animatrices. Elles prétendaient qu'elles n'avaient pas suffisamment de «feed back» de la part des animatrices et que le problème de la boulimie n'était pas vraiment abordé.

Ce mécontentement, cette insuffisance peut probablement être interprété «transférentiellement» comme un message d'insuffisance de nourriture. Ce grand manque dont souffrent les femmes boulimiques est appliqué ici librement au désir d'en avoir en général plus, peu importe que ce soit du «feed back» ou de la nourriture. L'intervention devient difficile car il est quasi impossible de satisfaire ce besoin archaïque. L'insuffisance de nourriture

physique et de nourriture émotionnelle crée un cercle vicieux. En parlant des personnes obèses, Apfeldorfer (1991) a écrit: «Excessif en tout, il lui faut tout et tout de suite» (p. 127).

Il leur était plus difficile de s'ouvrir dans ce groupe; par contre, l'agressivité et la frustration qui y régnaient les bouleversaient et rendaient le travail sur soi possible. Par ces contacts négatifs et positifs, elles apprenaient à se connaître et à cheminer. Les autres groupes abordaient ces mêmes conflits de façon plus paisible dans une atmosphère de confiance et de gentillesse où le cheminement s'accomplissait plus lentement. L'atelier peut être un lieu de découverte et d'apprentissage où se vit la joie de se rencontrer, de créer et de faire part de son enthousiasme, de ses émotions cathartiques et, également, un endroit qui permet l'extériorisation de conflits archaïques. Les rapports de solidarité ou de rivalité sont déclenchés par le groupe. L'atelier de groupe favorise la prise de conscience et la normalisation des comportements ainsi que l'orientation vers une vie active et autonome.

Le facteur temps s'avéra extrêmement important pour ces femmes qui auraient aimé l'étirer sans limite. Le manque de temps était constamment abordé et défié, et cela créa beaucoup de frustrations.

En effet, le travail sur le temps est amplifié par ce besoin impérieux qu'a le sujet de retenir contre lui ce temps qui passe. Il va être soudain saisi d'une envie irréfragable de saisir ce temps d'entre les choses, ce temps d'entre les gens. Peut-être ce temps que les autres gens jettent,

sans importance pour eux; ce temps d'avant les mots.  
(Balasc 1990, p. 116)

... une femme qui a souffert toute la semaine d'épisodes boulimiques pourra avoir l'impression d'avoir droit à plus de temps que les autres: «Si je suis plus grosse, je suis pire que les autres et j'ai donc droit à davantage d'attention». (Orbach 1984, p. 198)

Les femmes de chaque groupe connaissent l'existence des deux autres groupes et cette notion créa parfois un ralliement, une solidarité. De la curiosité était également démontrée envers ces groupes de femmes rivales inconnues. Des questions subtiles ou sarcastiques surgissaient de temps à autre: ont-elles travaillé sur les mêmes thèmes? Les résultats sont-ils semblables? Combien sont-elles? Est-ce qu'elles sont anorexiques, boulimiques ou obèses et dans quelle proportion?

### Co-thérapeutes

Il paraît souhaitable qu'un atelier de thérapie par l'art soit dirigé par deux thérapeutes et pas exclusivement par deux thérapeutes par l'art pour que les différents aspects de la dynamique de chaque participante puissent être conjointement observés et discutés. Il est important de comprendre ce que chaque participante vit dans l'atelier ainsi que dans le groupe, qui devient comme une réplique de la famille, par ses créations artistiques, sa manipulation du matériel, ses comportements sociaux vis-à-vis des autres

participantes, ses attitudes corporelles, ses mouvements, son humeur et ses communications verbales. Une seule personne peut rarement assumer l'ensemble de ces tâches efficacement, surtout quand le groupe est composé de huit à dix personnes. Il fut constaté que l'observation du processus de création est souvent plus révélateur que le produit final. C'est pendant la création que surviennent les erreurs effacées, la disparition ou la destruction discrète de dessins inachevés, les images manquées souvent trop révélatrices et rapidement couvertes par une épaisse couche de peinture ou camouflées par d'autres médiums artistiques. Tous ces manques sont incontestablement un apport nécessaire à la compréhension du produit final; il est donc primordial d'être en mesure de les percevoir et pour ce faire, il est nécessaire d'être deux.

Ces observations permirent de faire un lien entre leur attitude cachottière dans l'atelier et leur problématique. La fréquence et la rapidité avec laquelle les dessins étaient dissimulés, cachés ou détruits, comme si elles en avaient honte, reflètent leur propre honte face à leurs rapports cachés avec la nourriture. Ce n'est pas en famille ou en public qu'elles se laissent aller à leur boulimie, mais, en privé, cachées; elles ont honte d'être vues et d'être jugées. «La boulimie est un acte solitaire, car c'est un acte honteux et qui exige l'isolement, la clandestinité» (Aimez & Ravar 1988, p. 72). Cette même attitude de honte se rapporte à leurs dessins, à la peur d'être découvertes. La participation et le regard de deux thérapeutes facilite donc la compréhension des gestes de chaque participante.

Etant un lieu collectif, l'atelier peut inconsciemment faire revivre la vie de famille. Les thérapeutes seraient un substitut de «parents»: le bon parent, le mauvais parent, la mère froide, autoritaire... le père accaparant, absent... Cette situation de famille favorise également les transferts tel que celui démontré dans la rébellion du groupe deux.

Le but des thérapeutes était d'établir les communications et d'assurer la cohésion du groupe pour qu'un travail thérapeutique puisse avoir lieu. Il leur fallut donc travailler en étroite collaboration en partageant les tâches sans rivalité ni conflits. Comme lors des entrevues, il aurait été simple et rapide de diviser la liste de noms en deux pour que chaque thérapeute-étudiante voit la moitié des participantes, bien que ceci aurait pu créer un préjudice transférentiel à celles ayant éprouvé un délaissement par un des deux parents.

## **Chapitre IV**

Interprétation des autoportraits  
et présentation des résultats

## Les autoportraits

### Le corps perçu et représenté

Il est certain que le corps a une part importante dans la communication de messages, en particulier, chez les femmes ayant des troubles du comportement alimentaire car, le corps parle avant les mots. La façon dont une personne vit dans son propre corps, sa morphologie et sa posture peuvent, déjà là, influencer les attitudes et les opinions de son entourage. Par exemple, lors d'une dépression, le corps est figé et contracté, les épaules se voûtent, la tête est penchée et les mouvements sont lents. Il sera tenté au cours des prochaines pages de relier le corps senti au corps représenté à l'aide du médium artistique.

Certaines recherches fondées sur le postulat qu'il y a une origine corporelle distincte à toutes nos émotions visent l'identification d'endroits spécifiques dans le corps représentant diverses émotions comme la tristesse, la colère, la peur, l'agressivité, la dépression, etc. D'autres recherches vont plutôt démontrer que c'est par des réactions physiologiques semblables que les émotions se traduisent dans le corps et les émotions n'auraient donc aucune origine particulière.

Chaque personne a tendance à minimiser ou à maximiser l'importance dimensionnelle de diverses régions corporelles ou du

corps au complet et cela est souvent fait inconsciemment. Fisher (1970) a conçu un test qui permet de connaître la signification pouvant être assignée aux différentes parties du corps. Il a utilisé plusieurs thèmes qui se réfèrent à l'incorporation, l'inhibition sexuelle, l'analité et autres. La présente recherche se base sur une approche psychanalytique (Freud, Winnicott, Dolto, Wadeson...) afin de fournir une interprétation psychodynamique de l'image corporelle de la mangeuse compulsive. L'analyse des portraits est faite à partir des verbatim: explications et associations verbalisées au moment des discussions par les participantes ainsi que les projections et les analyses venant du groupe et des deux étudiantes en art thérapie.

Les autoportraits témoignent de l'aspect par lequel ces personnes font l'expérience de leur corps et des conflits reliés au corps peuvent donc y être repérés. On y trouve, entre autres, une difficulté de délimitation, des corps énormes, morcelés, cachés par une superposition de couleurs, effacés, ombragés, mouvementés et confus. L'impossibilité de bien voir ou comprendre un dessin a souvent un but défensif. Ces défenses sont parfois nécessaires pour éviter l'affrontement des sentiments et des révélations trop directes.

Le thème des autoportraits avait pour objectif de favoriser le contact avec les émotions et le corps. Tel qu'expliqué au chapitre deux, les autoportraits de plusieurs participantes présentent une fragmentation entre la tête et le corps; cette fragmentation est

représentée de multiples façons: la transparence ou l'évitement du cou, le cou traité de couleur différente du reste du corps, un grand trait horizontal ou vertical coupant et obstruant le cou, la tête manquante ou la tête sans corps. La fréquence de ces manques et obstacles éveillèrent une curiosité envers cette partie spécifique du corps. On peut reconnaître la possibilité d'une fragmentation entre la raison et les émotions dans l'existence des boulimiques. L'image de soi et du soi idéal leur permettent de visualiser et de partager avec le groupe la façon dont elles se perçoivent et comment elles aimeraient être. Dans ce chapitre, seront présentées une analyse des autoportraits choisis et leurs auteures.

Bien qu'il y ait eu douze ateliers de thérapie par l'art pour chaque groupe, seuls quelques dessins seront examinés; l'analyse des multiples oeuvres créées au cours des ateliers dépasserait de beaucoup le cadre de cet ouvrage. Ce chapitre se concentre uniquement sur les autoportraits et plus particulièrement sur ceux de trois participantes.

Malgré la courte durée (douze semaines) de cette étude, il est possible, en observant les cinq autoportraits, l'image de soi et l'idéal de soi au premier atelier, la représentation de soi au sixième atelier et l'image de soi et l'idéal de soi au dernier atelier, de constater une certaine évolution et les changements inhérents. Un des objectifs consiste à repérer des traits ou traitements du corps spécifiques aux boulimiques. L'idéal de soi permet d'exprimer les fantasmes concernant le corps désiré en comparaison avec le corps

ressenti. La prise de conscience du corps réel et du corps fantasmé est concrétisée par le dessin.

L'apport des définitions données aux dessins de la personne par des méthodes projectives (Machover, 1949; 1951; Hammer, 1958; Buck, 1981 et d'autres), l'approche psychanalytique de Wadeson (1980) et une démarche intuitive favorisent le décèlement de l'organisation archaïque de la personnalité des mangeuses compulsives. Le but visé est ici de rendre un témoignage sur quelques aspects de la personnalité de ces femmes, leurs conflits intérieurs et leurs difficultés quotidiennes.

## Limitations

### Limitation de la méthode interprétative des verbatim

Il sera difficile de rapporter avec exactitude les explications verbales de chaque participante, auteure de l'oeuvre, concernant chaque élément de son dessin puisqu'aucun enregistrement électronique n'eut lieu et que les participantes étaient encouragées à exprimer leurs propres projections et explications sur les dessins. Les grandes lignes sur le déroulement de l'atelier et de la discussion furent notées après chaque rencontre. Déjà là, il y eut confusion sur la provenance des commentaires et cela fit en sorte que l'apport individuel de chacune se perdit un peu. La recommandation d'inscrire quelques mots, sentiments, idées et préoccupations à l'endos de

chaque dessin une fois terminé fut souvent suivie et cela s'avéra utile pour que cette analyse puisse tenir davantage compte de la contribution de chacune.

En raison du petit échantillonnage de femmes (vingt-huit), d'absence de groupe contrôle pour cette recherche exploratoire et du ton évasif ou peu convaincant avec lequel un pourcentage minime de participantes ont répondu aux questions pendant l'entrevue individuelle, les interprétations et analyses ne se veulent en aucun cas concluantes.

#### Présentation de trois sujets et de leurs oeuvres

La présentation de quelques extraits de renseignements personnels obtenus au cours de la rencontre individuelle est ici incluse strictement pour donner un profil des rapports familiaux et de la relation de la mangeuse compulsive avec sa mère et son père. Ces exemples vont appuyer entre autres choses les théories attribuant ce symptôme à la relation familiale et plus particulièrement au lien mère-fille.

Sujet A: description et analyse de ses autoportraits

Afin de garder l'anonymat absolu, la première femme sera appelée «A». «A» était une célibataire dans la trentaine qui souffrait de

troubles du comportement alimentaire et avait un problème d'aménorrhée depuis plus d'un an. Elle considérait que son problème de poids était la cause de dépressions depuis son adolescence. «A» décrivit avec amertume, sa mère comme étant une personne à la fois froide et envahissante, à qui elle servait souvent de confidente. Son père était un homme coléreux, qui faisait des crises qui la laissaient indifférente; «ses colères ne m'impressionnaient pas». Néanmoins, il garda une grande influence sur elle. Sa vie sentimentale allait d'échec en échec et elle avait l'impression d'étouffer dans ses dernières relations. «A» suivait une thérapie individuelle depuis de nombreuses années et avouait être «tannée».

L'aspect physique de «A» ne démontrait pas un excès de poids; elle apparaissait de taille moyenne et d'allure soignée. Son parler calme et son regard mélancolique, un peu comme si elle était au bord des larmes, dégageaient une sensation de grande tristesse. «A» se présentait également comme une femme dynamique, sportive et pleine de ressources. Elle avait un niveau de scolarité élevé et une carrière professionnelle intéressante.

Ses commentaires, sa compréhension ainsi que son approche aimable et chaleureuse envers les autres constituèrent un apport appréciable à l'atmosphère positive des ateliers.

### Illustration 13 - autoportrait #1 «image de soi»

Voici la description du premier autoportrait produit par «A». Ce dessin représentant deux personnes, un arbre et une roue était assez particulier comparé aux autres dessins du groupe où un seul corps prenait place au centre de la feuille. Complètement à gauche, sur la feuille, on aperçoit deux personnes de taille différente légèrement penchées vers la gauche, entourées de traits beiges formant des carrés, des rectangles et des triangles qui les enferment et les retiennent individuellement comme dans des boîtes ou encore, des toiles d'araignées. Un des personnages a le visage couvert de cheveux. Un arbre, presque dénudé, aux feuilles d'automne se trouve un peu à droite de ce personnage et, plus à droite encore, il y a un cercle mauve de dimension plus importante que les personnages. Ce cercle contient des rayons formant des triangles comme ceux d'une roue, d'un ballon de plage ou de pointes de tarte.

En se basant sur les tests de Buck (1970) et de Bolander (1977) qui expliquent la symbolique de l'espace dans un dessin, «A» et sa mère sont placées dans la zone de l'affectivité et du passé.

Pendant la discussion sur ce dessin, «A» fut émue en réalisant qu'elle prend si peu de place sur sa feuille (la petite personne en bleu) et qu'elle n'ait pas pu se représenter seule. «A» racontait qu'elle s'était dessinée faisant du ski en compagnie de sa mère. A l'endos de ce dessin elle écrivit:

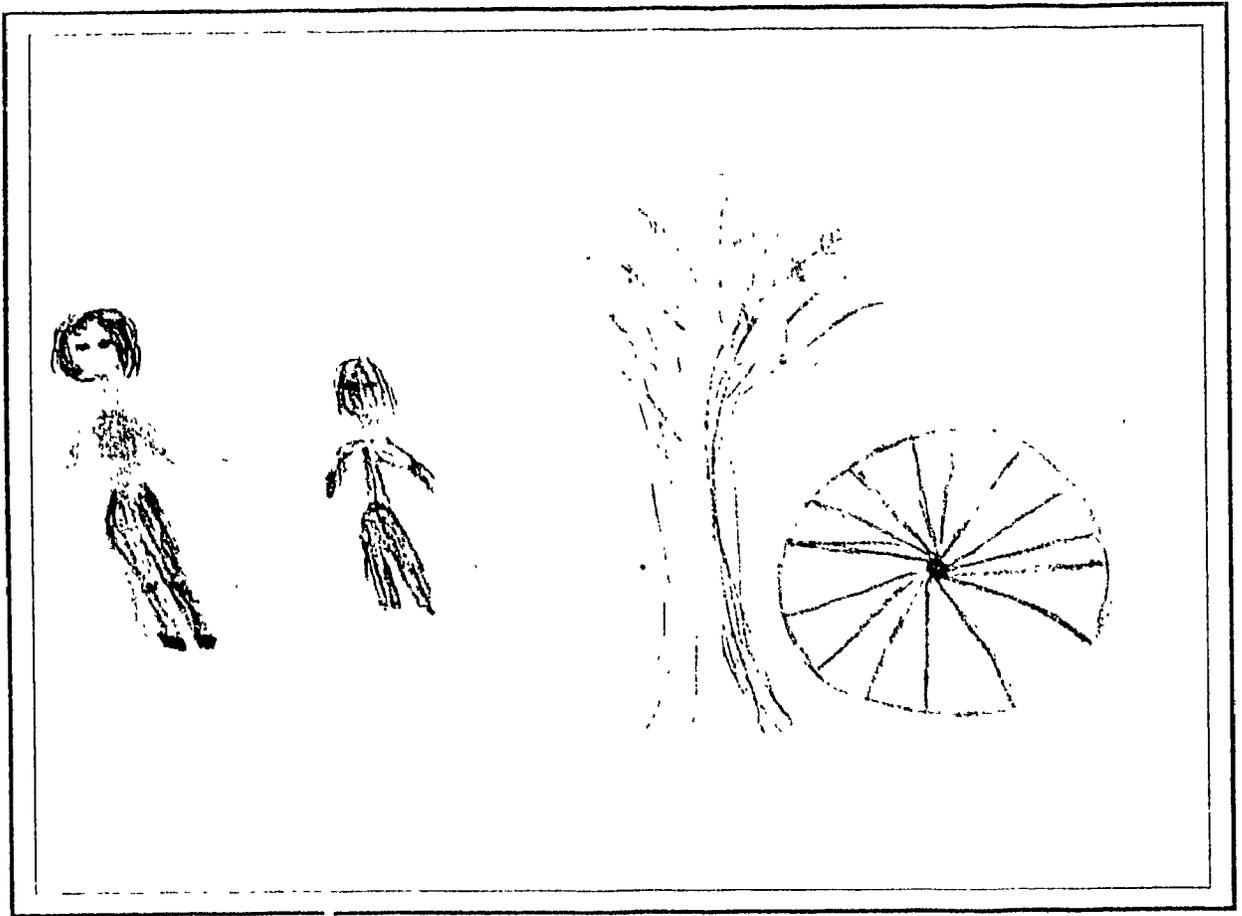


Illustration 13

C'est triste! je me sens très petite.  
Incapable de me voir seule.  
Suis en contact avec autres personnes.  
Comme si je ne peux me définir qu'ainsi.  
+ mouvement + nature (important pour moi).

L'incapacité de «A» à se voir seule peut se traduire par un échec dans sa tentative d'acquérir une autonomie à l'égard de sa mère. Elle se voit comme une petite fille qui a un grand besoin de sa mère. Le sentiment d'abandon et le manque de confiance en soi rendent cette indépendance difficile. Si les premiers rapports de l'enfant avec sa mère ont été décevants et carencés d'affection, il ne peut faire face aux éléments angoissants. Balasc (1990) a expliqué:

On peut dire que dans les pathologies addictives, les sujets n'ont jamais su intérioriser l'image de la mère absente. Il va s'établir un danger de mort redoutable dans le monde présymbolique qui les amènera à se construire un bastion pour s'en protéger. (p. 34)

De nombreux écrits sur la boulimie cités dans les pages précédentes font part du manque d'amour dans l'enfance des mangeuses compulsives. Le rejet et le non-désir de la mère pour son enfant se vivent par une séparation douloureuse et problématique.

Si on compare la représentation que «A» fait de sa mère à sa propre représentation dans ce dessin, il est remarquable que la mère soit exécutée avec plus d'habileté: tous les membres du corps sont soigneusement dessinés, deux couleurs habillent une silhouette féminine et le visage est clair et dégagé. Contrairement à celle-ci,

«A» n'a pas de pieds; il est difficile de repérer ses mains; le visage et le cou sont obscurcis, le corps tout vêtu de bleu peut être celui d'une enfant ou même d'un garçon.

Son inaptitude à représenter adéquatement son corps, parallèle au mauvais traitement infligé au corps par la nourriture, peut refléter une blessure narcissique ayant des racines profondes. Des messages reçus dans l'enfance se sont probablement traduits pour elle en messages de haine. L'estime de soi, i.e. l'estime du corps propre, se trouve amoindrie par ces messages archaïques. Aimez et Ravar (1988) ont remarqué qu'une volonté de se réparer, d'avoir un corps sans défauts, irréprochable, parfait, «idéal», était l'intention primaire des boulimiques.

il s'agit moins d'une soumission aux idéaux collectifs de la minceur que d'une tentative de réparation, de soi à soi, de quelque blessure ou incomplétude de l'enfance, ravivée par les bouleversements pubertaires, et qu'il s'agit désormais de colmater par la poursuite d'un état de plénitude narcissique et de jubilation spéculaire. (Aimez & Ravar, 1988, p. 127)

En relevant l'estime de soi, elles regagneraient sans doute l'amour perdu.

Dans les cinq autoportraits de «A», les contours du corps furent faits de traits faibles, hachurés, brisés ou discontinus. Les traits faibles ou pâles sont souvent reconnus comme l'indice d'un sentiment dépressif ou d'un manque d'assurance. Machover (1951) et

Hammer (1958) voyaient de l'hostilité et de l'anxiété dans les lignes hachurées et brisées. Les traits flous sont examinés davantage dans le deuxième chapitre. Le visage, valeur affective et symbolique, indice de l'ajustement social, est couvert par les cheveux. L'expression du visage, laissant habituellement transparaître les émotions, est cachée, ombragée; cette ombre dénote un manque de contact avec l'environnement et donc, une tendance à se refermer sur soi-même (McElhaney dans Wenck, 1984). C'est par le visage qu'on identifie la personne et «A» ne veut peut-être pas s'identifier à son corps. Buck (1948) et Jacks (Wenck, 1984) laissent présumer par la présence de cette ombre, la possibilité que le sujet ait pu vivre une relation insatisfaisante avec sa mère et cette situation conflictuelle, encore très présente dans sa vie, provoque beaucoup d'anxiété. La pression employée pour renforcer les yeux et les rendre visibles malgré les cheveux qui les couvrent peut être encore là un indice d'anxiété (Machover, 1951). L'emploi défensif d'ombrages et de zones obscures fut d'ailleurs d'usage courant dans les divers dessins des participantes.

Castilla et Bastin (1988), avec leurs méthodes d'approche par les tests projectifs pour comprendre la personnalité de la boulimique, ont constaté la présence répétée d'ombres, de noircissements et de légers gribouillis. D'après leurs recherches, ce sont là des expressions d'anxiété et de culpabilité.

Le cou dans cet autoportrait est également ombragé et, comme il fut déjà mentionné, le cou peut avoir une grande importance dans la problématique de la boulimie.

L'omission des mains et des pieds qui sont, parfois des moyens défensifs, parfois des instruments d'agression, d'hostilité et de destruction, peut être symptomatique d'un sentiment de culpabilité. Cette omission laisse aussi croire que «A» avait parfois de la difficulté à établir des contacts sociaux.

Illustration 14: autoportrait # 2 - «idéal de soi»

«A» se dessine presque au centre de la feuille portant un maillot bleu; ses pieds sont couverts par l'eau ou tout simplement absents. Le corps est fait d'un trait beige déchiqueté. Une chevelure brune encadre un visage portant un grand sourire rouge. En haut, dans le coin droit de la feuille, se trouve un soleil jaune rempli de cercles faits de gribouillis et presque un tiers du bas de la feuille contient de grands traits fins bleus formant la mer.

«A» a décrit avec acuité ce que cet idéal de soi représente pour elle, à l'endos du dessin:

Idéal - être bien dans ma peau «démarche souple et légère»  
être bien dans mon corps.  
être bien dans ma tête.

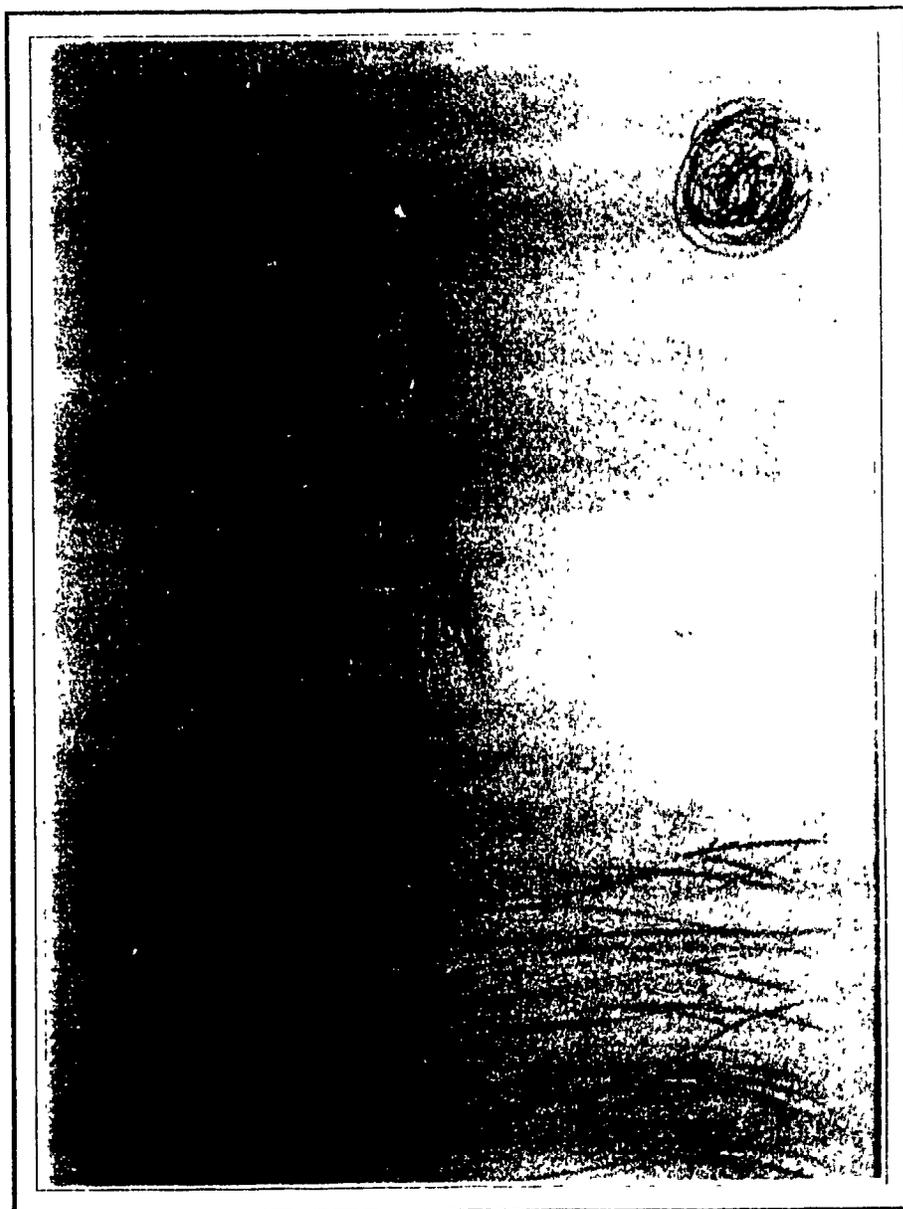


Illustration 14

Pour moi, l'image la plus proche de ce que je désire, c'est moi à la mer, détendue à courir sur le sable et me baigner quand ça me plaît, à me faire dorer par le soleil. Me ressentir le plus intensément, sentir que la vie goûte bon.

Comme l'ont expliqué Aimez et Ravar, le désir d'être bien dans sa peau, souvent imploré par les boulimiques, veut tout bonnement dire être «comblé d'aise et d'amour» (1988, p. 137). Afin de combler cette pénible absence, ce vide angoissant, elles se remplissent de nourriture. Ce remplissage sert à masquer le manque d'un objet interne (Balasc, 1990). Une solution illusoire momentanée est apportée par la nourriture.

Le corps de «A» est morcelé, transparent et il exhibe un grand vide ou une extrême faiblesse comme s'il allait disparaître. On a l'impression que le maillot de bain n'arrive pas à contenir ce corps instable, prêt à se décomposer. Les vêtements servent ici à structurer, à délimiter et à donner forme à un corps flasque et sans vie.

Encore une fois, la mer souvent interprétée comme symbole maternel est présente dans ce portrait qui la représente idéalement. La mer est symboliquement identifiée à la mère enveloppante, la mère nourricière. «La mer est maternelle» précise Bachelard (1942, p. 161). Il est à noter que la tête et la coiffure de ce personnage et des portraits suivants ont une ressemblance intéressante avec celle de la mère représentée au premier autoportrait. Sans connaître l'histoire des premières relations de «A» avec l'objet-mère, il est

permis de croire qu'il y a une symbiose entre mère et fille. «A» dit avoir été la confidente et probablement aussi le soutien narcissique de sa mère. Le désir d'une figure maternelle et le besoin de s'en détacher créent un dilemme, une angoisse, un lien affectif puissant où la mère toute-puissante est, à la fois, admirée et haïe.

Bachelard a aussi parlé de l'eau en terme de lait, soit un lait qui comble et submerge de bonheur sans limites. «C'est parce que l'eau est un lait, pour l'inconscient, qu'elle est prise si souvent, au cours de l'histoire de la pensée scientifique, pour un principe éminemment nutritif» (Bachelard, 1985, p. 167).

«A» a peut-être besoin de la mer pour combler ses carences, pour se sentir aimée et nourrie et pour noyer la douleur de l'absence de la mère-objet d'amour.

Le sujet sera condamné à répéter indéfiniment l'effort du détachement de la mère; et c'est là qu'on trouve le sens de toutes sortes de conduites forcées, allant de telles fugues de l'enfant aux impulsions vagabondes et aux ruptures chaotiques qui singularisent la conduite d'un âge plus avancé; ou bien, le sujet reste prisonnier des images du complexe, et soumis tant à leur instance léthale qu'à leur forme narcissique, c'est le cas de la consommation plus ou moins intentionnalisée où, sous le terme de suicide non violent, nous avons marqué le sens de certaines névroses orales ou digestives. (Lacan, 1984, p. 30)

Illustration 15 - autoportrait # 3 «image de soi»

Ici, «A» s'est représentée de profil, sur le côté gauche de la feuille regardant vers la droite. Elle est toute vêtue de bleu, bras, mains et pieds; de légers traits bruns forment ses cheveux, son visage est créé par un contour beige; pour délimiter le devant et le derrière du haut du corps, le même brun est employé un peu plus vigoureusement, descendant du cou jusqu'aux fesses et accentuant le buste. On distingue à peine de timides traits beiges autour des jambes et de petits pieds.

L'emplacement de cette figure à une extrémité de la feuille peut dénoter un manque de confiance en soi et un besoin de sécurité. Buck (1970) a écrit qu'un objet placé sur le côté gauche est un indice d'impulsivité et une recherche de satisfaction émotionnelle immédiate. Il a ajouté qu'il y a peut-être aussi une grande inquiétude concernant le passé. D'autres auteurs ont appuyé cette théorie selon laquelle le côté gauche représente le passé psychologique tandis que le côté droit de la feuille indique le futur (Bolander 1977; Grunwald cité par Bolander 1977). Bolander insiste sur le fait que le côté gauche symbolise également la mère, la féminité et les souvenirs passés.

Cet autoportrait témoigne d'un manque d'énergie et de concentration. L'application timide d'un bleu et d'un brun ternes donne l'impression qu'elle va disparaître. Les traits les plus marquants sont ceux qui

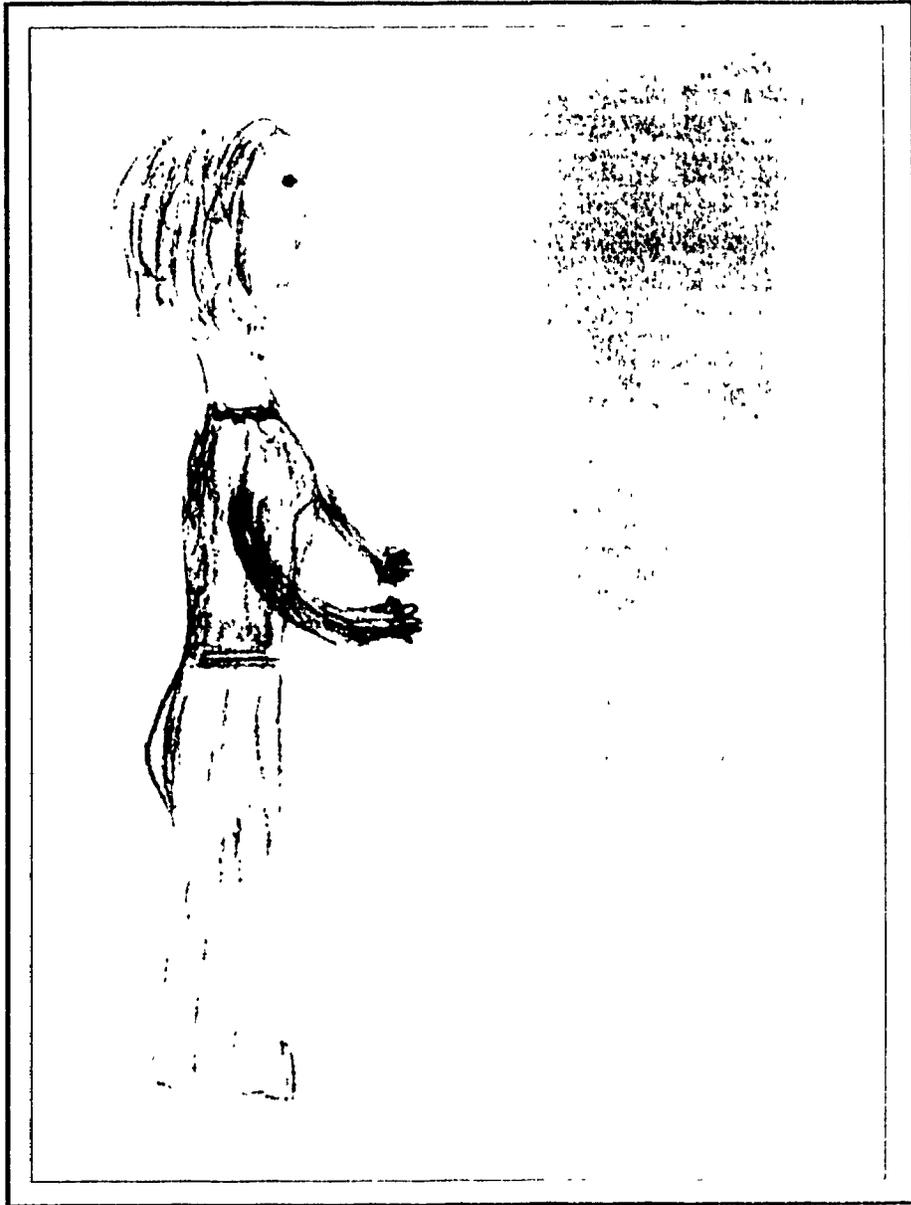


Illustration 15

limitent l'encolure du chandail qui coupe le cou et le bras dirigé vers l'avant. Ce bras rigide comparé au corps flou semble le pénétrer ou le blesser.

Cette illustration paraît typique du style appauvri, propre à la dépression, auquel plusieurs auteurs font allusion. Une explication des caractéristiques attribuées à la dépression et aux idéations suicidaires se trouve au deuxième chapitre.

«A» ne fait pas face, elle n'expose qu'un côté d'elle. Son profil droit peut indiquer qu'elle souhaite être acceptée comme elle est. Selon Buck (1981), par le profil, elle réclamerait l'acceptation par les autres, mais se montre évasive et peu disposée à leur faire face. Machover (1951) a considéré le profil comme le signe d'un besoin de s'évader. Par cet autoportrait, on pourrait supposer que «A» voudrait peut-être fuir le contact puisqu'elle se sent triste, déprimée et donc incapable de faire face à son entourage. Probablement que le profil est inconsciemment choisi pour dissimuler le vrai-soi, pour cacher ce qui est ressenti et pour divulguer ce qui est acceptable, le bon côté. Malgré sa détermination à être acceptée socialement, «A» semble projeter dans ce portrait une fermeture au contact social, tout comme dans son premier autoportrait, où les cheveux sont employés pour masquer le visage et empêcher le contact.

#### Illustration 16 - autoportrait # 4 «image de soi»

«A» est plus grande, habillée avec plus de vigueur ou d'agressivité. Elle porte un chandail vert à col roulé, une grande ceinture verte, des souliers verts et un pantalon mauve. La position de ses mains dans les poches du pantalon fait rejoindre le vert des bras à celui de la ceinture et forme un cercle. Ce corps est couronné d'une grande tête ronde, de couleur atténuée.

Cette dernière image de soi de «A» donne une impression générale plus positive, c'est-à-dire plus définie, malgré le faible contour beige toujours présent. La force et la vitalité de ce dessin qui contraste énormément avec les autres autoportraits lui donnent une allure presque masculine. La rondeur du haut du corps formée par les bras dirigeant les mains dans les poches donnent l'impression d'un gros ballon troué. Son aspect rigide crée une dichotomie avec la tête, traitée plus délicatement avec des couleurs fades. Le visage, par ses attributs féminins (yeux écarquillés et joues roses), laisse entrevoir une identification à la mère. Sami-Ali (1984) assigne les traits flous à la mère et les traits plus fermes et énergiques au père.

L'identification du sexe de ce personnage reste problématique. Le manque probable de confiance en soi pourrait faire en sorte que la confusion et le doute s'installent. «A» a peut-être tenté de se dégager de l'identification à la mère en se procurant un corps solide

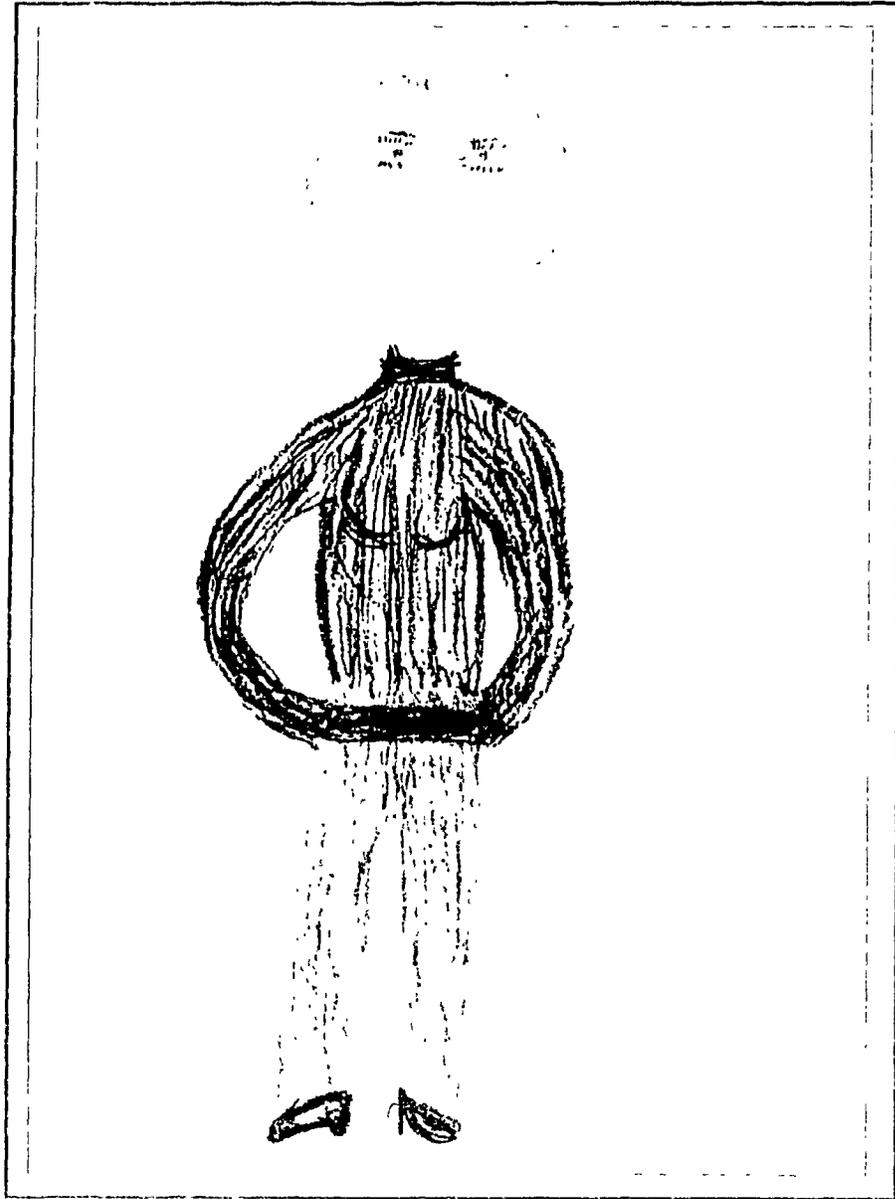


Illustration 16

et masculin qui la mettrait à l'abri de la souffrance. En s'identifiant au sexe opposé, elle parviendra sans doute à trouver la force nécessaire pour acquérir de l'autonomie.

«A» semble tout de même valoriser le corps féminin. Cette carapace qu'elle revêt pour s'affirmer et prendre de la place est possiblement transposée dans des abus de nourriture; elle mangerait pour être forte, avoir de la présence et de l'importance. Mais, tout cela ne lui procure pas le bonheur qu'elle prétend possible en possédant un petit corps. Son dernier autoportrait en est peut-être l'exemple.

Illustration 17 - autoportrait # 5 «idéal de soi»

Un corps droit, sans formes féminines, vêtu d'une petite robe rose est entouré de trois gros coeurs vides, aux contours rouges. Un quatrième, tout petit, se trouve sur sa poitrine, précisément à la place du coeur. Des jambes inégales et filiformes contrastent avec l'allure massive des épaules et des bras.

Voici ce que «A» a inscrit à l'endos de ce dessin:

«Idéal - Je m'aime/Je suis aimée.

Je suis bien dans ma peau.

J'ai le goût d'être belle.

Ça paraît. Je me mets en valeur».

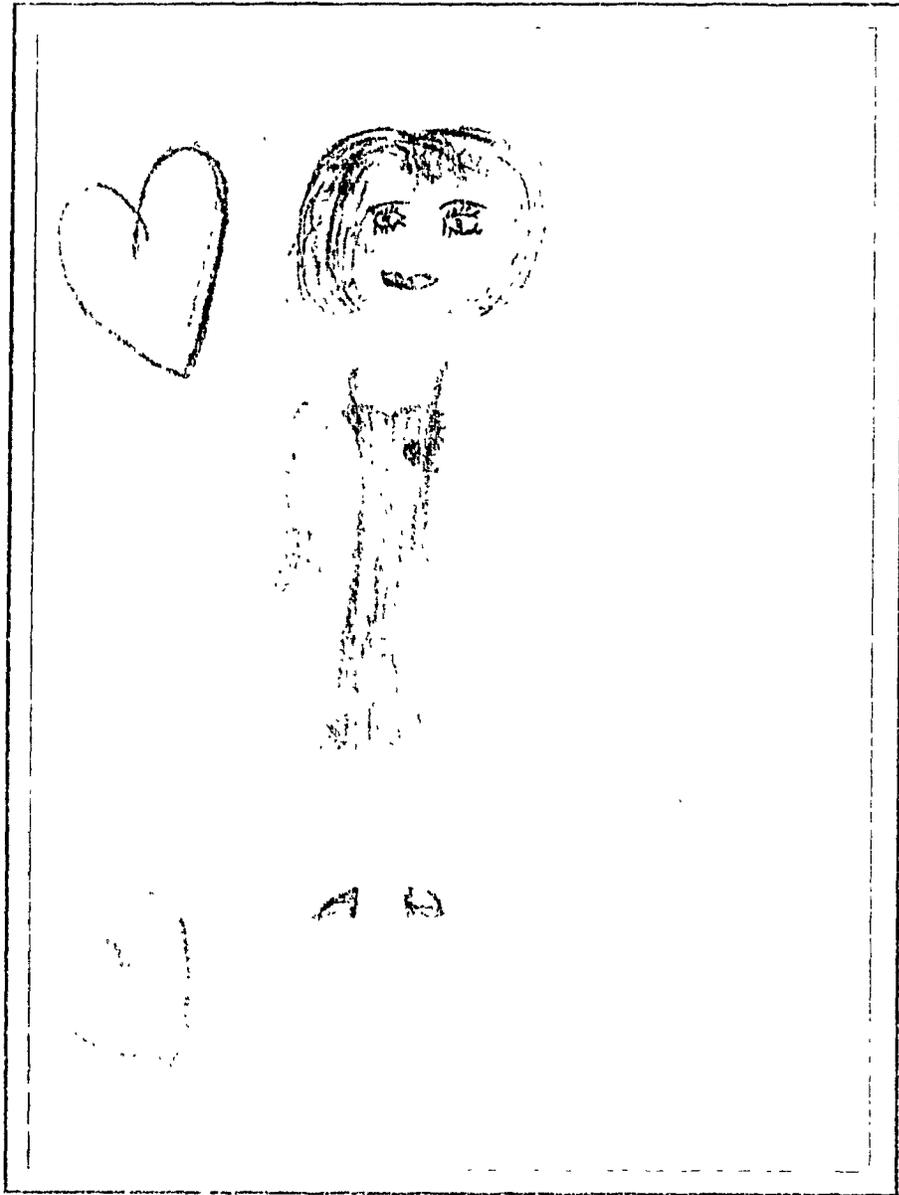


Illustration 17

Comparativement à son autoportrait précédent, cet idéal donne une impression de faiblesse et de passivité. Il exhibe une image féminine de petite fille plutôt estompée et même un peu apeurée. En faisant abstraction de la tête, de taille démesurée qui est sensiblement similaire dans tous les portraits, ce corps dont «A» rêverait paraît la réplique inverse du corps fort, masculin et invulnérable du dessin précédent (ill. 16).

C'est, sans équivoque, de l'amour que «A» réclame si ardemment dans ce dessin. Elle semble prête à se priver de nourriture, à redevenir une enfant pour pouvoir se nourrir de l'amour et de l'affection qui lui ont sans doute tant manqué pendant son enfance.

Cette représentation peut aussi suggérer que le corps doit disparaître pour que «A» soit bien. Le rejet du corps sexué féminin n'est pas rare dans cette problématique. Aimez et Ravar (1988) ont mentionné que l'attitude de dégoût vis-à-vis de leur propre corps féminin est toujours présente chez les boulimiques et les anorexiques; ils prétendent même que cette haine est un critère essentiel de cette pathologie. Jolles (Wenck 1984) a remarqué que le corps très mince dénote un sentiment probable d'infériorité et d'inadéquation.

Cette jeune fille frêle et fragile semble contenue et comprimée par sa petite robe étroite. On peut rapprocher cette observation avec une description que Sami-Ali (1984) a fait d'un rêve dans lequel on retrouve un corps comprimé qu'il a qualifié de phallus érigé..

Dans le fétichisme du corset notamment, le corps comprimé et rigide est tout entier un phallus érigé. La négation de l'absence du pénis passe nécessairement par cette identification d'un objet partiel (le pénis) à un objet total (le corps propre), identification qui ne peut avoir lieu que dans un espace d'inclusions réciproques où dedans égal dehors et petit égal grand. (1984, pp. 146-147)

Quand les contraires ou les objets de tailles différentes s'équivalent dans un rêve, ils peuvent symboliser la même chose.

Dans les dessins de «A», il y aurait probablement la présence d'un désir inconscient d'une relation symbiotique avec sa mère. Les autoportraits portent à croire que «A» est devenue boulimique à la suite du manque d'amour éprouvé durant son enfance. La nourriture occuperait peut-être pour elle la place que l'absence d'amour a laissé vacant et elle voudrait se conformer aux modèles et idéaux que la société lui impose pour se sentir acceptée et aimée. Malheureusement, le corps valorisé et admiré socialement ne lui permet pas de combler ses besoins intimes. Elle doit se sentir comblée pour ne pas ressentir le vide d'amour. Par un sentiment de plénitude, il y aurait autosuffisance narcissique, mais cependant, la société lui demande d'avoir une apparence de minceur, donc un corps moins plein. Peu à peu, ce corps qui ne parvient pas à lui procurer ces doubles satisfactions, minceur et plénitude, devient ennemi. Le corps est alors traité comme un objet, qu'on remplit et qu'on vide.

## Sujet B: description et analyse de ses autoportraits

La deuxième participante dont les autoportraits furent choisis pour une analyse, est une femme de 31 ans appelée, pour l'occasion, «B».

«B» eut une enfance difficile. Encore bébé, elle fut envoyée, pour un séjour chez ses grands-parents lointains pendant la période entourant l'accouchement de sa mère à l'occasion de la naissance d'une première petite soeur. Cet éloignement l'a beaucoup attristée. Elle réclamait son père et refusait de manger. Elle qualifia ses parents d'êtres compulsifs: son père était perfectionniste et ordonné et il planifiait ses coups avec cruauté, surtout envers son frère tandis que sa mère était insécure, impulsive et une obsédée du ménage. Etant l'aînée et vu l'impulsivité de sa mère, «B» est devenue une deuxième mère pour protéger sa soeur cadette. Le caractère obsessionnel des parents fut probablement à l'origine de l'anorexie de «B», à l'âge de douze ans. Cette anorexie inquiéta beaucoup la mère qui l'amena voir un médecin.

À la puberté, quand son corps commença à se transformer pour prendre des formes féminines, «B» avait du mal à accepter le regard et le langage de son père sur son corps. Elle se sentait observée par lui, trouvait ses commentaires vulgaires «...va avoir des petites pommes...» et s'est mise à en avoir peur. Son père croyait qu'une fois menstruée elle ne devrait plus mouiller son lit. «B» avoua avoir encore occasionnellement un problème d'énurésie qui surgit surtout pendant des périodes angoissantes. Vers l'âge de quatorze ans, elle

passa de quatre-vingt-dix à cent soixante livres. A dix-sept ans, «B» fit deux tentatives de suicide et fut hospitalisée en psychiatrie pour un mois. Sa première expérience sexuelle fut une relation homosexuelle; par la suite, ce furent des relations passagères avec des hommes.

Depuis deux ans, elle vivait une liaison avec un paraplégique. «B» croyait que le fait qu'il n'ait pas d'érections et qu'il ne puisse la pénétrer lui avait toujours convenu jusqu'à maintenant. Mais elle avoua timidement être en plein questionnement face à son orientation sexuelle.

«B» était une personne souriante qui s'intégra facilement au groupe. Elle était de taille moyenne, avait une apparence docile, de grands yeux et un air timide qui la rendait sympathique. Parfois silencieuse, «B» dégageait toujours beaucoup de chaleur par son allure colorée.

#### Illustration 18 - autoportrait # 1 «image de soi»

Ce personnage a une tête en forme de losange qui est soutenue par une barre sombre servant de cou, des épaules carrées et des bras massifs partant du cou pour rejoindre le coeur situé au centre de ce dessin. Des petites veines provenant du coeur circulent dans les bras jusqu'aux doigts. Le corps, contenu et encerclé par les bras, est formé d'eau pour le haut et de feu pour le bas. Dans l'eau, on trouve

un voilier et un soleil à la droite du coeur et un éclair entouré de six points rouges à la gauche. Le feu et l'eau se rejoignent et se confrontent au niveau de la taille. Les traits du visage (yeux, nez, bouche,...) sont faits de cercles et d'ovales. Deux notes de musique servent d'oreilles. Cet autoportrait, remplissant bien la feuille a comme couleurs principales le vert, le bleu et le rouge.

Ce dessin exécuté avec application, spontanéité et énergie par «B» semblait, au premier abord, amuser le groupe surpris de cette manière originale et comique de répondre à la consigne. Aussitôt l'effet de surprise dissipé, les commentaires firent part de la souffrance contenue, du cri étranglé, du corps pétrifié qui subit de l'agressivité, du risque d'explosion... Ces observations ont ému «B» qui a alors exprimé la peine ressentie par ce corps, le sien.

Comment décrire cet autoportrait autrement que par le terme de robot bionique, donc inhumain? C'est sans doute uniquement par un robot dont le côté artificiel peut alléger la réalité (sa douleur) que «B» est parvenue à se représenter sans trop souffrir. Chase (Wenck 1984) va jusqu'à prétendre qu'il pourrait y avoir une condition psychotique quand le dessin de la personne est déshumanisé, monstrueux ou robotique.

Il y a un constant débat dans ce corps, où l'eau repousse ou contrôle les flammes, les empêchant d'atteindre le coeur. L'eau et le feu, souvent perçus comme éléments ennemis, peuvent aussi être des

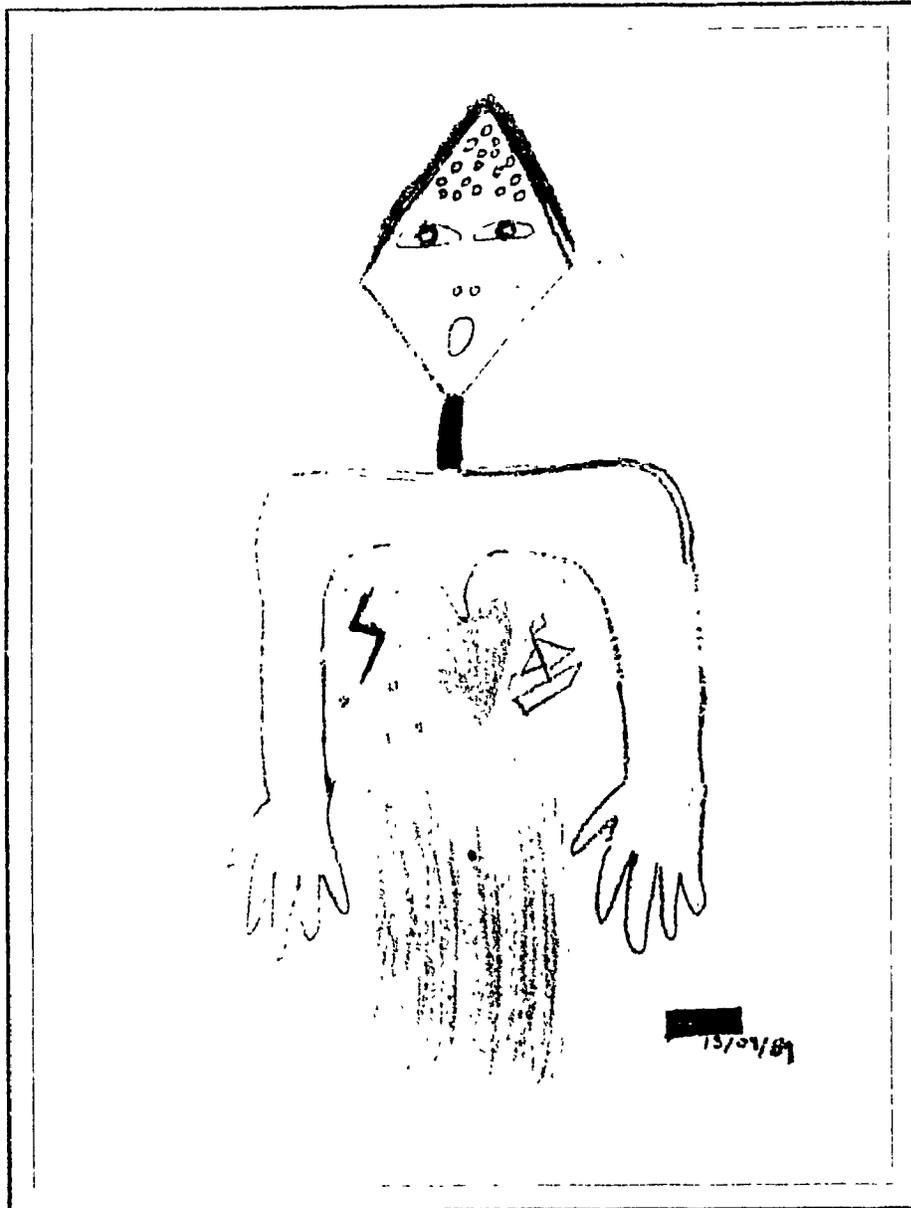


Illustration 18

forces positives qui détruisent lorsqu'elles sont incontrôlées. Malgré leur incompatibilité, ces deux éléments peuvent aussi être constructifs quand leurs efforts sont combinés de façon à produire quelque chose. L'eau et la chaleur du feu sont primordiales à tout être humain; ici, ces deux forces semblent s'opposer. Le feu peut symboliser la destruction, la transformation alors que l'eau peut représenter la fécondité, la persistance, le bercement ou même le flot d'urine. Le coeur baigne dans l'eau, comme un fœtus dans le liquide amniotique, sécurisant ainsi l'image du corps foetal. Le coeur central est la source de toute chose; le rouge vif se rapporte parfois aux sentiments, à l'agressivité et le bleu à la spiritualité et à l'apaisement.

Ce corps blessé contient également de la force, de l'agressivité et de l'instabilité. Il est le fléau de sa colère. L'inondation, l'incendie, l'éclair et l'orage simulent ici une tempête intérieure. Voici un petit passage descriptif du corps de la femme boulimique écrit par Aimez et Ravar (1988) qui semble bien s'appliquer à ce portrait de «B» : «Ce corps indocile, mal intentionné, volcan jamais éteint, tout agité de pulsions, gueule ouverte prête à tout avaler, à tout expulser...» (p. 137).

Il est presque certain que ce corps a pu être victime de violences sexuelles même si aucune verbalisation en ce sens ne fut faite. Cette interprétation, en apparence hâtive, est fondée sur les observations de tous les autoportraits produits par «B» et sur ses

craintes, maintes fois verbalisées, d'être pénétrée par son père ou tout autre homme ou même par le simple regard de son père.

Il n'y a pas de forme solide sous les épaules et ce portrait dénote un manque évident de schéma corporel. Le bas du corps n'est que feu: pas de ventre, de sexe, de jambes et de pieds. La bouche semble pousser un cri étouffé rappelant l'angoisse et la souffrance exprimées dans le fameux tableau d'Edvard Munch, «Le Cri» (1893). Le gros coeur rouge suggère de la tristesse, comme dans l'expression «avoir le coeur gros». La présence de tous les cercles sur le front, les yeux, les joues, le nez et la bouche témoignent de la probabilité de multiples perforations sur ce corps troué, percé, envahi, dépossédé, qui laisse pénétrer et qui expulse. Ce besoin compulsif de reproduire des cercles vides, apparut fréquemment dans les dessins, sculptures et constructions en papier de bien d'autres femmes déclarant avoir subi des abus sexuels. Il est mentionné dans le livre d'Hervais (1990), que la boulimie est un problème d'orifices où tout se trouve à passer par la bouche plutôt que par l'anus ou par le vagin. La bouche est le passage produisant un érotisme oral.

Aimez et Ravar (1988) ont écrit qu'un grand nombre de boulimiques affirment avoir été l'objet de violences sexuelles au cours de leur enfance ou au début de l'adolescence. Refusant d'être objet de désir et puisque la minceur, idéal corporel, est synonyme de séduction, elles se vengent ou se protègent en condamnant leur corps à grossir sans limite, devenant ainsi moins attrayant, moins désirable. Une majorité de participantes aux ateliers (quinze sur vingt-quatre) ont

déclaré avoir été victimes de viols ou d'inceste; cependant «B» ne comptait pas parmi elles. Toutefois, le mépris que «B» porte à son père, les insinuations de celui-ci sur son problème d'énurésie et ses difficultés sexuelles présentes (peur d'être pénétrée) laissent supposer la probabilité d'une relation de type incestueux, réelle ou fantasmée et ceci probablement à l'époque où «B» passa de l'anorexie à l'obésité.

#### Illustration 19 - autoportrait # 2 «idéal de soi»

Avant d'entamer l'idéal de soi, le regard de «B» s'est figé sur sa feuille blanche pendant un long moment. Elle semblait plongée dans une réflexion profonde. Finalement, avec assurance et rapidité, elle a écrit les mots suivants:

Ca s'exprime juste en mots...  
LA PERFECTION idéalement  
L'ACCEPTATION humainement

«B» a choisi trois couleurs pour écrire ces phrases, deux teintes de vert et le rose.

Il n'y a que la perfection qui pourrait satisfaire «B» et la perfection serait donc énigmatique pour elle. Idéalement elle désire être parfaite et sachant cette perfection inatteignable, «B» n'a peut-être pas pu se résigner à imprégner sa feuille vierge d'un corps imparfait.

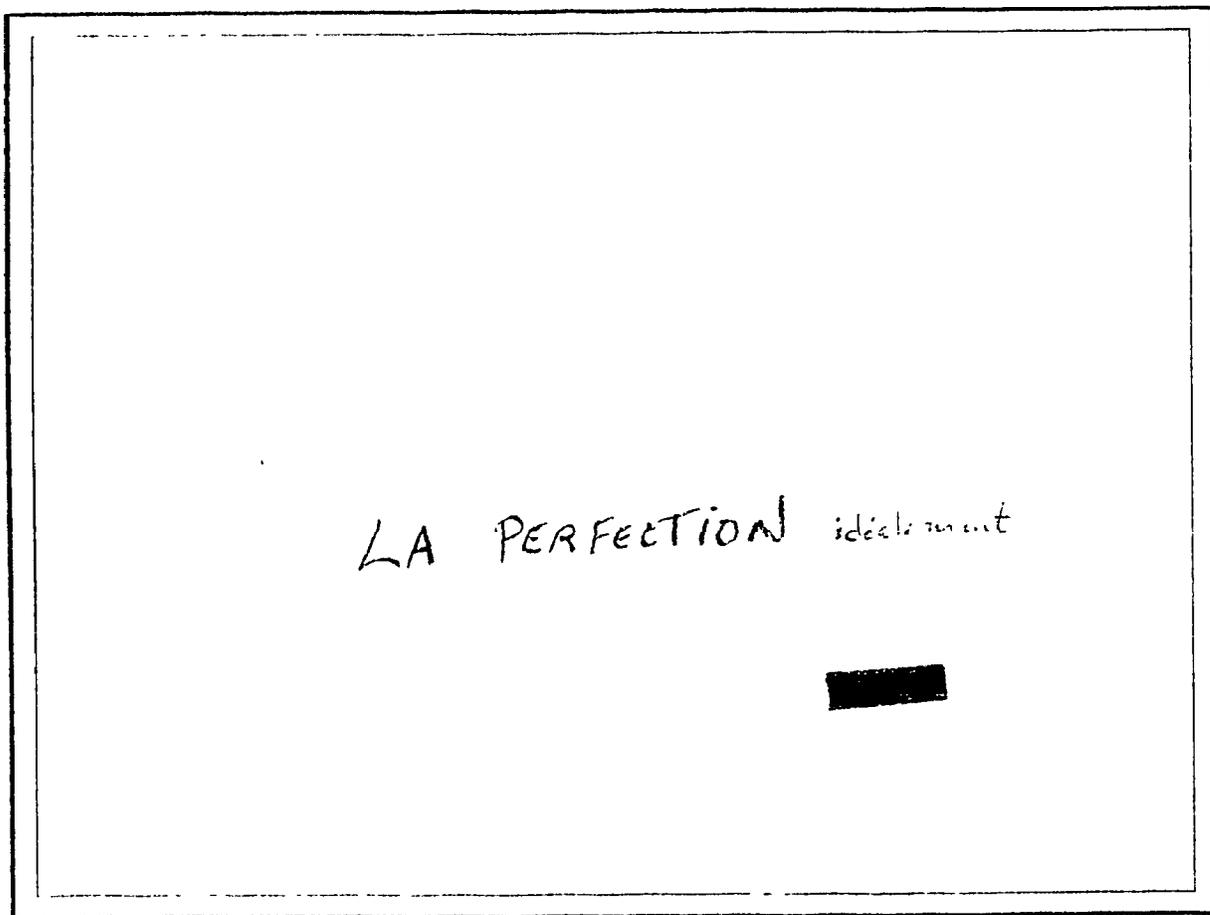


Illustration 19

Elle ne s'est abandonnée à aucun fantasme et n'est pas arrivée à jouer avec l'idéal de soi comme elle l'a fait avec l'image de soi. «B» s'est probablement senti condamnée à vivre dans un corps qu'elle déteste et qui la fait souffrir, un corps plein d'imperfections. Ce n'est qu'en intellectualisant qu'elle est parvenue à toucher la pureté de sa feuille. La perfection devient donc abstraite, intellectuelle et s'exprime par des mots. L'idéal synonyme de perfection se situe dans la tête et encore une fois le corps n'existe pas.

Aimez et Ravar (1988) ont ajouté que, pour la femme boulimique, «son «moi» demeure a-charnel, désincarné, idéalisé, extérieur à elle-même» (p. 131). Ils voient ceci comme une explication probable de la passion qu'ont certaines boulimiques pour les revues féminines, dans lesquelles, page après page, des corps de femmes parfaits et idéaux sont illustrés. Ce sont leurs aspirations paradant sous tous les angles qu'elles retrouvent.

Sami-Ali (1984) dans son discours sur l'expérience du corps et sa référence au réel et à l'imaginaire, a déclaré que la personne est avant tout une unité psychosomatique: «Au contact d'une réalité qui se découvre progressivement, le corps réel et le corps imaginaire ne constituent pas deux entités mais les extrêmes entre lesquels oscille tout le fonctionnement psychosomatique» (p. 3).

Illustration 20 - autoportrait # 3 «image de soi»

«B» s'est dessiné les cheveux sur le côté, laissant paraître une oreille. Ses yeux ont une forme ovale et ses lèvres sont exécutées d'un simple trait aux coins accentués légèrement vers le bas. La partie supérieure du corps, apparemment solide, avec un grand cou et des épaules, des bras et des mains larges, est tout à fait vide. On y retrouve deux traits arrondis représentant les seins et un petit cercle plus bas au centre, représentant supposément le nombril. Cet autoportrait ne diffère pas énormément du # 1 (le robot). On y retrouve les mêmes bras massifs et le bas du corps y est encore manquant. Le rouge exclusivement utilisé ici avait dans son premier portrait (ill. 18) servi à remplir le coeur, à représenter le feu et à tracer quelques cercles. La bouche ouverte est refermée exprimant ainsi une certaine tristesse ou résignation.

Le corps, d'allure gonflée, mais intérieurement vide peut être représentatif du ressenti des femmes boulimiques. Elles se gonflent, se dégonflent, se remplissent et se vident continuellement. Le vide fait partie du plein. Malgré la sensation de trop-plein après une crise, le vide et la solitude refont surface. Certaines s'acharnent à retrouver dans la nourriture un réconfort intérieur et quand ceci ne survient pas, elles ont besoin de «vider leur sac» pour comprendre ce qui se passe à l'intérieur d'elles.

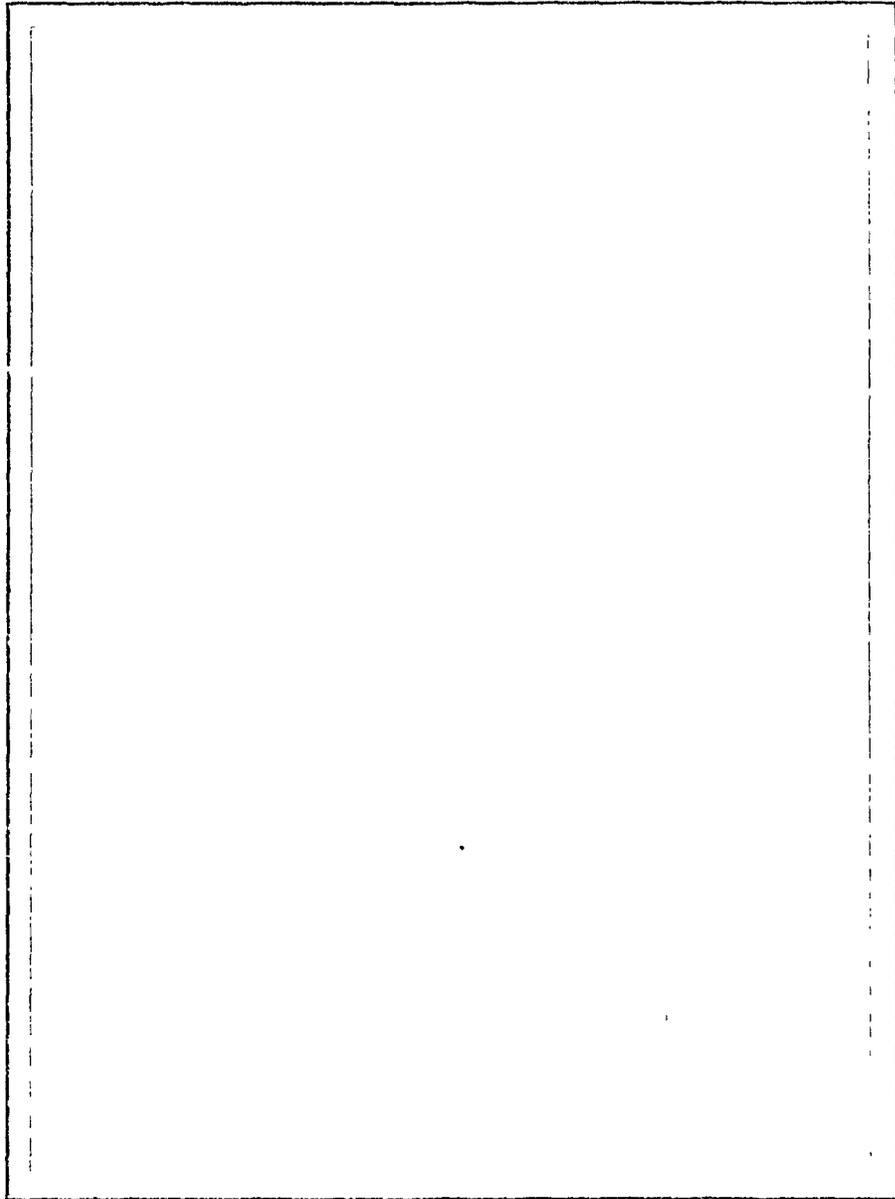


Illustration 20

«B» semble avoir une image interne incomplète et négative. Ce manque d'intériorité peut menacer le moi de s'effondrer sur lui-même puisque, incapable d'intérioriser ce qu'il y a de positif en elle, elle ne peut se construire un moi solide. On serait tenté d'en déduire qu'une blessure narcissique de l'enfance ne s'est jamais guérie.

Les fantasmes de morcellement surviennent pendant la période de la petite enfance. Il est indispensable à ce stade qu'il y ait ce que Dolto (1984) a nommé «un continuum de perceptions» pour que l'image du corps s'organise (p. 69), c'est-à-dire que des perceptions soient répétées et reconnues par l'enfant et soient combinées à des perceptions nouvelles et inconnues. Dolto (1984) prétendait que la relation d'une mère à son enfant doit être vivante et cela par des relations subtiles ne s'arrêtant pas uniquement aux manipulations nécessaires aux soins du corps. Quand la mère est capable de relations subtiles, olfactives et visuelles par des vocalisations ou des mimiques, il devient possible pour l'enfant d'introjecter ce lien avec sa mère, même en l'absence de celle-ci car les perceptions subtiles telles que l'odeur et la voix continuent d'être présentes et l'enfant se sent en sécurité. Ce lien narcissisant introjecté assure à l'enfant la sécurité de sa mêmeté.

Dolto a expliqué:

Les nouvelles voies de relation humaine du bébé, voies subtiles à travers le temps, par-delà la distance, et non plus rapports substantiels de corps à corps, devront être préservées, pour que le sujet n'éprouve pas trop de brisures de son narcissisme: c'est-à-dire pour assurer la

sécurité de sa mêmeité, connue et reconnue d'être en rapport à ce premier autre, l'objet total connu, sa mère nourrice, qui le fait se reconnaître humain et s'aimer vivant. (1984, p. 69)

Ses ongles dans cet autoportrait sont également des cercles qui, comme déjà démontré, pourraient être perçus comme d'autres orifices.

#### Illustration 21 - autoportrait #4 «image de soi»

A ce dernier atelier, certaines avaient le goût de se refermer sur elles-mêmes, de ravalier leur colère et leur peine en silence. C'est le cas de «B» qui s'efforça de cacher sous un grand sourire une tristesse qui transparaisait et cette douleur se trouve reflétée dans ses dessins.

La représentation de soi, illustrée par une étendue de traits colorés (cheveux), trois cercles bleus (yeux, nez), et un regroupement de cercles rouges et roses (bouche, cou), donnent naissance à un visage.

À la fois libre et contenu, ce dessin laisse apparaître ce qui pourrait être de la frustration réprimée. La colère que le resserrement et l'alignement de plusieurs petits cercles dans la bouche et la gorge contiennent de manière compulsive, surgirait de manière désinvolte

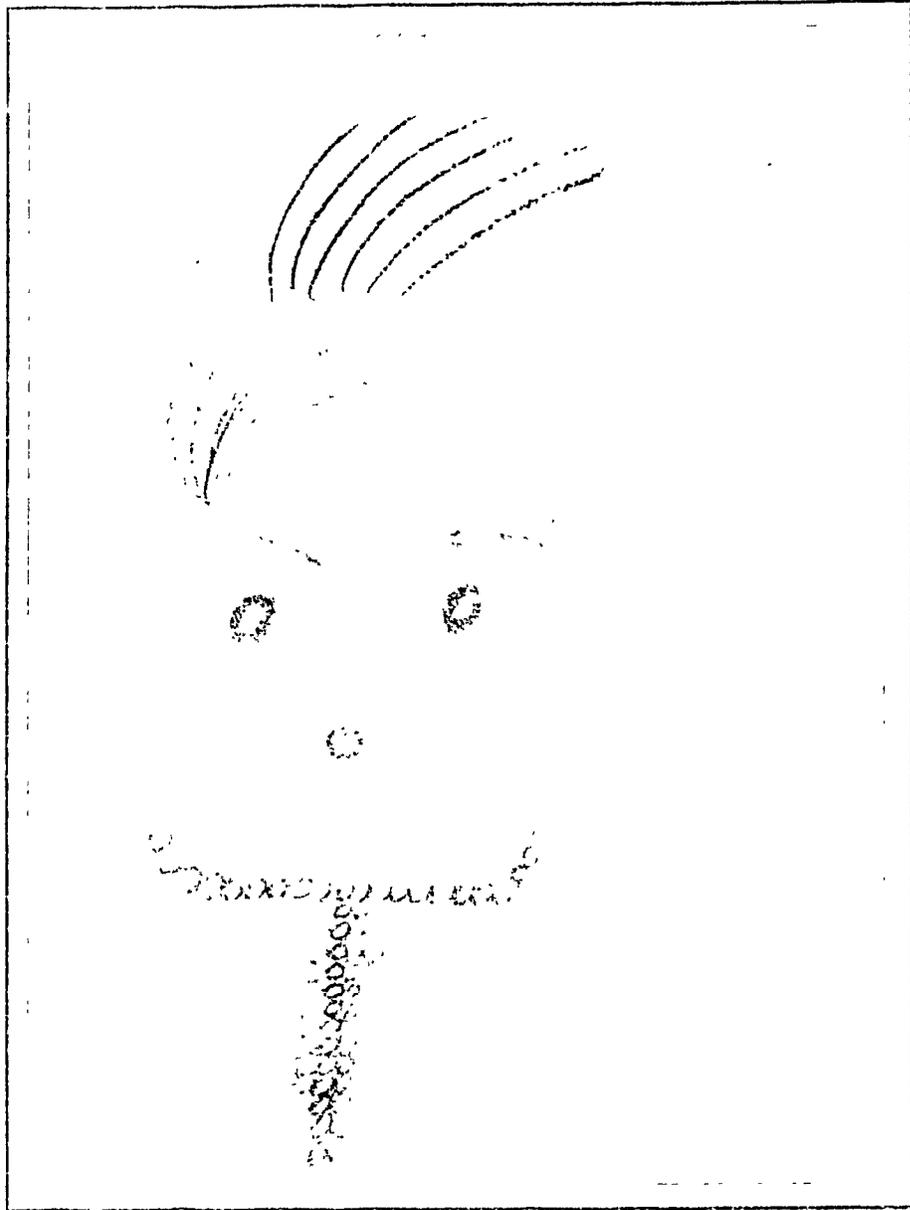


Illustration 21

par un survol de traits libres. L'illusion d'étouffement par le cou serré et la bouche cousue de ce portrait renvoie à la première «image de soi» (ill. 18) que «B» a produit au premier atelier. On y retrouve le même serrement de la gorge comme pour empêcher les hurlements ou toute pénétration d'aliments. Il y a encore une multitude de cercles qui peuvent symboliser autant de meurtrissures, d'orifices. Plusieurs interprétations furent émises par le groupe, intrigué par ces rangées de cercles; quelques-unes furent retenues: fermeture-éclair, chemin, sang, colonne vertébrale, globules rouges.

Les traits sont aérés, volatiles, presque désincarnés, semblables à la prochaine illustration, «l'idéal de soi».

#### Illustration 22 - autoportrait # 5 «l'idéal de soi»

«B» commence ce dessin tout en haut de la feuille. Un cercle rempli de jaune, des lignes jaunes et bleues, des ovales verts et bleus et en bas de tout cela, est centré un grand croissant rouge. Toutes ces formes créent un visage désuni avec un grand sourire vide et des yeux vides ou encore une personne dont la tête est représentée par un soleil, les bras par les reflets du soleil sur l'eau et dont les pieds sont les narines du visage désuni: c'est une fusion d'elle-même avec le paysage. Après avoir signé et daté ce dessin en rouge, elle a ajouté «je suis triste». Ce dernier portrait contient une énigme que

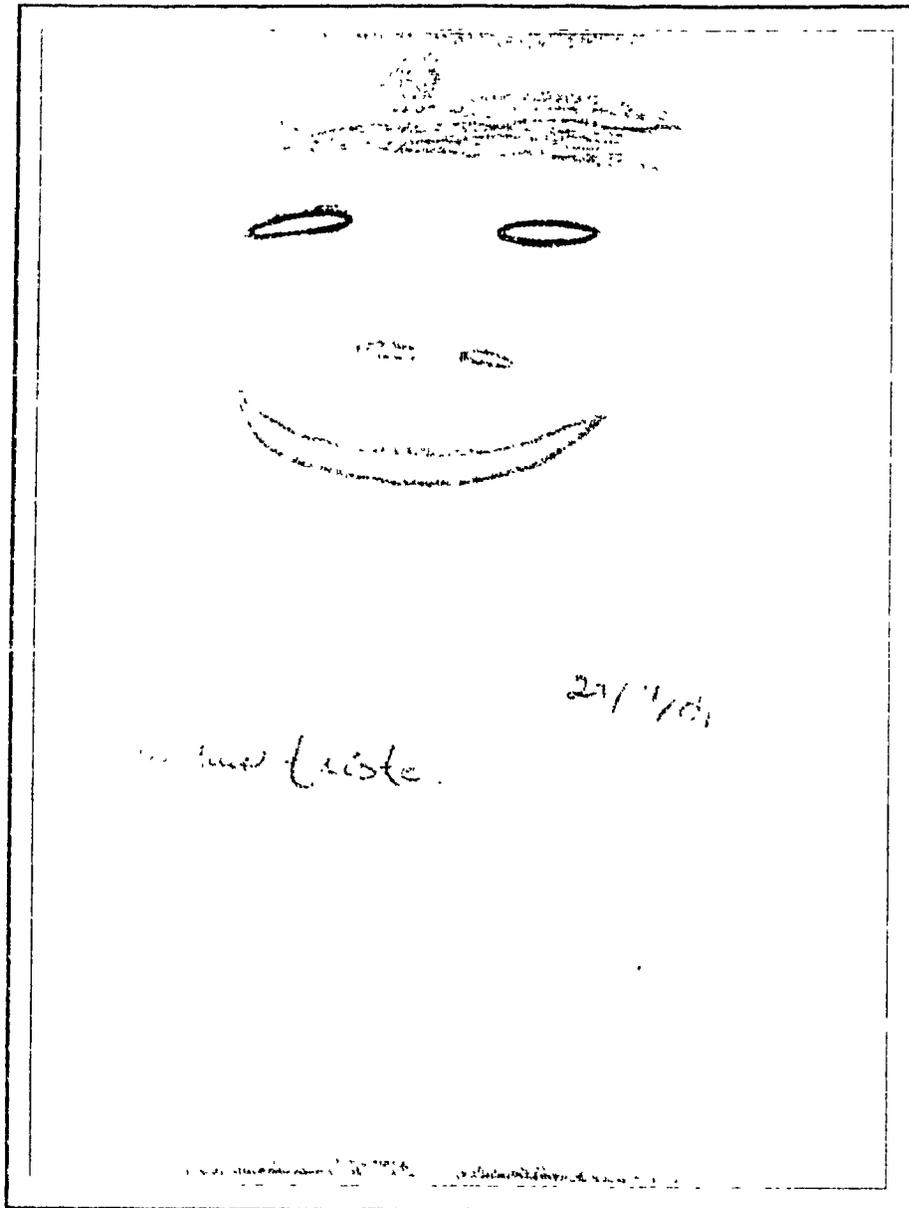


Illustration 22

«B» ne partagea pas avec le groupe. Aussitôt ce croquis terminé, mine de rien, elle tourne rapidement sa feuille pour dissimuler cette tristesse à laquelle elle ne peut probablement pas faire face.

Etant donné la fin des ateliers, chaque participante a suffisamment de peine à accepter sa propre perte qu'elle ne cherche pas à aller voir chez la voisine et «B» l'a sans doute senti quand elle décida de cacher son dessin. Personne ne fit donc allusion à cet autoportrait. Par la suite, en utilisant le verso du 5<sup>e</sup> autoportrait, illustration 22, elle esquissa un paysage diaphane, en quelques minutes.

#### Illustration 23 - verso du #5

Ce dernier dessin contient un soleil jaune en haut sur le coin gauche de la feuille. Un peu plus bas, un grand trait vert horizontal se rend d'un bout à l'autre en ondulant. Six fleurs roses aux pétales verts s'alignent de la plus grande à la plus petite vers la droite, dans le bas de la feuille.

C'est sur l'image d'un petit paysage calme que «B» a désiré terminer. Elle donna l'impression de vouloir s'anesthésier à l'aide de la boulimie pour ne pas sentir et ne pas affronter sa peine, sa frustration et toutes les autres émotions ressenties qui sont souvent évitées par les boulimiques.

En regardant ce petit paysage serein, léger aux couleurs tendres (rose, jaune et deux teintes de vert), nous pouvons facilement revoir son premier «idéal de soi» (ill. 19) représenté par des mots formant trois phrases horizontales de mêmes couleurs. Dans les deux cas, on y retrouve une paix qui semble témoigner d'une résignation. Pour «B», l'idéal laisse un grand vide un découragement. Il devient tellement inaccessible qu'il vaut mieux y renoncer. La comparaison de ces deux idéaux nous fait remarquer que le vert employé pour dessiner la grande ligne flottante écrivait les mots «LA PERFECTION idéalement», le rose formant les fleurs disait «L'ACCEPTATION humainement» et le vert, représentant les pétales des fleurs, énonçait: «Ça s'exprime juste en mots...» L'ajout du soleil sur cette feuille amène une lueur d'espoir, manquante pour «B» au premier jour des ateliers.

En reprenant ses mots «l'acceptation humainement» on se rend compte que «B» avait beaucoup de difficulté à accepter un corps de femme. A la puberté, elle devint anorexique et ensuite boulimique.

Dolto explique:

A la puberté l'intérêt pénien, l'intérêt pour le phallus, qui est représenté chez l'homme par le pénis, comme il l'est chez la femme par les seins, fait que la poussée pubertaire, la croissance des seins, l'arrivée des règles, signifient pour la jeune fille, consciemment et inconsciemment, sa possible fécondité. Or, le couple de ses parents vit en l'occurrence, le plus souvent, sur un mode infantile, dans un climat soit agréable, soit désagréable; et l'idée inconsciente de grossesse n'est pas

supportable pour ces fillettes. Leur hantise consciente est de grossir. (1984, p. 349)

Ces conflits, le rejet du corps de femme, la sexualité et la féminité datent de ses trois à six ans et ont souvent peu à voir avec le comportement actuel de ses parents à son égard (Dolto, 1984).

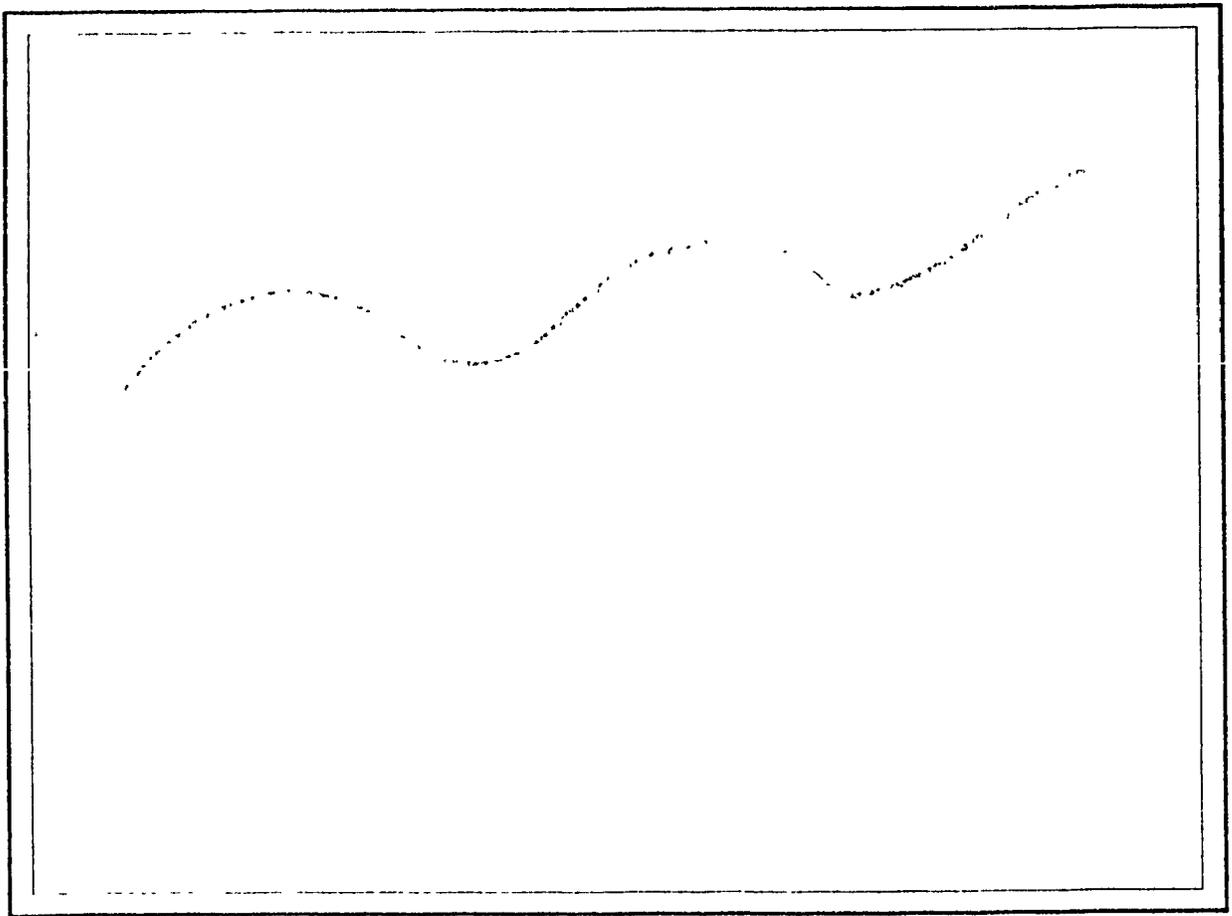


Illustration 23

## Sujet C: description et analyse de ses autoportraits

«C» est une femme obèse, issue d'une famille où le problème de poids était significatif. «C», tout comme «A» et «B», est dans la trentaine et célibataire. Elle était la plus jeune d'une famille de six enfants. Elle croyait ne pas avoir été désirée par ses parents et avait l'impression de s'être élevée toute seule. Ce n'est qu'à neuf ans qu'on célébra son anniversaire pour la première fois. «C» avoua avoir mouillé son lit jusqu'à l'âge de six ans. Il n'y avait pas beaucoup de dialogue dans la famille. Ses parents ne se parlaient pas et on parlait rarement de ses sentiments à la maison. «C» a vécu un conflit intérieur de tiraillement entre son père et sa mère; «Va demander à ton père» et «Va demander à ta mère» étaient des réponses courantes à ses questions. Elle décrivit sa mère comme une personne autoritaire et de principes qui «... portait la culotte» alors que son père lui semblait plus ouvert d'esprit. Ce n'est qu'avec un parent à la fois que «C» était bien. Vers l'âge de douze ou treize ans, elle a réalisé qu'elle n'était pas comme les autres filles de son âge: elle se rendit compte qu'elle était grosse. Personne ne lui avait fait sentir cette différence auparavant. C'est là que commencèrent les amphétamines, les régimes, les pertes de poids et les reprises de poids et les méchants noms dont on l'affublait en la poursuivant dans les rues.

Agée de quinze ans au décès de sa mère, elle se retrouva seule à la maison avec son père et décida qu'elle allait s'occuper de lui. Elle a déclaré qu'elle a joué le rôle de sa mère auprès de son père et avoua

avoir gardé longtemps l'espérance d'être la femme de son père. «C» quitta la maison familiale à vingt-deux ans, mais son fantasme de marier son père était encore présent à trente ans. Elle croyait que ce fantasme était partagé par son père qui, un jour, fit un lapsus en la présentant comme sa femme/fille. «C» a eu sa première relation sexuelle à trente et un ans et a vécu très peu d'expériences sexuelles depuis.

#### Illustration 24 - autoportrait #1 «image de soi»

«C» n'a démontré aucune hésitation à produire cette «image de soi»; elle semblait à son aise, contente et même habituée à des ateliers de groupe.

Un corps massif, au centre de la feuille est dessiné de traits roses inégaux, hachurés et renforcés à quelques endroits. Une chevelure brune, laissant paraître les oreilles, couronne un visage rond. On ne peut manquer de voir les lunettes bleues (unique accessoire sur ce corps nu) qui encadrent ses yeux et accentuent le regard. Le menton est nettement accusé. Les épaules sont fortes, les biceps musclés, la poitrine plate et les hanches absentes. De l'emphase est mise au bas du ventre attirant l'attention au sexe qui laisse perplexe... on croit identifier un pénis.

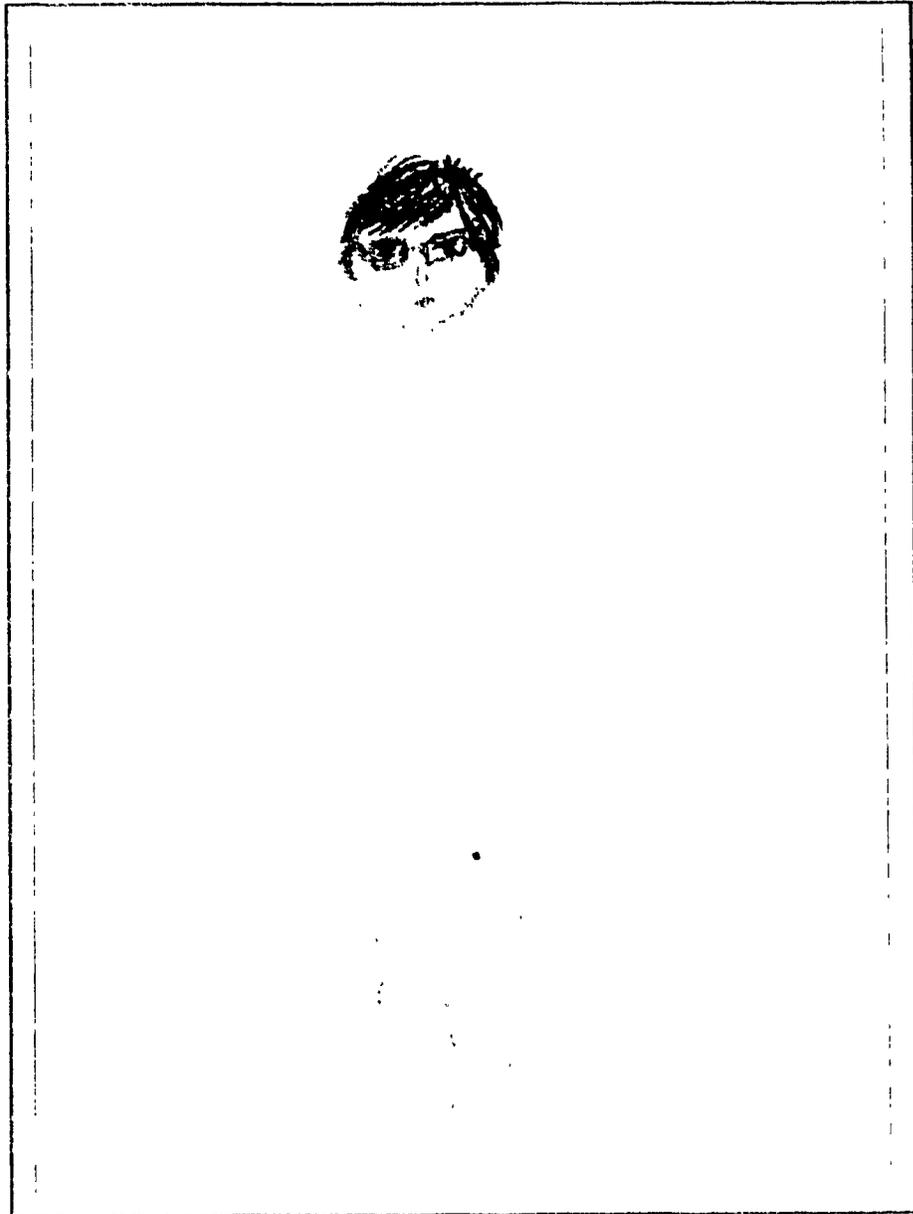


Illustration 24

Il y a dans cet autoportrait plusieurs caractéristiques propres à un corps d'homme en commençant par les cheveux courts et séparés sur le côté gauche, le menton accentué qui, selon McElhaney (Wenck 1984), peut dénoter la masculinité, les tendances dominatrices et l'agressivité, l'absence de seins et de hanches et finalement la présence de ce qui semble être un pénis.

L'ambivalence sexuelle de ce corps est renforcée par l'aspect hermaphrodite du sexe et du visage. Habituellement le sexe et le visage peuvent permettre de clarifier tout doute concernant l'identité sexuelle d'une personne. Sami-Ali (1984) a décrit que: «De toutes les composantes de l'image du corps, le visage constitue, autant que le sexe, une problématique privilégiée» (p. 121). Il a ajouté que, par le visage, on peut affirmer la double identité sexuelle et symbolique d'une personne. Par cet autoportrait, «C» laisse l'observateur dans l'ambiguïté et aucune question n'a été posée par le groupe sur l'identité sexuelle de ce corps.

Au cours de la discussion, le récit de «C» sur ses mésaventures à cause de ce corps lourd et encombrant qu'elle hait, était rempli d'émotions et de larmes. Le groupe, touché par sa douleur, montra de la sympathie et de la compréhension. Très peu fut donc dit sur l'allure négative de ce corps, comme pour la protéger.

Il est indéniable que «C» était obèse et qu'elle était la plus corpulente dans le groupe; de plus, comme elle l'a raconté, elle est souvent la plus grosse où qu'elle se trouve. En donnant à ce corps

des traits masculins, «C» pouvait peut-être symboliquement s'emparer de puissance. Se sentant homme, elle s'appropriait la force nécessaire pour affronter l'hostilité l'entourant quotidiennement et n'avait pas, ainsi, à plaire aux hommes.

Affectivement, «C» n'a pas fait mention de sa préférence sexuelle; sa seule relation sexuelle fut avec un homme. Il est mentionné que la représentation explicite des organes sexuels peut démontrer l'existence de problèmes sexuels. Armon (Wenck 1984) a remarqué que, quand une femme dessine un homme comme premier autoportrait, il peut y avoir des sentiments ambivalents ou conflictuels concernant son rôle sexuel ainsi qu'un pauvre concept de soi. Il pense qu'il pourrait alors y avoir des problèmes d'identification sexuelle.

Il y a probablement une perturbation dans l'identification de «C» puisque, tel qu'il sera observé dans sa deuxième représentation «idéal de soi», l'identification à son propre sexe est irréaliste et appartient aux contes de fées.

Un penchant homosexuel peut exister si on considère que les interactions familiales traumatiques dont «C» a fait part ainsi que les carences d'une mère maternante et d'un père trop mou font souvent partie du tableau typifiant cette tendance.

Il a été fait mention de la masculinité de ce corps et maintenant le côté enfantin et puéril, également présent dans ce dessin sera

envisagé. En visualisant ce corps comme celui d'un gros bébé rond et joufflu, sa grosseur deviendrait acceptable. Les rondeurs d'un bébé sont attrayantes. On a le goût de toucher la douceur de sa peau claire et molle, de jouer avec ses mains potelées aux doigts courts. Tout cela est mignon chez un bébé. Parfois les boulimiques ont l'impression que leurs parents leur demandent d'être un gros bébé que l'on incite à rester sage en le gavant. Ce rôle est inconsciemment accepté par la boulimique qui se gave pour se consoler.

#### Illustration 25 - autoportrait #2 «idéal de soi»

«C» a eu recours aux contes de fées pour représenter son image idéale. Idéalement, elle aimerait se transformer en Cendrillon. Convaincu que «C» faisait plutôt allusion à Blanche-Neige quand elle parlait de Cendrillon, le groupe s'exclama: «Tu veux dire Blanche-Neige?» «C», surprise et freinée dans son récit, répliqua que c'était bien de Cendrillon dont elle parlait. Malgré les cheveux foncés de celle-ci et la pomme de dimensions surréelles à la gauche de sa tête que l'on retrouve dans l'histoire de Blanche-Neige, elle insistait, stupéfaite, que c'était de Cendrillon qu'elle parlait.

Cette «Cendrillon» ressemble à un bibelot sans vie, une poupée décorative, irréelle. Ses cheveux bruns sont attachés au niveau des oreilles et se terminent à la hauteur des épaules. Le cou est



Illustration 25

renforcé par des traits extérieurs. Le corps est vêtu d'une robe de soirée (dessinée d'un contour solide de couleur orange), laissant les épaules dénudées et dont la longueur laisse à peine paraître les pieds. La robe descend en s'élargissant, laissant supposer la présence de crinolins et se termine par un rebord de demi-cercles. La taille est serrée et une boucle qui fait penser à un papillon se trouve au centre. De là, se prolonge un ruban orange lourd et imposant qui se divise sur le devant de la robe.

Cette féminité semble renfermer une masculinité puissante sauf pour le traitement du cou où un cou d'allure masculine renferme un cou d'allure féminine. On a l'impression qu'un cou mince se trouve enveloppé par un cou parallèle plus massif. On peut facilement imaginer des pantalons formés par le grand ruban orange qui se sépare à l'intérieur de la robe.

Un débat entre le monde interne, imaginaire, irréel et fantasmé et le monde externe, vrai et réel semble se dissimuler dans cet «idéal de soi». La masculinité serait capturée dans un corps féminin fantasmé, donc inexistant. Le papillon, symbole de transformation, se trouve également pris dans ce corps imaginaire, ce qui laisse présager une transformation et indique une instabilité. Le renforcement du cou servant de jonction entre la tête et le corps suggère la possibilité d'un grand besoin de contrôler les pulsions du corps par la raison.

Qu'en est-il de l'histoire de Cendrillon à laquelle «C» adhère avec insistance malgré l'apparence trompeuse, au premier abord, de son dessin, si ce n'est la transformation: la transformation d'une pauvre orpheline en une belle princesse et la transformation d'une citrouille qui peut être représentée par l'immense pomme ainsi que par la couleur orange de sa robe, en carrosse. En s'appropriant la couleur de la citrouille pour se vêtir, «C» s'entoure de l'amour de la mère. Elle s'enferme dans cette citrouille-carrosse comme dans le ventre de sa mère d'où elle peut renaître plus innocente et plus merveilleuse. Rien ne demeure stable, tout peut se transformer et se retransformer, comme dans un rêve.

Cette balade entre le réel et l'irréel fait probablement partie d'une quête de l'identité. Ayant passé du monde merveilleux de l'enfance à la cruelle réalité d'une séparation abrupte par la mort de sa mère, «C» ne peut que rechercher cette perfection narcissique de l'enfance, à jamais perdue, dans un idéal absolument inatteignable: le conte de fées. Cet impossible idéal la laissait peut-être dans une grande insatisfaction narcissique. La frontière entre le fantasme et la réalité semble immuable.

Illustration 26 - autoportrait #3 «image de soi»

Le troisième portrait de «C» n'a absolument rien de féminin et à la différence de son premier, il n'a rien d'un corps de bébé non plus. Il n'y a pas à s'y tromper... c'est un corps d'homme!

La largeur excessive de la tête, du cou et des épaules raccourcit le bas du corps. Les bras sont très longs et celui du côté gauche est plus long et aussi gros que les jambes. Les pieds et les mains sont trapus. Tout le corps est de couleur beige sauf pour la main verte à la gauche de la feuille. Le visage est d'un beige un peu plus foncé que le corps. De petites lunettes roses encerclent les yeux surmontés de gros sourcils; le nez est presque invisible et les lèvres sont un peu vers la droite exactement comme dans son premier autoportrait. Cette grande tête ronde, moins autonome du cou qu'à son premier dessin, est entourée de cheveux foncés.

Selon Hammer (1958), des épaules excessivement larges peuvent indiquer que «C» est probablement insécure et qu'elle a une grande inquiétude quant à son besoin de force et de pouvoir, tandis que Machover (1949), a suggéré une confusion du côté des rôles sexuels. Il y a certes une confusion dans l'identification de «C» à son propre sexe puisque «C» n'a apparemment pas développé une identification positive avec la mère et un psychisme désorienté semble en résulter.

Ses propos indiquaient qu'elle ressentait encore de l'hostilité envers sa mère et c'est probablement en remplissant son corps qu'elle se vengeait. En dévorant, elle pourrait introjecter le mauvais objet partiel. Elle ne s'identifiait pas au mauvais parent de l'Oedipe, la mauvaise mère toute-puissante et castratrice. «C» se souvenait de cette mère toute-puissante, forte, froide et inaccessible à laquelle



Illustration 26

il était impossible de s'identifier. Elle était irréaliste, appartenait à un autre monde, celui des contes de fées.

Il y a une trop grande différence entre le corps féminin idéalisé et inaccessible et son propre corps qui était probablement à ses yeux plus rapproché de celui d'un homme. L'identification à l'homme satisferait également son besoin probable de puissance. L'obésité la rendrait imposante et capable de se protéger.

Le cou épais et court dénote selon Machover (1949) de l'impulsivité et les cheveux, fortement ombragés, sont un indice d'inconfort avec la vie imaginaire d'après Mogar (Wenck 1984). Mais en constatant l'emphase mise sur cette grosse tête ronde, il est possible de comprendre que l'imagination est aussi une source de satisfaction pour «C». «C» n'a pas réussi à se maintenir dans le champ du désir et elle ne se sentait peut-être d'aucune façon objet de désir pour l'autre.

Par ce portrait ainsi que par son premier, on a l'impression que «C» se regarde dans la glace. Les lunettes sont alors nécessaires pour bien percevoir son corps dévêtu, pour comprendre l'espace qu'il occupe et pour voir comment il est perçu par les autres. Présente-t-elle son corps ou la réflexion d'une symétrie figée et inversée du miroir? Lacan (1966) perçoit le stade du miroir comme une identification produisant une transformation chez la personne quand elle assume son image. En analysant ce dessin et en écoutant son discours, il semble évident qu'elle ne réussit pas à se sentir

désirable pour l'autre, ni pour elle-même dans le reflet narcissique et ne peut alors assumer son image. Ce corps ne peut être source de plaisir comme l'ont affirmé Aimez et Ravar (1988);

Mais le gros corps (prétendu gros) ne joue pas seulement le rôle d'écran physique au plaisir, de barrière à l'affectivité spontanée: il est obstacle permanent à la communication et à l'approche d'autrui. (p. 130)

Buck (1981) a mentionné que quand les jambes sont courtes pour le corps, il y a peut-être un sentiment d'immobilité physiologique et psychologique. Les jambes sont des instruments de locomotion, de contact avec l'environnement. Physiquement, «C» éprouvait de la difficulté à se mouvoir et son allure physique semblait l'empêcher de créer des contacts avec son environnement.

L'attention se pose maintenant sur la main contournée de vert, un peu comme la main coupable ou la main masturbatrice. Ces mains très petites démontreraient de l'insécurité (Di Leo dans Wenck 1984) ainsi qu'un sentiment d'impuissance (Hammer 1958).

L'incapacité de dessiner une personne du même sexe indique parfois l'inacceptation de son propre sexe ou la valorisation de l'autre. Il est aussi le reflet du vécu de «C» vis-à-vis des images parentales.

#### Illustration 27 - autoportrait #4 «image de soi»

Un trait rose délicat compose le visage et le cou et contourne la robe pour s'arrêter aux jambes coupées par la feuille. La tête est aussi ronde que dans les autoportraits «image de soi» précédents sauf que le trait est hachuré et plus faible. Ce léger trait rend le cou presque invisible et conséquemment l'encolure rose prononcé de la robe crée une division accentuée entre la tête et le cou. Le contour morcelé de la robe bleue est frôlé timidement par un rose indécis. Une chevelure brune couvre et solidifie la tête et des lunettes roses accentuent le regard. Les mains, colorées de beige, ne semblent pas appartenir à ce corps volatile et incomplet.

C'était le dernier atelier et «C» arriva, pour la première fois, portant une robe. Sa robe était bleue et ample, identique à celle représentée ici. Tout comme dans cet autoportrait, «C» affichait un grand sourire espiègle. «C» a voulu s'habiller et se comporter en petite fille charmante et sarcastique. Elle a investi un minimum d'effort pour effectuer ces derniers portraits.

Quand un dessin est coupé au bas de la page, on peut noter un besoin de support (Hammer 1958). Les mains ombrées peuvent signifier un sentiment de culpabilité qui serait dû à la masturbation ou à l'agression indique Levy (Wenck 1984) ou encore à l'anxiété (Koppitz dans Wenck 1984).



Illustration 27

L'emploi des couleurs bleu et rose pour dessiner ce corps, utilisées aussi de façon interchangeable pour les lunettes dans les trois autoportraits, semble faire partie de son dilemme d'identité. Le rose souvent attribué aux filles et le bleu aux garçons. «C» n'arrivait peut-être pas à se protéger de l'angoisse que ces contrastes provoquent.

Les traits délicats et brisés indiquent parfois de la timidité selon Di Leo (Wenck 1984). Buck (1948), voyait un besoin de précision quand ce trait était repris plusieurs fois méticuleusement comme s'il était impossible de le rendre visible d'un seul coup. Handler et Reyher (Wenck 1984) l'ont associé à de l'expansivité en situation de stress.

Plus de précision est donnée au chapitre deux au sujet du traitement du trait souvent constaté dans les oeuvres des femmes boulimiques.

Un passage du chapitre portant sur l'obésité et la schizophrénie dans Bruch (1978) a expliqué la difficulté que peut avoir la personne obèse à différencier les stimuli internes des stimuli externes et à dissembler ses propres pensées de celles d'autrui. Elle aurait une dispersion des frontières du moi et un sentiment d'être dirigée de l'extérieur. N'ayant pas une saine notion de son identité personnelle car incertaine de ses propres frontières par rapport à celles des autres, les réalités extérieure et intérieure se confondent. Il est possible d'observer ces frontières du corps floues à l'analyse des autoportraits de ce chapitre.

Bruch (1978) a expliqué:

Cette carence si importante - une saine notion de sa propre identité - que l'on observe chez les individus présentant des troubles du comportement alimentaire, cette mauvaise conception d'autonomie ou des frontières du moi, est également un trouble de base de la schizophrénie. On peut l'observer, à travers des manifestations diverses et à des degrés divers d'intensité, chez les individus pour lesquels des troubles tant dans le comportement alimentaire qu'au niveau de l'autonomie de l'action, ont été le problème central de leur existence, c'est-à-dire la plupart de ceux qui souffrent de l'obésité. (p. 211)

Dans cette société où «C» se sent quotidiennement persécutée et où sévit un «racisme anti-gros» comme diraient Aimez et Ravar (1988, p. 133), c'est seulement à l'intérieur de groupes comme celui-ci que «C» peut réussir à trouver sa place. Le support et la compréhension de femmes vivant les mêmes souffrances lui seraient même indispensables. C'est sans doute la raison pour laquelle «C» semblait être une grande «consommatrice» de tout genre de thérapies et de groupes de support. Elle connaissait toutes les nouveautés dans ce domaine. Aussitôt une thérapie terminée, elle s'inscrivait à une autre et ainsi de suite.

Cela explique un peu son dernier «idéal de soi» où elle s'est transformée pour faire ses adieux par une grimace, comme pour dire: je n'ai plus besoin de vous et c'est moi qui vous abandonne.

## Illustration 28 - autoportrait # 5 «idéal de soi»

À l'aide d'un pastel rouge, «C» a dessiné ce qui peut être un cochon ou un lapin. Un cercle rouge, avec deux longues oreilles pointues est rattaché à un triangle servant de corps avec, au centre, trois cercles gris aux contours bleus. Les bras sur les côtés sont levés et la main, à la droite de la feuille, tient un cornet rose contenant de la crème glacée verte. Les jambes sont filiformes et les pieds ressemblent à des roulettes. De grands yeux bleus en forme de losanges et une bouche ronde, divisée par un trait ondulé laisse paraître ce qui peut être sa langue. Pour compléter le tout, une queue en tire-bouchon beige est accrochée à la droite du corps.

Entre la réalité et le fantasme, la marge est beaucoup trop large et les défis insurmontables pour «C» qui, par sarcasme, se contente de rire des autres plutôt que de s'apitoyer sur elle-même à ce dernier atelier.

«C» fait la grimace et se régale de crème glacée. Le trait ferme et rouge de cet «idéal de soi» paraît agressif. On y retrouve aussi de l'hostilité représentée par les doigts pointus de la main tenant le cornet. C'est en se moquant de nous et de tout que «C» a choisi de terminer.

La confusion entre les sexes fut encore exprimée ici par ce personnage à la fois humain et animal, lapin ou cochon. Son



Illustration 28

agressivité verbale, véhiculée à l'endroit des thérapeutes (parents qui l'abandonnent) fut dissimulée sous un sarcasme acceptable. Mais la bouche dans ce dessin fait part, sans équivoque, de l'agressivité ressentie. Elle a probablement eu envie, à ce moment-là, d'endosser une voracité agressive et animale et de se sentir comme une truie qui peut sans soucis continuer à s'empiffrer. Cette agressivité orale trouve sa compensation dans un cornet de crème glacée. «C» par son besoin de dévorer cette substance molle et froide voudrait peut-être introjecter le mauvais objet partiel. Par ce dessin, elle a pu projeter les fantasmes inconscients d'agressivité envers la mauvaise mère froide qui l'a abandonnée. Elle a aussi résolu son problème de mobilité, que la surcharge de poids engendre, par la présence de simples roulettes remplaçant les pieds.

«C» n'a probablement pas fait le deuil de la mort de sa mère survenue pendant la puberté puisque la puberté, en plus de symboliser la mort de l'enfance et la disparition du corps de petite fille, représente la rivalité avec la mère et la mort symbolique de la mère. Son désir inconscient s'est vu concrétisé par la mort réelle de sa mère ce qui aggrava la culpabilité liée à ce fantasme oedipien. Son développement s'est sans doute arrêté à ce stade de l'Oedipe et cela expliquerait pourquoi elle s'est mise à jouer le rôle de la mère; c'est comme si elle avait réussi à tuer sa mère et avait maintenant l'obligation de s'occuper de son père.

N'ayant pu faire le deuil de cette séparation subite d'avec sa mère, le processus de séparation-individuation prenant place à la puberté

se trouva inachevé. «C» n'est donc pas arrivée à assumer sa propre identité sexuée. Homme, mère, femme ou enfant... c'est sans doute cette quête de l'identité qui obsédait et angoissait tant «C». Cela a rendu son existence insupportable et comme seule consolation, «C» a choisi la nourriture-mère qui remplit et protège comme elle l'a probablement appris de sa mère.

La description des femmes ayant un trouble du comportement alimentaire et de leurs autoportraits présentée dans ce chapitre n'est nullement exhaustive, car la personne est une unité à la fois spatiale, par la constante interaction des différentes parties de la personnalité, et temporelle parce qu'elle a un passé, un présent et des perspectives d'avenir. Cette synthèse est une investigation dynamique et holistique de leur personnalité.

L'autoportrait est le reflet d'une histoire personnelle, vécue individuellement où sont intimement liés les processus de maturité mentale, affective et physique. Le but n'est pas de tenir compte de tous les éléments présents dans ces créations artistiques car la richesse d'information serait trop importante pour ce propos. La simple compréhension des similitudes retrouvées dans les dessins du corps de ces femmes et leurs liens avec les troubles du comportement alimentaire est plutôt visée. Par exemple, il y a les nombreux corps pleins de vide aux limites confuses, la négation persistante du corps charnel considéré comme inacceptable et la dichotomie d'avec la tête, spirituelle et acceptable. Ces quelques

caractéristiques se répètent constamment dans les autoportraits des participantes.

Par la verbalisation des sentiments suscités, certains autoportraits peuvent faire reconnaître l'émotivité archaïque que le corps peut renfermer. Fréquemment, elles reconnaissent, dans leurs dessins et les histoires que ceux-ci éveillent, le corps blessé par manque d'amour. Cette blessure entraîne une pauvre estime de soi, un manque d'amour propre et un besoin inconscient de revivre cette douleur en blessant à nouveau le corps blessé par un trop plein et un trop vide de nourriture. La discussion de groupe suscita, de part et d'autre, des commentaires très révélateurs sur leur personnalité et c'est souvent là la clef de l'interprétation.

## **Conclusion**

Ce travail clinique d'orientation psychothérapeutique et d'inspiration psychanalytique a permis un rapprochement entre certains éléments constants dans les dessins des femmes ayant des troubles du comportement alimentaire. À l'aide des ateliers d'art thérapeutique, il fut possible de visualiser le corps ressenti et le corps idéalisé de chaque femme et d'en discuter avec la distanciation que les autoportraits procurèrent. Les discussions en groupe se référaient uniquement au produit visuel épargnant ainsi à la créatrice de l'oeuvre de se sentir attaquée par des interprétations et des projections trop directes. Appuyées par les observations des représentations du corps, un grand nombre d'éléments négatifs et narcissiques (préoccupation corporelle) ainsi qu'un important sentiment de diminution de l'estime de soi furent constatés. La haine du corps propre, la difficulté de s'identifier à la femme et la relation problématique avec la mère et/ou le père furent quelques caractéristiques évidentes dans la majorité des cas.

Il fut observé que le corps idéal recherché est imprégné de narcissisme et d'un sentiment de toute-puissance. Ce moi idéal, qui peut être lié aux expériences affectives avec la mère, a l'obligation de délivrer l'enfant de l'angoisse de son impuissance et de lui procurer le bien-être et le narcissisme corporel. Une régression jusqu'à l'obtention d'un corps de petite fille asexué est aussi repérée dans l'idéal de soi: retour au corps d'enfant pour retrouver l'amour maternel ou encore pour fuir les abus sexuels. Lorsque cet idéal ne réussit pas, elles se blotissent dans leur graisse qui protège et fait fuir l'intrus

Boskind-Lodahl relie, en partie, cette problématique à la poursuite d'un idéal féminin absolu. «Un perfectionnisme par rapport aux normes: mère parfaite, corps parfait, sexualité parfaite, réussite professionnelle exemplaire» (Aimez et Ravar, 1988, p. 330).

Orbach (1984) a, quant à elle, identifié dans la boulimie le rejet d'un idéal impossible à atteindre. Dolto (1984) a déclaré que les syndromes anorexiques et boulimiques, viennent d'un conflit datant de l'image du corps de la prime enfance, au sevrage et du début de l'Oedipe. Leurs racines libidinales prennent naissance vers l'époque d'une castration primaire très mal soutenue par la mère.

Cela vient de ce que les pulsions génitales de la fille reprennent une organisation économique un peu semblable à celle des pulsions orales: c'est que, au moment du sevrage, les pulsions orales relatives au désir du sein (je ne parle pas du besoin de lait, je parle du désir du sein comme objet partiel de la mère) peuvent avoir été refoulées sans que la symbolisation dans la relation de sujet à sujet, pour le plaisir, entre le bébé fille et sa mère, ait remplacé et dépassé de beaucoup l'intérêt tactile et gustatif du sein pour la bouche du bébé fille. (Dolto 1984, p. 349)

Au moment de la poussée pubertaire ou après, peut survenir l'anorexie, fréquemment suivie de la boulimie. La boulimie n'est pas simplement une peur de grossir mais plutôt une perturbation dans les relations réelles: les relations fille/mère, fille/nourriture, fille/père, fille/féminité, fille/sexualité et fille/miroir (Dolto 1984, p. 349).

Il faut préciser à nouveau que ce mémoire défend la thèse selon laquelle les troubles du comportement alimentaire sont le résultat d'une perturbation survenue au cours de l'enfance. Bien qu'il semble réaliste de concevoir que l'image projetée par la société soit un facteur important dans la multitude de régimes, elle ne sert pas de déclencheur à ce trouble. Les racines des troubles du comportement alimentaire résident souvent dans l'enfance.

Les personnes boulimiques ont recours à la nourriture pour recevoir consolation, protection, calme et sécurité puisque c'est seulement de cette façon qu'elles arrivent à combler ces besoins. Elles ont choisi la nourriture, symbole maternel réconfortant et apaisant pour plaider leur cause. Cette nourriture qui peut être employée pour créer une fermeture ou une résistance au monde extérieur peut également être une barrière empêchant le travail thérapeutique. Il est donc essentiel de laisser à la personne boulimique l'espace et le temps nécessaires à l'établissement d'un climat non-contraignant, sans la gaver de mots en réponse à son mal de vivre. La thérapeute doit donc se montrer suffisamment empathique et non envahissante pour que la thérapie puisse évoluer.

Tout ceci ne permet toutefois pas d'affirmer qu'il y aurait un symbolisme spécifique de la compulsion alimentaire et ne peut guère servir de dépistage de cette problématique. Cette recherche fut menée dans un but strictement exploratoire et les dessins furent produits uniquement par des femmes ayant des troubles du comportement alimentaire et qui ont participé volontairement.

Aucun groupe contrôle de femmes sans troubles du comportement alimentaire ne fut utilisé pour comparer les résultats.

Ce travail a conduit à une réflexion sur les événements qui ont échappé à la compréhension des thérapeutes-étudiantes au moment des ateliers. Les réponses, les attitudes et les activités proposées auraient sans doute, à certaines occasions, pu être mieux adaptés aux besoins des participantes. Toutefois, Balasc (1990) a prévenu qu'il s'agit de les accompagner dans leur démarche:

Dans ce travail analytique, il y a nécessité de ne pas toujours tout comprendre, sinon le risque est grand de donner l'impression à ces sujets qu'on leur ôte le pain de la bouche. (p. 118)

Il est important de souligner que, pour ces femmes, ce qui comptait le plus était de comprendre la raison de la naissance de ce trouble pour pouvoir efficacement rompre leur relation de dépendance envers la nourriture. Elles cherchaient à savoir quels besoins émotifs elles désiraient soulager ou combler par ce remplissage boulimique. La thérapie par l'art les a incitées et les a aidées à explorer les motivations inconscientes puisqu'elle a le pouvoir de faciliter un accès rapide aux images du corps beaucoup plus que ne le peut le langage.

Il est indispensable d'offrir aux personnes boulimiques l'accompagnement désiré dans leur cheminement vers la compréhension et la guérison.

Il faut ici mentionner qu'une recherche de mémoire de maîtrise en thérapie par l'art sur le sujet de la boulimie est parallèlement entamée par Lynne Roy, étudiante en art-thérapie et co-thérapeute lors des ateliers. Son travail, ayant une vision sociale du trouble alimentaire, a pour sujet d'analyse le réceptacle dans l'oeuvre d'art. Sa recherche intitulée «Le vide et le plein» a pris naissance simultanément à celle-ci.

En accomplissant ce travail, il fut constaté que certaines restrictions occasionnées notamment par l'ampleur du sujet suscitaient obligatoirement plusieurs manques. Cela engage à considérer la pertinence et l'intérêt d'une recherche future plus exhaustive ou complémentaire en thérapie par l'art.

Il pourrait s'avérer intéressant, à la lumière des résultats, de faire une recherche scientifique avec un échantillonnage choisi et élargi et l'appui de groupes contrôles. Un tel travail pourrait confirmer ou nier qu'un symbolisme spécifique à la boulimie puisse apparaître dans les dessins de ces personnes comme, par exemple, la dichotomie persistante entre la tête et le corps, retrouvée dans plusieurs autoportraits. Une recherche plus approfondie contribuerait peut-être à l'évaluation et au dépistage des causes de cette problématique.

Un manque certain se situe aussi du côté de l'information accessible sur ce sujet nouvellement exploré: «la boulimie». Ce n'est qu'à la toute fin de ce travail que sont apparus, sur les tablettes des

librairies et des bibliothèques, de nouveaux livres fraîchement imprimés. Cette compulsion alimentaire est récemment reconnue également chez un nombre grandissant d'hommes. Une nouvelle vague de noms sont également attribués à cette même problématique.

Il serait intéressant dans un futur travail d'explorer la situation de la boulimie chez les hommes afin de comprendre pourquoi il a fallu plus de temps pour que ce syndrome soit décelé chez eux et découvrir si ce trouble résulte de carences semblables à celles attribuées aux femmes boulimiques.

Finalement, il est espéré que ce mémoire a su inciter la lectrice et le lecteur à poursuivre l'exploration du combat incessant de la personne boulimique pour se libérer de cette emprise qu'a la nourriture sur son existence.

## Formulaire de consentement

Je soussignée \_\_\_\_\_ autorise Anna Altamura et Lynne Roy à utiliser les photographies et diapositives de mes productions visuelles faites dans le cadre des ateliers d'Art Thérapeutique de l'automne 1989, et ce, pour servir à des fins de travaux d'études et de mémoire de Maîtrise en art-thérapie à l'université Concordia. Il est bien entendu que le matériel utilisé sera traité en toute confidentialité et qu'en aucun temps mon nom ne sera ni vu ni mentionné. Ce matériel ne pourra pas être utilisé pour des projets autres que ceux mentionnés ci-haut.

Signature

date

,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Témoin

date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Bibliographie**

- Abraham, K. (1924/1973). Oeuvres complètes - Tomes II. Paris: Éditions Payot.
- Abraham, N., Torok, M. (1987). L'écorce et le noyau. Paris: 150-195A1585 ec, Éditions Flammarion.
- Aimez, P., Ravar, M. (1988). Boulimiques: Origines et traitements de la boulimie. Paris: Editions Ramsay.
- American Psychiatric Association (1989). DSM III R. (1989). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 3<sup>e</sup> édition révisée. Paris: Auteur.
- Anzieu, D. (1985). Le moi-peau. Paris: Bordas.
- Apfeldorfer, G. (1991). Je mange, donc je suis: Surpoids et troubles du comportement alimentaire. Paris: Éditions Payot.
- Bachelard, G. (1942/1985). L'eau et les rêves. Paris: Librairie José Corti.
- Balasc, C. (1990). Désir de rien: de l'anorexie à la boulimie. France: éditions Aubier.
- Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. Journal of the American Medical Association. 324, 1146-1149.
- Bolander, K. (1977). Assessing personality through tree drawings. New York: Basic Books.
- Bourque, D. (1991). À 10 kilos du bonheur: L'obsession de la minceur. Ses causes. Ses effets. Comment s'en sortir. Québec: édition du Club Québec Loisirs inc.
- Bruch, H. (1978). Les yeux et le ventre: L'obèse, l'anorexique. Paris: éditions Payot.
- Brusset, B. (1977). L'assiette et le miroir: l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent. France: éditions Privat.

- Brusset, B., Couvreur, C., Fine, A., Jeammet, P., McDougall, J., Vindreau, C. (1991). La boulimie. Monographies de la revue française de psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France.
- Buck, J.N. (1948). The HTP Technique: A quantitative and qualitative scoring manual. Clinical Psychological Monographies. 5:1-120.
- Buck, J.N. (1970/1981). The House - Tree - Person Technique. Revised Manual. U.S.A.: Western Psychological Services (6th printing).
- Castilla, D., Bastin, C. (1988). La boulimie: mieux se connaître pour en guérir. Paris: éditions Robert Laffont.
- Chassequet-Smirgel, J. (1971/1990). La maladie d'identité: Essai psychanalytique sur l'idéal du moi. Paris: éditions Universitaires.
- Chatelet, N. (1977). Le corps à corps culinaire. Paris: éditions du Seuil.
- Chernin, K. (1985). The hungry self: Women, eating and identity. U.S.A.: Time Books.
- Declerck, M., Boudouard, J. (1981). La nourriture névrose: un nouveau mal du siècle? Paris: Éditions Denoël/Gonthier.
- Dejours, C. (1989). Recherches psychanalytiques sur le corps: Répression et subversion en psychosomatique. Paris: Éditions Payot.
- Dolto, F. (1981). Au jeu du désir. Paris: éditions du Seuil.
- Dolto, F. (1984). L'image inconsciente du corps. Paris: éditions du Seuil.
- Fenichel, O. (1953/1979). La théorie psychanalytique des névroses 1 et 2. Paris: Presses Universitaires de France.
- French, B. (1987). Coping with bulimia: the binge/purge syndrome. Vermont: Thorsons Publishing Group.

- Freud, S. (1905/1962). Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1914/1969). Pour introduire le narcissisme. La vie sexuelle. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1915/1988). Deuil et mélancolie. Oeuvres complètes psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1916/1971). Essais de psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1917/1983). Deuil et mélancolie. Métapsychologie. Paris: Éditions Gallimard.
- Freud, S. (1926/1973). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1940/1975). Abrégé de psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France.
- Groddeck, G. (1969). La maladie, l'art et le symbole. Paris: Éditions Gallimard.
- Grunberger, B. (1975). Le narcissisme. Paris: Petite Bibliothèque de Payot.
- Hammer, E.F. (1958). Expressive aspects of projective drawings. Clinical application of projective drawings. C.C. Thomas: Illinois.
- Hawkins, C.R., Fremouw, J.W., Clement, F.P. (1984). The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, treatment, and research. New York: Springer publishing company.
- Hervais, C. (1990). Les toxicos de la bouffe: La boulimie vécue et vaincue.
- Hornyak, L.M., Baker, E.K. editors (1989). Experiential therapies for eating disorders. New York: Guilford Press.
- Igoïn, L. (1979). La boulimie et son infortune. Paris: Presses Universitaires de France.

- Kohut, H. (1974). Le soi: La psychanalyse des transferts narcissiques. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kramer, E. (1971). Art as therapy with children. New York: Schocken Books.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. Écrits. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1984). Les complexes familiaux. Paris: Navarin Osiris
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse Paris: Presses Universitaires de France.
- L'Ecuyer, R. (1978). Le concept de soi. Paris: Presses Universitaires de France.
- Machover, K. (1949). Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield: Thomas.
- Machover, K. (1951). Drawings of the human figure: A method of personality investigation, in H.H. Anderson & G. Anderson (Eds.) in An introduction to projective techniques New Jersey: Prentice-Hall.
- McDougall, J. (1989). Théâtres du corps: Le psychosoma en psychanalyse. France: Éditions Gallimard.
- Miller, A. (1986). Le drame de l'enfant doué: À la recherche du vrai soi. Paris: Presses Universitaires de France.
- Naumburg, M. (1966). Dynamically oriented art therapy: Its principles and practices. U.S.A. Grune & Stratton.
- Orbach, S. (1984). Maigrir sans obsession. Québec: Le jour.
- Perls, F. (1978). Le moi, la faim et l'agressivité. Paris: Tchou.
- Sami-Ali, (1984). Corps réel, corps imaginaire: pour une épistémologie psychanalytique. Paris: Bordas.
- Schilder, P. (1986). L'image du corps: Étude des forces constructives de la psyché. Paris: Éditions Gallimard.

- Schwartz, H.J. editor (1988). Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory. U.S.A.: International Universities Press Inc.
- Storr, A. (1974). Les ressorts de la création. Paris: Robert Laffont.
- Thomas, J. (1989). Les maladies psychosomatiques: De la tête au corps, les chemins de la guérison. France: Guides Santé Hachette.
- Wadeson, H. (1975). Suicide: Expression in images. American Journal of art therapy 14, 75-82.
- Wadeson, H. (1980). Art psychotherapy. U.S.A. John Wiley & sons.
- Webb, L.J. et al. (ed) (1989). DSM III R training guide Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. New York: Brunner/Mazel (1981).
- Wenck, S.L. (1984). House-tree-person drawings: An illustrated diagnostic handbook. U.S.A. Western psychological services.
- Winnicott, D.W. (1969). De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, D.W. (1975). Jeu et réalité: L'espace potentiel. Éditions Gallimard.
- Woodman, M. (1980). The owl was a baker's daughter: Obesity, anorexia nervosa, and the repressed feminine. Toronto: Inner City books.