

Art-thérapie et troubles alimentaires : pour un modèle théorique d'intervention féministe en art-
thérapie

Janie Pomerleau

Un travail de recherche
présenté au
Département des Thérapies par les arts

Comme exigence partielle au grade de
Maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts, option art-thérapie)
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada

Septembre 2016

© Janie Pomerleau, 2016

UNIVERSITÉ CONCORDIA

École des études supérieures

Ce travail de recherche rédigé

Par : Janie Pomerleau

Intitulé : Art-thérapie et troubles alimentaires : pour un modèle théorique d'intervention féministe en art-thérapie

Et déposé à titre d'exigence partielle en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise ès Art (Thérapies par les arts, option art-thérapie)

Est conforme aux règlements de l'Université et satisfait aux normes établies pour ce qui est de l'originalité et de la qualité tel qu'approuvé par la directrice de recherche.

Directrice de recherche :

Josée Leclerc, PhD, ATR-BC, ATPQ

Directrice du département :

Yehudit Silverman, MA, RDT, DMT-R

Septembre 2016

SOMMAIRE

Art-thérapie et troubles alimentaires : pour un modèle théorique d'intervention féministe en art-thérapie

Janie Pomerleau

Plusieurs auteurs concluent à la nécessité d'élaborer de nouvelles pistes d'intervention pour contrer les résultats insatisfaisants aux traitements actuels des troubles alimentaires. En effet, selon des études récentes, environ la moitié des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie n'atteignent pas la rémission complète et durable des symptômes. Si l'art-thérapie semble s'avérer une approche valable, les causes socioculturelles des troubles alimentaires ne semblent pas être prises en compte dans les interventions art-thérapeutiques. Afin d'explorer davantage ces causes, cette recherche propose un modèle théorique d'intervention art-thérapeutique reposant sur l'approche féministe dite de la 3^e vague et qui aurait comme objectif de diminuer le processus d'auto-objectivation, souvent présent chez les personnes atteintes d'anorexie et de boulimie, par l'augmentation de «l'*empowerment*», terme qui peut être traduit par autonomisation (Office québécois de la langue française, 2003). Le féminisme de la 3^e vague promeut la reconnaissance d'une subjectivité personnelle fluide et multiple, non contrôlée par le discours du pouvoir en place. Cette approche est aussi sensible aux relations de pouvoir et aux inégalités sociales. La présente recherche entend montrer comment l'art-thérapie d'approche féministe de la 3^e vague, par le rôle actif joué par les patientes en séance, la sensibilité féministe de l'art-thérapeute et l'aspect non-verbal de la création, pourrait présenter un potentiel de renforcement du locus de contrôle interne et externe chez les patientes et ainsi favoriser l'*empowerment* récemment identifié comme étant un facteur de protection des troubles alimentaires.

Mots-Clés : Art-thérapie, Anorexie, Boulimie, Féminisme, Intervention, Poststructuralisme, Postmodernisme, Auto-objectivation, *Empowerment*

Remerciements

Mes premières pensées vont vers mes parents qui m'ont supportée, encouragée et qui ont cru en moi dans cette aventure académique.

Je tiens aussi à remercier particulièrement ma superviseuse de recherche et de stage, Josée Leclerc pour son soutien, son écoute et le partage de sa grande expertise.

Je souhaite ensuite remercier mes merveilleuses collègues de classe qui représentent pour moi une source de stimulation intellectuelle ainsi que de sensibilité humaine rassurante.

J'ai une pensée toute spéciale pour les femmes que j'ai eu la chance de côtoyer, tant comme collègues que patientes, au cours de mes deux années de stage en art-thérapie. Elles me nourrissent de force et de résilience.

Finalement, j'envoie un merci chaleureux à mes proches : mon frère, ma sœur, mes amis-es et mon amoureux, pour leur patience, leur écoute et leur amour.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre un : Recension des écrits.....	2
1.1 Anorexie et boulimie	2
1.1.1 Complexité des causes et des facteurs de risques.....	6
1.2 Traitements et interventions.....	8
1.3 Art-thérapie et troubles alimentaires.....	10
Chapitre deux: Méthodologie.....	12
2.1 Questions de recherche.....	12
2.2 Méthode.....	13
2.3 Éthique.....	13
2.4 Procédures.....	14
2.5 Analyse des données.....	15
Chapitre trois : Approche féministe de l'anorexie et de la boulimie.....	15
3.1 Féminisme de la troisième vague : retour à la subjectivité.....	16
3.2 Perspective féministe des troubles alimentaires.....	19
3.2.1 Troubles alimentaires comme reprise de pouvoir symbolique.....	20
3.2.2 Théories de l'objectivation et de l'auto-objectivation.....	21
3.3 Féminisme comme facteur de protection : <i>empowerment</i>	23
3.4 Art-thérapie, féminisme et troubles alimentaires.....	25
Chapitre quatre : Modèle théorique d'intervention d'orientation féministe auprès de personnes atteintes d'anorexie et de boulimie.....	28
4.1 Théorie du problème.....	28
4.1.1 Facteurs de risque.....	30
4.1.2 Facteurs de protection et médiateurs	32
4.2 Théorie du programme.....	34
Chapitre cinq : Discussion.....	37
5.1 Implications et recommandations.....	37
5.2 Limites.....	38
Références.....	40

Liste des figures

Figure 1. Chaîne causale d'intervention art-thérapeutique d'approche féministe de la troisième vague, auprès de personnes atteintes d'anorexie et de boulimie. (p.36)

Introduction

Ce travail théorique repose sur la première étape d'une recherche d'intervention en art-thérapie visant l'exploration des causes socioculturelles de l'anorexie et de la boulimie par une approche art-thérapeutique, dans une perspective de la troisième vague féministe. Cette première étape correspond au développement de ce que Fraser, Richman, Galinsky et Day (2009) nomment la *théorie du problème* et la *théorie du programme*, phases préliminaires à l'élaboration d'un éventuel programme d'intervention proprement dit. Premièrement, la théorie du problème consiste en la mise en lumière des facteurs de risques, de protection et médiateurs reliés au développement de l'anorexie et de la boulimie. La théorie du programme, quant à elle, permet de relier ces facteurs, en ciblant ceux qui sont malléables, dans une chaîne causale d'interventions qui permettrait d'atteindre les changements ciblés.

Les troubles alimentaires semblent exister depuis très longtemps. Par exemple, Richard Morton (1714) rapporte le cas de Friderada, en 895 apr. J.-C, qui serait aujourd'hui considérée comme ayant été atteinte d'anorexie (cité par Yates, 1989). Le premier cas d'anorexie répertorié dans la littérature médicale remonte à 1694 (Yates, 1989). Pourtant, encore aujourd'hui, près de la moitié des femmes atteintes d'anorexie et de boulimie ne présente pas de résultats concluants aux traitements actuels (Fichter, Quadflieg et Heldlund, 2006; Steinhausen et Weber, 2009). Le taux de mortalité lié à l'anorexie fait de ce trouble alimentaire le plus mortel des troubles psychologiques (Statistiques Canada, 2013; Fichter *et al.*, 2006). Les thérapies par les arts, dont l'art-thérapie sont souvent incluses dans les programmes d'intervention visant à traiter les troubles alimentaires (Frisch, Franko et Herzog, 2006). En effet, plusieurs auteurs induisent que l'art-thérapie, grâce à la production d'images visuelles, symboliques et métaphoriques, permettrait de réduire certains symptômes présents chez les personnes atteintes d'anorexie et de boulimie, comme le besoin de contrôle, la difficulté à créer une alliance thérapeutique, le style d'attachement insécurisé-évitant et la rigidité des mécanismes de défenses souvent cognitifs (Hinz, 2006; Levens, 1990; Luzatto, 1994; Rehavia-Hanauer, 2003; Schaverien, 1994; Surdre, 2012; Wolf, Willmuth et Watkins, 1986). Toutefois, les auteures art-thérapeutes féministes déplorent l'occultation des causes socioculturelles des traitements en art-thérapie et reconnaissent la nécessité de développer les compétences féministes et multiculturelles des art-thérapeutes (Burt, 2012; Butryn, 2014; Curtis, 2013; Hahna, 2013; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012). En effet, 90% des personnes atteintes d'anorexie

et de boulimie au Canada sont des femmes (Statistiques Canada, 2013). C'est donc en tant que femme ayant vécu un trouble alimentaire que j'ai voulu me pencher davantage sur une approche art-thérapeutique féministe afin de proposer une théorie d'intervention qui prenne en cause les pressions socioculturelles qui s'exercent sur les corps féminins et le diktat de la minceur.

Le premier chapitre de ce travail de recherche présente un bref survol de la littérature sur l'anorexie et la boulimie, et inclut une introduction aux bénéfices de l'art-thérapie auprès des personnes qui ont un trouble alimentaire. La méthodologie de recherche est développée au deuxième chapitre. Au troisième chapitre, la recherche propose une recension des écrits spécifiquement concentrée sur le féminisme de la troisième vague et sur une approche art-thérapeutique féministe des troubles alimentaires. Le quatrième chapitre présente l'analyse des données issues de la littérature et propose une théorie du problème centrée sur les facteurs socioculturels. Ces facteurs culminent vers une théorie du programme qui repose sur l'intégration de l'art-thérapie d'approche féministe de la troisième vague, le développement de l'*empowerment*, la diminution du processus d'auto-objectivation découlant de l'objectivation sexuelle de la femme dans la société et la diminution des risques de recours à des comportements anorexiques et boulimiques.

Il est à noter que le terme anglais *empowerment* sera utilisé dans cette recherche pour sa capacité à englober un concept plus large que ne le permet la traduction française et pour son potentiel de synthèse. En effet, le mot *empowerment* peut être traduit par « autonomisation » (Office québécois de la langue française, 2003), mais ce terme semble occulter la partie du processus reliée à la reprise de pouvoir. Ce concept sera développé davantage au cours de la recherche. Par ailleurs, tant les personnes atteintes d'anorexie et de boulimie que les art-thérapeutes sont en grande majorité des femmes. C'est pourquoi l'auteure priorisera le féminin lorsqu'il sera question de la patiente et de l'art-thérapeute.

Chapitre un : Recension des écrits

1.1 Anorexie et boulimie

L'anorexie et la boulimie touchent respectivement de 0,3% à 1% et de 1% à 3% de la population canadienne. Dans les deux cas, neuf personnes atteintes sur 10 sont des femmes (Statistiques Canada, 2013). Le DSM-V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition*, American Psychiatric Association [APA], 2013) définit trois critères de base qui sont requis pour un diagnostic d'anorexie. Premièrement, l'individu restreint son alimentation et son

poids est en dessous du minimum requis selon sa taille et son âge. Deuxièmement, l'individu a une peur irrationnelle de devenir obèse ou de prendre du poids, ou encore adopte des comportements persistants qui interfèrent avec la prise de poids. Troisièmement, l'individu présente une perturbation de son expérience corporelle, une auto-évaluation grandement influencée par la forme du corps et le poids, ou une incapacité à reconnaître la gravité de son faible poids. Une distorsion peut être ciblée sur des parties précises du corps ou généralisée à sa conception corporelle globale. Il existe deux types d'anorexie : l'anorexie restrictive, qui se concentre sur la restriction de l'alimentation, et le type boulimique-purgatif, qui comprend des épisodes de crises boulimiques et de purges.

En ce qui concerne la boulimie, comme le font remarquer Hoek et Van Hoeken (2003), les publications scientifiques accusent un retard. Les auteurs associent le peu de données collectées aux difficultés encore présentes dans le domaine de la psychologie quant à la distinction entre l'anorexie et la boulimie. Ils font remarquer que ce n'est qu'en 1979 que ce trouble fut séparé de l'anorexie mentale. Les critères diagnostiques de la boulimie établis dans le DSM-V (APA, 2013) sont très similaires à ceux de l'anorexie purgative, hormis le fait que la personne atteinte présente un poids normal et que les crises boulimiques suivies des purges sont plus psychologiquement centrales pour la personne que la restriction alimentaire. Ainsi, comme l'observe aussi Kaye (1985), la ligne reste mince entre les deux diagnostics.

Les conséquences de l'anorexie sont importantes. Selon le DSM-V (APA, 2013), la personne peut présenter une faible estime de soi et éprouver de la dépression, de l'anxiété et de l'irritabilité. De plus, la sous-alimentation peut causer des déficits cognitifs importants. Les conséquences physiques comprennent l'arrêt des menstruations, la fonte musculaire, l'arythmie cardiaque et le dysfonctionnement rénal. Aussi, le taux de mortalité associé aux complications de l'anorexie est d'environ 5%, selon le DSM-V, mais il peut augmenter à 20% selon d'autres études (Statistique Canada, 2013). Il est à noter que le risque de suicide augmente de 12% en comorbidité avec l'anorexie, ce qui fait de l'anorexie le trouble mental le plus mortel (Fichter *et al.*, 2006 ; Statistiques Canada, 2013). Bien que moins fatales, les conséquences de la boulimie ne sont pas à négliger. D'abord, toujours selon le DSM-V, ce trouble est associé à une faible estime de soi, à des symptômes dépressifs, à de l'anxiété et à un risque plus élevé de suicide. Par ailleurs, les vomissements fréquents peuvent causer des difficultés physiques comme les caries et

la perte de l'émail des dents, des symptômes gastro-intestinaux ainsi que des déséquilibres des hydro-électrolytes qui engendrent des problèmes de fatigue importante.

Bien que chaque personne soit unique et que les causes reliées à l'apparition des troubles alimentaires soient diversifiées, les personnes atteintes d'anorexie et de boulimie semblent présenter des caractéristiques psychologiques, relationnelles et cognitives analogues qui peuvent complexifier le travail thérapeutique. Tout d'abord, selon les publications recensées, le besoin de contrôle apparaît comme central chez les personnes atteintes d'anorexie et de boulimie. En effet, les participantes ayant pris part à l'étude phénoménologique menée par Fox et Diab (2015), qui se concentre sur leur expérience d'hospitalisation, nomment un sentiment de perte de contrôle total sur ce qu'elles vivent. Selon les participantes, cette perte de contrôle a tendance à augmenter leurs comportements anorexiques et leur besoin de contrôle sur leur corps. Dans le même sens, Rehavia-Hanauer (2003) a observé qu'un des conflits psychiques vécus par les personnes atteintes d'anorexie est le besoin de contrôle total et le sentiment perpétuel de perte de contrôle. De son côté, Hinz (2006) propose que la contrainte ou la volonté de plaire amène souvent la petite fille à prendre des responsabilités qu'elle n'a pas les capacités développementales d'assumer, ce qui risque de lui faire vivre une perte de contrôle, voire de la honte. Des comportements anorexiques ou boulimiques peuvent donc être mis en œuvre dans l'optique d'une reprise de contrôle et d'une régulation de la honte.

Aussi, des études proposent que les comportements anorexiques et boulimiques sont déployés afin de déplacer l'énergie psychique de l'affectif vers le cognitif. À ce propos, les résultats de l'étude quantitative menée par Engel *et al.* (2013) semblent indiquer que les comportements anorexiques serviraient à diminuer les affects négatifs. L'échelle de mesure utilisée par les auteurs combine les affects négatifs sous huit items : nerveux(se), dégoûté(e), en détresse, honteux(se), fâché(e) contre soi, apeuré(e), triste et insatisfait(e) de soi (traduction libre de l'anglais). Les résultats montrent une hausse des affects négatifs, particulièrement la honte, avant les moments d'hyperphagie et de purge, ainsi qu'une baisse de ces affects suite à ces moments. Ainsi, les comportements anorexiques et boulimiques pourraient être une manière de mobiliser l'énergie psychique pour éviter les émotions difficiles en raison d'une incapacité d'autorégulation émotionnelle, comme le propose aussi Clinton (2006). Une étude a également permis de constater que les expressions faciales des personnes ayant un trouble alimentaire étaient réduites, ce qui semblerait corroborer l'hypothèse selon laquelle elles éprouveraient une

difficulté à être en contact avec leurs émotions (Rhind, Mandy, Treasure et Tchanturia, 2014).

D'un point de vue neuropsychologique, des études soutiennent que les personnes atteintes de troubles alimentaires démontreraient une certaine rigidité cognitive (Tchanturia *et al.*, 2012; Weider, Indredavik, Lydersen et Hestad, 2015). Elles présenteraient aussi une distorsion de la perception du corps (Slade et Russel, 1973) et leurs convictions quant à ces croyances pourraient s'avérer très élevées (Mountjoy, Farhall et Rossell, 2014). Il importe de noter que la méta-analyse menée par Lopez, Stahl et Tchanturia (2010) démontre que le niveau d'intelligence des personnes ayant un trouble alimentaire est majoritairement supérieur à la moyenne. Malgré cela, l'étude menée par Arbel, Koren, Klein et Latzer (2013) souligne la difficulté d'introspection qu'elles présentent. Les auteurs mentionnent toutefois que cette difficulté d'introspection ne serait pas due à un trouble neurologique mais ressortirait plutôt à un mécanisme de défense relié au besoin de contrôle.

Par ailleurs, des auteurs ont associé l'anorexie et la boulimie au style d'attachement insécurisé. Comme Tasca, Ritchie et Balfour (2011) l'ont observé, les personnes atteintes d'anorexie présentent souvent un type d'attachement insécurisé-évitant. Selon les auteurs, ce type d'attachement est caractérisé par une difficulté d'entrer en contact avec les autres et avec ses propres émotions, ou, aussi, comme une ambivalence relationnelle. De leur côté, Zachrisson et Skårderud (2010) présentent une méta-analyse dont les résultats proposent une prévalence du type d'attachement évitant chez les personnes atteintes d'anorexie et du type d'attachement préoccupé chez les personnes ayant un trouble boulimique. Ce dernier type d'attachement est défini comme étant relié à un donneur de soin instable et imprédictible. Les personnes ayant un type d'attachement préoccupé peuvent présenter de la colère, de la coercition, de la plainte et de la passivité dans leur relation avec les autres (Zachrisson et Skårderud, 2010).

Cette difficulté à faire confiance et à entrer en relation avec les autres peut venir complexifier l'établissement d'une alliance thérapeutique avec les intervenants. L'étude qualitative menée par Sly *et al.* (2014) met spécifiquement l'accent sur l'alliance thérapeutique dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale. Les participantes à cette étude ont identifié la relation thérapeutique comme étant une clé à l'évolution positive de leur traitement. Toutefois, les auteurs mentionnent avoir vécu une difficulté à entrer en relation avec ces patientes à cause de leur résistance à leur faire confiance. Cette résistance à créer une alliance thérapeutique peut aussi être comprise comme une ambivalence face à la rémission des

symptômes. En effet, il semble que l'anorexie devienne une part importante de la construction identitaire des femmes ayant un trouble alimentaire et qu'elles puissent donc se sentir démunies sans cette composante que la thérapie aurait pour but d'éliminer ou à tout le moins de réduire (Fox et Diab, 2015). Bref, l'établissement de l'alliance thérapeutique pourrait en quelque sorte mettre en péril leur relation identitaire à l'anorexie.

1.1.1 Complexité des causes et des facteurs de risques. Comme plusieurs auteurs le mentionnent, les causes de l'anorexie et de la boulimie sont multiples, complexes et différentes d'une personne à l'autre. Ces causes sont souvent présentées comme une équation complexe de facteurs bio-psycho-sociaux (Federici et Kaplan, 2009; Yates, 1989). Compte tenu des limites de la présente recherche, les causes biologiques et psychologiques sous-jacentes aux troubles alimentaire seront brièvement mentionnées afin de concentrer notre étude sur leurs causes socioculturelles (voir chapitre 3).

L'appétit, le niveau d'activité et le taux de sérotonine des individus sont parmi les causes biologiques des troubles alimentaires (Yates, 1989). Un taux réduit de sérotonine, neurotransmetteur qui favorise la régulation de l'appétit, de la douleur, de l'humeur et du sommeil, pourrait être un facteur important dans l'apparition et le maintien de l'anorexie (Gauthier *et al.*, 2014). Un taux débalancé et instable de cortisol, hormone associée au stress, semble être également lié au jeûne et à la perte de poids intense (Fichter, Doerr, Pirke et Lund, 1982). De plus, les fluctuations de l'appétit et de la régulation de l'humeur semblent partager un système neuromodulateur commun lié aux monoamines et aux peptides selon Kaye (1985). Toujours selon Kaye les troubles alimentaires pourraient donc être considérés comme une tentative d'automédication qui prendrait soin du même coup de la dysphorie et de la faim.

Quant aux causes psychologiques de l'anorexie et de la boulimie, les études à ce sujet reposent sur les théories développementales, et plus précisément sur les théories de l'attachement et de la relation d'objet. Nathans et Fleming (1981) résument l'approche de la relation d'objet à la capacité du Moi à internaliser la sécurité de la relation mère-enfant, ce qui forme graduellement la structure intrapsychique de l'enfant. S'il est confronté à la réalité extérieure trop tôt, l'enfant tentera de s'adapter au monde extérieur en se conformant aux besoins des autres, ce qui peut occasionner de l'anxiété de performance, un vide identitaire ainsi qu'une faible estime de soi (Bruch, 1980; Jones, 1985; Winnicott, 1960). Ces lacunes développementales peuvent créer des besoins de contrôle, de rigidité et de conformité qui sont

associés à la construction de ce que Winnicott (1960) nomme un « faux-soi ». L'article de Jones (1985) explique justement dans quelle mesure l'auteure perçoit la personnalité de l'individu atteint de boulimie comme un faux-soi basé sur l'anxiété de performance.

De plus, comme le présentent les théories d'attachement en général, la relation primaire entre le donneur de soin et l'enfant aura un impact sur le type d'attachement futur de l'individu. À partir de ces théories, Tasca *et al.* (2011) concluent que les raisons pour lesquelles les personnes atteintes d'anorexie présentent souvent un type d'attachement insécurisé-évitant seraient en lien avec une difficulté de régulation émotionnelle. Clinton (2006) indique pour sa part que l'incapacité du donneur de soin à refléter correctement les émotions de l'enfant, principalement en ce qui a trait au sentiment du désir, pourrait mener l'individu à utiliser la restriction alimentaire pour se couper de ses émotions, difficiles à réguler.

D'autre part, des études récentes basées sur l'épigénétique se concentrent sur l'état psychologique et affectif de la mère durant sa grossesse et son impact sur le fœtus (St-Hilaire *et al.*, 2015; Strober, Peris et Steiger, 2014). Les auteurs ont pu observer que les traumatismes et le stress élevé de la mère enceinte auraient un impact sur la variation des gènes de l'enfant, ce qui semble corrélérer avec une augmentation des risques de comportements alimentaires reliés au spectre comportemental de la boulimie. Il est à noter que ces recherches sur l'épigénétique ont été menées dans le cadre du Groupe de recherche du Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, à Montréal, qui est chapeauté par le Docteur Howard Steiger. Ce groupe de recherche est un chef de file international qui se penche principalement sur l'interaction entre l'environnement et la constitution génétique de l'individu dans le développement et le maintien de la boulimie et de l'anorexie (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2012).

Pour sa part, l'approche féministe tente d'élargir les causes psychologiques des troubles alimentaires afin d'inclure les causes socioculturelles. Cette approche souligne le rôle joué par la société patriarcale, qui favorise l'objectivation de la femme ainsi que des relations inégalitaires de pouvoir, dans l'apparition de problèmes psychologiques majoritairement vécus par les femmes (Burt, 2012; Butryn, 2014; Fabre-Lewin, 2012; Hogan, 2012a, 2013; Joyce, 2012; Piran, 2010). Selon cette approche, les pressions sociales et le rapport de pouvoir inégal entre hommes et femme peuvent être des facteurs de risque pour le développement de troubles alimentaires

(Fredrikson et Roberts, 1997; Piran, 2010). Cette approche sera définie au troisième chapitre de la présente recherche.

1.2 Traitements et interventions

Il est décevant de constater que les traitements restent non concluants pour un bon nombre de personnes ayant un trouble alimentaire. En ce qui a trait à l'anorexie, une étude longitudinale menée sur 12 ans présente des résultats alarmants : 27,5% des 103 participantes présentent de « bons résultats », 25,3% « des résultats intermédiaires », 39,6% « des résultats pauvres » et 7,7% sont décédées (Fichter *et al.*, 2006). Quant à la boulimie, les auteurs d'une recension de 79 études concluent que les résultats des traitements sont toujours insatisfaisants. En effet, seulement environ 45% des personnes atteintes peuvent espérer une pleine rémission et 27% parviennent à une amélioration des symptômes, tandis qu'un pourcentage élevé de 23% présentera un parcours boulimique chronique (Steinhausen et Weber, 2009).

Dancyger et Fornari (2009), dans leur ouvrage *Evidence based treatments for eating disorders*, regroupent les approches qui ont obtenus des résultats empiriques positifs pour le traitement des troubles alimentaires, dont l'approche cognitive-comportementale (TCC) et son dérivé, la thérapie dialectique-comportementale (TDC), la thérapie interpersonnelle (TIP), la thérapie familiale (TF) et les thérapies pharmacologiques.

La TCC correspond à l'approche qui a reçu le plus de résultats empiriques positifs jusqu'à maintenant. Cette approche thérapeutique se penche sur les habitudes qui maintiennent les comportements néfastes et sur la distorsion des pensées qui accompagnent ces habitudes (Garner et Bemis, 1982; Pike et Yamano, 2009). Quant à la TDC, elle inclut à la TCC des exercices de pleine conscience dans l'optique de balancer le changement comportemental et l'acceptation de l'état actuel de l'individu, ce qui aide à mieux comprendre et à travailler sur l'ambivalence face à la rémission (Chen et Safer, 2010; Wisniewski, Bhatnagar et Warren, 2009).

Pour ce qui est des traitements pharmacologiques, la recension systématique des écrits réalisée par Tortorella, Fabrazzo, Monteleone, Steardo et Monteleone (2014) met en lumière l'inconsistance des résultats des études. Selon les auteurs, seulement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont été présentés comme une médication probante dans le traitement de la boulimie. Cette médication, de la catégorie des psychotropes, vient notamment augmenter le taux de sérotonine de l'individu. Aussi, certains antipsychotiques semblent pouvoir

être concluants dans le traitement de l'anorexie, mais les auteurs soulignent la nécessité de continuer les études à ce sujet. Il est intéressant de constater que pour la majorité des études présentées dans cette recension, la médication est accompagnée d'un suivi psychologique, souvent d'approche TCC.

Du côté de la thérapie interpersonnelle, Murphy, Straebler, Cooper et Fairbun (2009) écrivent : « The goal of treatment is to help patients identify and resolve current interpersonal difficulties, the rationale being that doing so will result in recovery from the target disorder » (p. 257). Les auteurs avancent que, selon les études répertoriées, les résultats des traitements d'approche TCC sont plus efficaces en ce qui concerne la réduction des comportements boulimiques que la TIP. Toutefois, cette différence disparaît dans les huit mois suivant le traitement, cela étant dû à l'amélioration continue post-traitement des personnes ayant suivi une TIP (Fairbun *et al.* 1995, cités par Murphy, Straebler, Cooper et Fairbun, 2009). En 2011, Carter *et al.* ont trouvé le même type d'évolution post-traitement de la TIP auprès de personnes atteintes d'anorexie.

La TF, qui cible surtout les adolescentes, est une autre approche qui a reçu des résultats empiriques positifs (Lock et Fitzpatrick, 2009). Dans l'optique où l'on définit les troubles alimentaires comme étant liés à la dynamique familiale, la TF tente d'encourager les parents à résoudre efficacement les symptômes, d'implanter des contingences comportementales visant à contrer les comportements alimentaires néfastes, ainsi que d'accompagner la famille vers une communication plus efficace des émotions et de la détresse (Murray *et al.* 2015). En ce qui concerne la prise de poids, la TF s'est montrée plus efficace que la thérapie individuelle (Russell *et al.*, 1987, cités par Lock et Fitzpatrick, 2009).

Il est intéressant de constater que Murray *et al.* (2015) ont observé les effets de l'intégration d'une TF à la TDC pour les personnes atteintes de boulimie. Ces deux approches sont reconnues empiriquement comme efficaces. Pourtant, bien que le projet pilote ait démontré de bons résultats sur les comportements des participantes, ces résultats ne montrent aucune amélioration des difficultés de régulation émotionnelle. En ce sens, on peut se questionner sur ce que définissent les auteurs par « résultats positifs » dans les études empiriques. Par exemple, l'étude de Kröger *et al.* (2010) sur la TDC et la TCC auprès des personnes atteintes d'anorexie, de boulimie et d'un trouble de personnalité limite, montre de bons résultats concernant la baisse des comportements alimentaires mal adaptés, mais aucune baisse significative pour la

psychopathologie en général et la fonctionnalité psychosociale globale. Nous pouvons constater que bien que les traitements actuels puissent permettre une diminution des comportements symptomatiques de l'anorexie et de la boulimie, il semble que les difficultés émotionnelles et psychologiques des personnes atteintes de ces troubles persistent. De plus, il ne faut pas oublier que, malgré les résultats concluants de certaines études, moins de la moitié des personnes ayant un trouble alimentaire n'atteignent pas la rémission complète et durable des symptômes.

Par ailleurs, nous pouvons constater que, bien que les causes socioculturelles soient présentes dans l'étiologie des troubles alimentaires, elles sont très peu incluses dans les approches thérapeutiques qui obtiennent des résultats empiriques positifs. L'ouvrage de Dancyger et Fornari (2009) mentionné ci-dessus ne présente que très peu d'approches thérapeutiques ciblant les pressions sociales vécues par les personnes ayant un trouble alimentaire. Seule la section de la TCC sur les distorsions cognitives l'aborde indirectement. Si le chapitre portant sur la thérapie intégrative (Engel, Wadeson, Lystad, Simonich et Wonderlich, 2009) l'aborde aussi, il s'agit d'une proposition d'approche non validée empiriquement.

Mieux inclure les causes socioculturelles dans les traitements pourrait permettre de proposer des approches qui répondent plus globalement à l'aspect multifactoriel des troubles alimentaires. Récemment, Pennessi et Wade (2016), ont regroupé tous les modèles théoriques actuels en ce qui a trait aux traitements des troubles alimentaires et ont trié ceux qui ont obtenu des évidences empiriques. Les auteures déplorent que seulement 18.5% de ces modèles aient progressé depuis leur première description. Elles avancent l'importance de développer les modèles existants et d'en créer de nouveaux. Pour ce faire, elles extraient les construits principaux qui ressortent de tous les modèles confondus. Il est intéressant de noter que l'on y retrouve, entre autre, l'introjection de l'idéal de minceur et l'auto-objectivation, deux concepts reliés aux causes socioculturelles qui seront développés davantage au troisième chapitre. Pennessi et Wade incluent donc des construits socioculturels dans les éléments intimement liés au développement de troubles alimentaires et invitent les chercheurs à les inclure dans leurs recherches de nouvelles pistes théoriques et interventionnelles.

1.3 Art-thérapie et troubles alimentaires

Bien que les études portant sur l'art-thérapie et les troubles alimentaires soient limitées, plusieurs auteurs soutiennent que l'art-thérapie permet un processus thérapeutique respectant le

besoin de contrôle, la résistance, les contradictions et la rigidité qui peuvent être présents chez les personnes ayant un trouble alimentaire.

Par exemple, Schaverien (1994) souligne le potentiel de l'art-thérapie à déplacer l'utilisation transitionnelle (régulatrice) de la nourriture vers l'utilisation des matériaux d'art. L'auteure montre d'abord que ces matériaux peuvent se rapprocher symboliquement de la nourriture et que l'acte créatif peut devenir un substitut à l'utilisation régulatrice de la nourriture. Elle se base sur le concept d'objet transitionnel de Winnicott (1953) pour développer son propre concept d'objet *transactionnel*, c'est à dire un substitut à l'objet transitionnel régulateur. L'auteure conseille aussi que la patiente soit libre dans sa création afin d'éviter qu'elle ne reproduise, via l'utilisation des matériaux, une relation de négociation avec sa thérapeute, comme les personnes atteintes d'anorexie ou de boulimie le font souvent avec la nourriture.

Sudres (2012) propose quant à lui un traitement d'art-thérapie spécialement conçu pour traiter l'anorexie. Il suggère de baser la thérapie sur le concept de surprise et de reprise. Cela permet à l'individu de se laisser surprendre par l'inconnu tout en se sentant capable de garder le contrôle. Grâce à leurs possibilités plastiques de transformation, les matériaux d'art présentent un grand potentiel de surprise et de recadrage (Hinz, 2009).

Par ailleurs, les arts permettent de « séparer » la personne du trouble alimentaire en « déposant » ce dernier sur la feuille de papier (Hinz, 2006). Une des premières interventions proposées par Hinz (2006) est d'inviter la personne à illustrer son trouble alimentaire afin de permettre cette séparation et de voir le trouble alimentaire comme une entité à part entière, indépendante de l'individu. Aussi, les paradoxes internes peuvent être observés par le dessin. Les arts ont en effet cette capacité de présenter à la fois une chose et son contraire, en plus de pouvoir aider à contenir les paradoxes et les ambivalences des personnes atteintes (Hinz, 2009; Luzatto, 1994; Rehavia-Hanauer, 2003). Luzatto (1994) a justement observé que les dessins créés par les patientes atteintes d'anorexie contiennent souvent une ambivalence représentée par un double emprisonnement paradoxal. C'est à dire qu'un élément de l'image est emprisonné, mais protégé par cet emprisonnement d'une menace externe. L'auteure propose de travailler sur cette ambivalence par la métacommunication, donc de prendre conscience de l'ensemble des composantes du conflit en observant les tensions illustrées dans l'image et en en discutant.

Nous avons vu que les personnes ayant un trouble alimentaire présentent souvent un type d'attachement insécurisé, ce qui rend l'établissement de l'alliance thérapeutique plus difficile.

La création peut s'avérer une solution à la résistance envers l'alliance thérapeutique, car elle permet un travail thérapeutique distancié du thérapeute (Hinz, 2006; Schaverien, 1994; Surdre, 2012). Dans le même ordre d'idées, Mahony et Waller (1999) présentent l'art-thérapie comme une approche qui peut, par la création non-verbale, accéder aux dynamiques psychologiques de l'individu tout en contournant ses défenses verbales, ce qui favorise un engagement moins anxiogène dans la thérapie. Wolf *et al.* (1986) ont, pour leur part, été étonnés du contraste entre l'image et la verbalisation des personnes atteintes d'anorexie. Ils écrivent : « We have been struck by the contrast between the frequently constricted, if not bland, quality of verbal interactions and the symbolism and richness of the art work » (p.199). Les auteurs proposent donc d'utiliser l'expression créatrice comme un pont permettant la verbalisation des émotions. En ce sens, l'art-thérapie permet, selon Levens (1990), à la personne atteinte d'anorexie d'avoir plus de liberté dans l'expression primaire de ses conflits internes. Certes, ces conflits primaires ne sont souvent pas assez organisés et symbolisés pour permettre leur verbalisation, mais l'art-thérapie peut aider à ce processus de symbolisation (Levens, 1990).

Toutefois, plusieurs auteures et art-thérapeutes féministes montrent que les inégalités socioculturelles sont souvent occultées dans la pratique de l'art-thérapie auprès des personnes ayant un trouble alimentaire, approche surtout basée sur les théories développementales (Burt, 2012; Butryn, 2014; Curtis, 2013; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012). Par conséquent, ces auteures invitent les art-thérapeutes à inclure une perspective féministe à leurs pratiques et à se sensibiliser aux privilèges et obstacles occasionnés par les attributs sociaux de chacun et chacune. Le troisième chapitre de cette recherche portera sur une perspective féministe des troubles alimentaires et l'apport des théories féministes sur l'intervention auprès de cette population.

Chapitre deux : Méthodologie

2.1 Questions de recherche

Cette recherche se base sur la question suivante : quel type d'intervention art-thérapeutique auprès de femmes atteintes d'anorexie et de boulimie pourrait permettre d'explorer les causes socioculturelles des troubles alimentaires tout en considérant les facteurs de risque de cette population? La sous-question de cette recherche se définit comme suit : comment les théories féministes de la troisième vague peuvent-elles permettre de comprendre les causes sous-jacentes

du développement de l'anorexie et de la boulimie et comment ces théories peuvent-elles favoriser des interventions art-thérapeutiques mieux adaptées?

2.2 Méthode

Les traitements ne conviennent qu'à la moitié des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie, selon les études longitudinales de Fichter *et al.* (2006) et de Steinhausen et Weber (2009). Par conséquent, les auteurs concluent à la nécessité de mettre au point de nouveaux programmes d'intervention. La méthode de recherche d'intervention a donc été choisie en suivant cette nécessité de développer de nouvelles possibilités de traitement pour les femmes atteintes d'anorexie et de boulimie.

Rothman et Thomas (1994) présentent une méthodologie pour la recherche d'intervention qui comprend trois étapes : l'acquisition de connaissances, l'utilisation des connaissances et l'élaboration d'un plan d'intervention. Cette recherche se situera à mi-chemin entre l'utilisation des connaissances et le développement d'un plan d'intervention. La méthode privilégiée en ce qui concerne l'utilisation des connaissances est la transformation et la conversion des connaissances disponibles en des concepts applicables et des théories pertinentes pour la problématique et la population choisie. La présente recherche repose d'abord sur l'utilisation des connaissances pour ensuite développer la première étape du plan d'intervention, c'est-à-dire l'analyse du problème. Bien que la conception en tant que telle du programme d'intervention ne fasse pas l'objet de la présente recherche, des recommandations en vue d'un éventuel programme d'intervention seront formulées.

En résumé, la méthodologie de recherche d'intervention développée par Fraser *et al.* (2009) se base sur l'approche proposée par Rothman et Thomas (1994) et présente des étapes claires et précises. Cette recherche est portée sur leur première étape : spécifier le problème et développer la théorie du programme.

2.3 Éthique

L'anorexie et la boulimie ont des conséquences graves. Selon Statistique Canada (2013), le taux de mortalité associé à l'anorexie est de 5% à 20% et est principalement dû au risque suicidaire qui augmente de 12% en présence d'anorexie. Il s'agit d'une population vulnérable et cette recherche doit être prudente en ciblant ses facteurs de risques. Bien qu'il s'agisse d'une recherche théorique sans participantes, il est possible qu'elle influence, dans le futur, la pratique de certains thérapeutes. Il faut donc garder en tête la responsabilité éthique de baser les

recommandations thérapeutiques sur des recherches récentes et des théories reconnues dans l'optique de ne causer aucun mal (Association des Art-Thérapeutes du Québec, 2005; American Art Therapy Association, 2013).

Dans le contexte de cette recherche, il importe également de prendre en considération, suivant Foucault, l'importance du langage dans la relation de pouvoir (Clark Mane, 2012; Gavey, 2011; Weedon, 1987). Aussi j'apporterai donc une attention particulière à l'usage des mots dans ce travail de manière à ne pas contribuer à perpétuer des stéréotypes langagiers concernant les femmes atteintes d'anorexie et de boulimie. Le français, ma langue maternelle, sera utilisé afin de mieux nuancer les idées et ajuster les mots.

Par ailleurs, il est important de faire preuve de transparence quant aux biais issus de l'expérience personnelle de l'auteure (Gauthier, 2009). Ayant été atteinte de boulimie à l'adolescence, je me considère en rémission complète depuis 10 ans. À l'époque, j'ai été suivie en thérapie individuelle d'approche humaniste, conçue pour les adolescents atteints de troubles alimentaires. Cette expérience a influencé mon choix de carrière en art-thérapie dans la mesure où les arts ont été pour moi essentiels à ma construction identitaire et à la réparation de mon estime personnelle. Cette recherche promeut, par l'approche féministe poststructuraliste, la reconnaissance de l'expérience subjective vécue par les femmes atteintes de troubles alimentaires. Je suis consciente de ma propre expérience et tente de la mettre de côté pour m'ouvrir à celles présentées dans la littérature. Toutefois, selon LeVasseur (2003), il est impossible de complètement mettre de côté notre subjectivité. En ce sens, je souhaite que ma sensibilité au sujet rende la recherche humaine et empathique. Il demeure toutefois primordial de tenter d'être de plus objective possible dans la collecte et l'analyse de la littérature.

2.4 Procédures

Les étapes de recherche se basent sur la première étape de la méthodologie de recherche d'intervention amenée par Fraser *et al.* (2009) : spécifier le problème et établir la théorie du programme. Leur méthodologie suggère qu'« il serait possible de diminuer les facteurs de risque en renforçant les facteurs de protection » (p.38, traduction libre de l'anglais). Selon les auteurs, cette première étape équivaut au développement de la théorie du programme qui découle de la théorie du problème. Premièrement, il s'agit de cibler les facteurs de risque et de protection, en plus des éléments médiateurs de ces facteurs, par une recension des écrits et par la consultation avec des experts, des praticiens et des patients. Pour ce faire, la présente recherche privilégiera

la revue de la littérature en raison du temps limité. Une fois la théorie du problème définie, c'est-à-dire les facteurs de risques et de protection, et les facteurs médiateurs, l'élaboration de la théorie du programme se basera sur ces facteurs pour créer une logique causale sous-jacente à l'intervention. Il s'agit plus spécifiquement de la mise en relation des facteurs de risques et de protection et des facteurs médiateurs dans le but de créer une chaîne causale partant de l'intervention pour se diriger vers le changement ciblé. Pour ce faire, il faut cibler les facteurs qui sont malléables et les résultats proximaux désirés.

En ce qui a trait à la revue de la littérature, les mots clés reliés entre eux dans les moteurs de recherche de l'Université Concordia et de l'Université du Québec à Montréal ainsi que dans la base de données psycINFO seront les suivants : anorexie, boulimie, art-thérapie, féminisme, genre, pouvoir, objectivation, poststructuralisme (en anglais et en français).

2.5 Analyse des données

Toujours selon Fraser *et al.* (2009), les données de recherche se trouvent dans la revue de la littérature. Ces données sont les facteurs de risque et de protection et les facteurs médiateurs du problème choisi pour une population ciblée. L'analyse se veut une mise en commun de ces facteurs pour ensuite pouvoir les relier dans une logique de cause à effet. L'analyse de la malléabilité des facteurs nous permet de cibler les interventions ayant le plus haut potentiel de changement.

À la suite de la mise en commun des facteurs de risques et de protection et des facteurs médiateurs, ainsi qu'après l'élaboration d'une logique causale pour l'intervention proposée, cette recherche terminera sur la création d'une théorie du programme qui pourrait soutenir un futur programme d'intervention, en prenant en compte les limites du projet et ses considérations éthiques.

Il est à noter que les normes de publication de l'APA seront francisées selon le document de la Télé-Université du Québec (Couture, 2015).

Chapitre trois : Approche féministe de l'anorexie et de la boulimie

Ce chapitre présente une recension des écrits qui cible la sous-question de recherche suivante: comment les théories féministes de la troisième vague peuvent-elles permettre de comprendre les causes sous-jacentes du développement de l'anorexie et de la boulimie et comment ces théories peuvent-elle favoriser des interventions art-thérapeutiques mieux adaptées?

3.1 Féminisme de la troisième vague : retour à la subjectivité

Comme le soutiennent Mensah et Bernier (2005), la troisième vague féministe qui émerge dans les années 80 est reliée aux théories postmodernes et poststructuralistes inspirées de théories que l'on peut réunir sous le nom de *French Theory* (Cusset, 2003). Cette troisième vague critique ainsi l'essentialisme de la deuxième vague, reliée globalement au féminisme radical. Cette troisième vague débute avec l'apport de groupes de femmes de couleur, principalement aux États-Unis, qui reprochent au mouvement féministe radical d'être à l'image des femmes blanches fortunées, lesquelles soutiennent présenter l'ensemble des femmes (Mensah et Bernier, 2005). La troisième vague introduit aussi des nuances sur l'essentialisme de la « femme » et propose une remise en question du genre, de l'identité et de leur place dans les relations de pouvoir (Zack, 2005). Enfin, le retour postmoderne à une subjectivité multiple et fluide (Joyce, 2012; Weedon, 1987), l'analyse poststructuraliste discursive du pouvoir fondée principalement sur les théories de Foucault (Clark Mane, 2012; Gavey, 2011; Weedon, 1987) et la déconstruction du genre binaire masculin-féminin menée, entre autres, par Derrida (Bem, 1981; Butler, 1990, 1993; Derrida, 2003), sont des thèmes récurrents de la troisième vague féministe, permettant une déconstruction de la catégorie « femme ». Bref, ce que ces théories peuvent apporter précisément au travail thérapeutique auprès des personnes atteintes de troubles alimentaires pourrait justement être relié à la déconstruction de l'essentialisme féminin et au retour à la valorisation de la subjectivité. Nous ne pourrions développer ces théories en profondeur dans le cadre de cette recherche, mais nous nous pencherons néanmoins sur la conception de la subjectivité qu'elles mettent de l'avant.

En lien avec l'expérience subjective, le concept de l'*intersectionnalité*, au cœur de la troisième vague, propose de croiser les attributs sociaux (genre, classe, couleur, etc.) afin de créer une multitude de possibilités de genres uniques à chaque individu (Zack, 2005). Dans le même ordre d'idées et en parallèle au mouvement féministe de la troisième vague, des études psychologiques tentent de démontrer la construction sociale des genres. Par exemple, Bem (1981) réfléchit à la binarité des genres masculin et féminin et présente des études qui mettent de l'avant l'androgynie comme étant une meilleure adaptation psychologique. Comme les catégories « homme » et « femme » créent une pression de conformité sur les individus, l'auteure inclut les rôles et stéréotypes sociaux dans sa réflexion sur les genres afin de mieux comprendre les difficultés sociales à développer l'androgynie. En réfléchissant sur l'acceptation sociale de

l'essentialisme féminin et masculin, Marro (2002) écrit : « Ce qui ne manque pas de légitimer et, ce faisant, de favoriser, le confinement “librement consenti” des individus dans des modèles de conduites sexués (ou rôles de sexe) entravant le développement optimal de leurs potentialités personnelles » (p.3). Ainsi, de confiner les femmes dans la catégorie sociale féminine, et de le faire dans l'optique où cela est « naturel », empêche ces dernières de développer leur plein potentiel identitaire (Marro, 2002; Bem, 1981).

Dans la même veine, les auteurs soutiennent que le féminisme poststructuraliste propose de concentrer la lutte féministe sur l'utilisation du langage et des codes discursifs comme arme de renversement du pouvoir (Clark Mane, 2012; Gavey, 2011; Weedon, 1987). Ce féminisme se base principalement sur les théories de Foucault et de Derrida au sujet de la construction du langage et de la façon dont le discours favorise l'hégémonie du pouvoir en place (Weedon, 1987). Selon ces théories, le langage présente une sémantique précise, contrôlée par le pouvoir patriarcal dominant. Par conséquent, le sentiment de subjectivité se trouve biaisé par cette sémantique qui propose des catégories subjectives auxquelles les individus se conforment en ressentant une impression de choix et de normalité. Pour cette raison, le féminisme poststructuraliste soutient que les femmes ont le potentiel de se libérer du contrôle patriarcal en déconstruisant ces catégories pour permettre une subjectivité non contrôlée par le langage binaire (Weedon, 1987). Joyce (2012) définit la vision postmoderne de la subjectivité comme étant multiple et fluide en comparaison à une subjectivité contrôlée par le pouvoir, qui est plutôt unilatérale et rigide. Elle écrit : « In postmodernism, subjectivity then is neither fix nor singular, but is seen as fluid, shifting, mutable, multiple selves in constant state of flux according to the many situations, moments, influences and choices » (Joyce, 2012, p.59). Elle indique aussi que le langage crée un cloisonnement dans une subjectivité fixe, mais que la création visuelle en art-thérapie peut permettre de dévoiler toute la richesse d'une subjectivité multiple, ce qui sera plus approfondi dans la section 3.4.

C'est donc en déconstruisant l'essentialisme féminin que semblent possibles un éclatement des catégories, une libération des pressions sociales envers les femmes ancrée dans la relation de pouvoir patriarcale et un retour à une subjectivité authentique (Clark Mane 2012; Gavey, 2011; Weedon, 1987). Il importe cependant de mentionner les critiques émises par la troisième vague à l'effet que la déconstruction absolue des catégories permettant une multitude de subjectivités fluides puisse menacer la base commune du féminisme et la pérennité du

mouvement (Descarries, 1998; Zack, 2005). Dans un document synthèse sur la troisième vague féministe, Mensah et Bernier (2005) identifient deux branches distinctes de ce mouvement. La première branche, en rupture avec la deuxième vague, prône la réappropriation de sa subjectivité absolue reliée à son expérience propre. La deuxième branche est en continuité avec la deuxième vague, et encourage un changement qui consiste à unir la lutte radicale et la sensibilisation à l'expérience personnelle. Dans cette même volonté inclusive, Zack (2005) propose de repenser l'essentialisme du féminin non pas selon les aspects que les femmes ont en commun, ce qui est réducteur, mais selon la relation commune que chaque femme entretient avec ce qui est attribué socialement à la féminité. Cette catégorie construite socialement peut être reliée à ce que Bem (1981) qualifie de schèmes de genres, c'est-à-dire tout ce qui est associé culturellement et socialement à l'individu féminin, même si ce dernier ne s'y identifie pas. Dans sa propre subjectivité, chaque femme, selon Zack, entretient une relation personnelle aux pressions sociales reliées à ce que la société attend d'elle. Bref, les deux branches de la troisième vague féministe, qu'elles soient en rupture ou en continuité avec la deuxième, se basent sur une réappropriation de la subjectivité ressentie et individuelle.

Du point de vue de l'intervention féministe, Carr, Green et Ponce (2015) proposent des recommandations pour des interventions thérapeutiques basées sur un cadre théorique féministe et multiculturel qui cible, entre autres, les troubles alimentaires. Parmi leurs recommandations, on trouve l'invitation faite aux intervenantes et intervenants à favoriser l'établissement d'une relation égalitaire avec leurs patients, à approfondir leurs compétences multiculturelles et à orienter leurs interventions sur le renforcement de l'*empowerment*. L'importance de l'*empowerment* dans l'intervention féministe fera l'objet d'un développement plus substantiel à la section 3.3.

Il est intéressant de noter que, selon MacDonald (2011), les troubles alimentaires comme construction sociale étaient au départ basés sur l'expérience vécue par des femmes blanches, hétérosexuelles, de classe moyenne ou privilégiée. L'auteure souhaite une incorporation de l'approche féministe à la recherche et à la pratique clinique auprès de personnes ayant un trouble alimentaire afin de permettre une déconstruction poststructuraliste des troubles alimentaires et un retour à la subjectivité des personnes qui en souffrent. La revalorisation de l'expérience subjective des femmes, la critique de leur rôle associé au discours social en place et l'exploration

des relations de pouvoir imbriquées dans ce discours semblent favoriser une remise en question des causes socioculturelles des troubles alimentaires.

3.2 Perspective féministe des troubles alimentaires

Le nombre de cas de troubles alimentaires a fortement augmenté au cours du 20^e siècle dans la société occidentale et ils touchent en grande majorité les femmes (Hoek et Van Hoeken, 2003). Cela porte à croire que la culture et la société jouent un rôle dans l'apparition de ces troubles. De plus, les statistiques ne prennent pas en compte les nombreuses personnes qui ont des comportements liés aux troubles alimentaires sans présenter tous les symptômes nécessaires aux diagnostics. En ce sens, un rapport du Conseil du statut de la femme (Gouvernement du Québec, 2002) contient des informations troublantes sur le culte de la minceur. Le rapport stipule que 57% des jeunes femmes québécoises de 15 à 29 ans désirent perdre du poids pour des raisons esthétiques et qu'elles associent la minceur à la réussite professionnelle et sociale. À la suite d'une initiative de Léa Clermont-Dion et de Jacinthe Veillette, le gouvernement du Québec possède, depuis 2009, une Charte québécoise pour l'image corporelle saine et diversifiée (CHIC). Dans cette charte, il est écrit :

Nous croyons que les comportements alimentaires et les pratiques de contrôle du poids sont influencés par des facteurs tant biologiques que psychologiques, familiaux et socioculturels. Nous préconisons l'engagement des partenaires de tous les milieux, [...] pour, ensemble, diminuer les pressions socioculturelles au bénéfice d'une société saine et égalitaire. (Gouvernement du Québec, 2009)

En 2010, la ministre de la culture, des Communications et de la condition féminine a lancé une campagne pour faire promouvoir cette charte et, depuis, cette dernière a été signée par des milliers de personnes. Un mouvement d'approche féministe incluant les causes socioculturelles dans les difficultés féminines reliées aux pressions sur l'apparence semble donc présentement en marche au Québec (Secrétariat à la condition féminine, 2014).

Comme mentionné précédemment, l'approche féministe tente de considérer les troubles alimentaires selon une perspective culturelle et sociale. Cette approche induit que la construction sociale de la féminité amène la petite fille à s'identifier au rôle social qui véhicule une image dépendante, faible, soumise et sexualisée des femmes (Butryn, 2014; Hogan, 2012a, 2013; Piran,

2010). Dans une volonté féministe, Ellis (1989) et Rust (1995) mentionnent qu'une des problématiques sociales est que l'éducation des filles diffère de celle des garçons, car la pression qui pèse sur les parents les amènerait inconsciemment à préparer leur fille à leur futur rôle social dicté par le patriarcat en place. Rust mentionne que cela peut faire en sorte que les petites filles ne reçoivent pas tout à fait assez de soins et peuvent développer de la culpabilité face à leurs besoins. Éventuellement, elles pourraient développer un trouble alimentaire pour réguler leur culpabilité et leurs besoins refoulés (Rust 1995).

3.2.1 Troubles alimentaires comme reprise de pouvoir symbolique. Si l'on se penche sur le besoin de contrôle que semblent souvent présenter les femmes atteintes d'anorexie et de boulimie et qu'on l'aborde dans une perspective féministe, on peut se questionner sur les relations de pouvoir en place dans les sociétés occidentales et sur le rôle passif souvent réservé aux femmes. Piran (2010) précise que la vision du corps féminin comme un outil permettant d'acquiescer un certain « pouvoir », sans doute très relatif, est valorisée dans les sociétés qui associent minceur à succès. L'auteure y voit des facteurs de risque importants dans le développement des troubles alimentaires. Elle mentionne qu'une vision intersectionnelle du genre, c'est-à-dire la multitude de possibilités de genre selon les attributs sociaux, la race, le sexe, la classe sociale, etc., permet de mieux détecter les facteurs de risque d'une vision négative de l'image corporelle et d'une introjection de l'idéal de minceur. Selon l'auteure, c'est en explorant la relation qu'entretient l'individu avec le pouvoir associé à son genre que l'on peut favoriser une prévention des troubles alimentaires.

En lien avec le rapport au pouvoir, Butryn (2014) voit d'un côté le refus du corps féminin en courbes comme un rejet de la passivité femme-mère et femme-sexualisée et de l'autre, la glorification d'un corps sans formes comme une tentative de reprise de pouvoir masculin. Selon l'auteure, ce peut donc être dans une optique, consciente ou non, de reprise de pouvoir et de refus de la passivité associée au féminin que certaines femmes vont entretenir un besoin de contrôle sur leur corps. De plus, l'auteure présente les paradoxes internes vécus par la personne ayant un trouble alimentaire en parallèle à la double contrainte (traduction libre de *double-bind*) sociale entre le corps et l'esprit. Cette double contrainte est définie par l'auteure comme une dévalorisation du corps, ce dernier étant associé au féminin « dépendant, émotif, impulsif, excessif, faible et passif » et comme une valorisation de la pensée « autonome, rationnelle, en contrôle et disciplinée », associée quant à elle au masculin (p. 279-280). Selon l'auteure, on peut

considérer que la rigidité cognitive que présentent souvent les femmes atteintes de troubles alimentaires provient d'un sentiment d'être piégée entre choisir la passivité féminine corporelle ou le pouvoir associé à la pensée masculine, ce qui peut amener celles-ci à se couper de leur émotivité corporelle et à trouver refuge dans un mode cognitif rigide, comme une tentative de reprise de pouvoir.

En effet, plusieurs auteurs associent le développement des troubles alimentaires à une tentative de reprise de pouvoir. À titre d'exemples, mentionnons les études de Peterson, Grippo et Tantleff-Dunn (2008), de Rubin, Nameroff, et Russo, (2004) et de Myers et Crowther (2007). Ces auteurs se basent principalement sur les théories dites d'*objectivation* et d'*auto-objectivation* développées par Fredrikson et Roberts (1997) pour faire des liens entre les troubles alimentaires et les pressions socioculturelles, ce qui sera l'objet de la section qui suit.

3.2.2 Théories de l'objectivation et de l'auto-objectivation. Selon ces théories, les femmes vivant dans une société les réduisant à leur physique et sexualisant leur corps auront tendance à introjecter les pressions extérieures de l'idéal féminin, créant ainsi une transition du regard externe (objectivation) au regard interne (auto-objectivation). Fredrikson et Roberts (1997) écrivent :

Objectification theory posits that girls and women are typically acculturated to internalize an observer's perspective as a primary view of their physical selves. This perspective on self can lead to habitual body monitoring, which, in turn, can increase women's opportunities for shame and anxiety, reduce opportunities for peak motivational states, and diminish awareness of internal bodily states. (p.173)

Les auteures avancent que l'auto-objectivation présente d'importantes conséquences. L'individu qui s'auto-objective, selon les auteures, peut présenter une augmentation de la honte et de l'anxiété ainsi qu'une diminution de sa motivation intrinsèques et du contact avec ses états corporels internes.

Premièrement, un sentiment de honte semble émerger de l'introjection du regard externe, duquel découlent un auto-jugement et une évaluation de soi négative. Les auteures citent Wolf (1991) en notant que seulement une femme sur 40 000 atteint les standards requis de poids et de tailles pour être mannequin. Ces idéaux de beauté frisent l'irréalisme et présentent un grand

potentiel d'auto-évaluation biaisée et négative. L'auto-jugement selon les critères du regard externe de la société sur les femmes mène donc, toujours selon Fredrikson et Roberts (1997), à un grand potentiel de honte si ces critères ne sont pas atteints.

Deuxièmement, l'auto-évaluation de sa valeur personnelle basée principalement sur les critères du regard extérieur semble générer de l'anxiété. Les auteures mettent de l'avant deux types d'anxiété : l'anxiété d'apparence et l'anxiété de sécurité. L'anxiété d'apparence est définie par les auteures comme étant une auto-évaluation constante de son apparence, causée par l'impossibilité de contrôler quand et où son physique sera jugé par autrui. Quant à l'anxiété de sécurité, elle est en lien avec le fait que les femmes sont plus souvent agressées que les hommes et que ces agressions peuvent être reliées à leur physique (Beneky, 1982, cité par Fredrikson et Roberts, 1997). Bien que cette anxiété soit vécue aussi par les femmes qui ne présentent pas d'auto-objectivation, elle s'ajoute à l'anxiété d'apparence vécue par celles qui ont introjecté les pressions extérieures. Les auteures concluent : « In short, a culture that objectifies the female body presents women with a continuous stream of anxiety-provoking experiences, requiring them to maintain an almost chronic vigilance both to their physical appearance and their physical safety » (p.183).

Une autre conséquence identifiée par Fredrikson et Roberts (1997) est la difficulté de vivre des moments motivationnels intrinsèques. Leur propos est basé sur les théories de Csikszentmihalyi (1982,1990, cité par Fredrikson et Roberts, 1997) sur les moments de *flow*. Les auteures écrivent : « Csikszentmihalyi identifies flow as a prime source of optimal experience, those rare moments during which we feel we are truly living, uncontrolled by others » (p.183). Pour atteindre cet état de *flow*, l'individu doit mettre de côté sa conscience de soi. Les femmes présentant de l'auto-objectivation ont donc moins accès à ce type de moments, car elles ont tendance à être très conscientes d'elles-mêmes. Les auteures relient ces moments de *flow* à la motivation intrinsèque, qui fait fi de la volonté des autres. Elles soutiennent que l'auto-objectivation vient diminuer la qualité de vie générale de l'individu en bloquant l'accès à ces moments.

Finalement, Fredrikson et Roberts (1997) avancent que d'adopter un regard personnel sur soi de la perspective d'un observateur diminue le contact avec ses expériences internes, car son énergie psychique se concentre principalement sur l'extérieur du corps plutôt que sur l'intérieur. Elles mentionnent aussi que la diète qui génère la suppression de la faim pourrait avoir un lien

avec les difficultés de sentir et de comprendre les indices corporels internes. Elles proposent que la diminution de ce contact interne pourrait aussi venir diminuer la capacité d'entrer en contact avec ses émotions.

Bien que, toujours selon les auteures, le degré d'introjection varie d'une femme à l'autre et que les différences culturelles et sociales de chacune occasionnent des variations uniques, elles mentionnent que l'objectivation sexuelle des corps féminins et l'auto-objectivation agissent comme des facteurs de risque importants dans l'apparition de problèmes psychologiques, dont les troubles alimentaires.

Selon les auteures, la tendance des femmes à intérioriser le besoin d'un regard externe sur leur propre corps serait en lien avec l'inégalité du pouvoir entre les femmes et les hommes. Le regard extérieur introjecté serait celui de la classe dominante, soit celui de l'homme blanc fortuné. Les auteurs soutiennent donc que le *male gaze* domine la société occidentale, regard selon lequel le corps de la femme serait perçu comme une représentation de l'ensemble de ce qu'elle est. Le *male gaze* serait ainsi orienté vers l'idéal de beauté dicté par le plaisir de l'homme. Le concept du *male gaze* a d'abord été développé par Mulvey (1975) afin de critiquer la construction, basée sur le regard de l'homme, de l'image de la femme au cinéma. Aujourd'hui, selon Martin (2012), ce concept englobe toutes les images médiatiques. L'auteure définit par ailleurs le *male-gaze* comme « the gaze of power which denotes the ability to control, classify, define and objectify » (p.112-113). Pour revenir à la théorie de l'objectivation de Fredrikson et Roberts (1997), les auteures écrivent, en lien avec les troubles alimentaires : « Whether an individual woman attempts to (a) meet such ideals, or (b) opt out of the system of objectification, she must do so with her body. Eating disorders may thus reflect either of these two strategies » (p.192). Elles mentionnent que les troubles alimentaires restent toutefois des stratégies passives et pathologiques qui peuvent refléter l'impuissance des femmes relative à l'objectivation de leur corps.

3.3 Féminisme comme facteur de protection : *empowerment*

L'auto-objectivation semble donc directement associée aux problèmes d'image corporelle (Fredrikson et Roberts, 1997). Comme le présente l'étude de Stice et Shaw (2002), l'insatisfaction corporelle est intimement liée au risque de développement de troubles alimentaires. Selon Myers et Crowther (2007), suite à leur étude quantitative, la pression socioculturelle sur les femmes s'avère en fait un facteur de risque pour l'insatisfaction

corporelle. Les auteures suggèrent que les croyances féministes viennent modérer l'intériorisation de l'idéal de minceur par une prise de conscience de la pression médiatique. Dans le même sens, l'étude qualitative de Rubin *et al.* (2004) montre que l'auto-identification à certaines valeurs féministes propres à la remise en question du corps idéal et de l'attraction physique peut aider à lutter contre l'introjection de l'idéal de beauté et réduire l'apparition de troubles alimentaires. Toujours dans l'optique de relier une perspective féministe de l'image de soi à la diminution des troubles alimentaires, Kinsaul, Curtin, Bazzini et Martz (2014) ont mené une étude quantitative mesurant la relation corrélacionnelle entre la perception positive de l'image de soi, les troubles alimentaires et l'adhésion à une idéologie féministe. Les auteures ciblent des aspects de l'idéologie féministe qui agissent comme facteurs médiateurs entre féminisme et troubles alimentaires. Les résultats suggèrent que l'auto-efficacité et, plus globalement, *l'empowerment* sont associés de manière significative à l'augmentation d'une image de soi positive et à une diminution des comportements alimentaires mal adaptés. Les auteures concluent que des traitements favorisant le développement de *l'empowerment*, dans une perspective féministe, permettraient d'augmenter l'image de soi et de diminuer les comportements anorexiques ou boulimiques.

En définissant le concept d'*empowerment* psychologique, Zimmerman (1995) écrit : « The construct integrates perceptions of personal control, a proactive approach to life, and a critical understanding of the sociopolitical environment » (p. 581). L'étude menée par Rogers, Chamberlin, Ellison et Crean (1997) tente pour sa part de cibler les facteurs principaux permettant de mesurer *l'empowerment*. Leurs résultats proposent deux catégories de facteurs d'importance notable : l'estime de soi/auto-efficacité, associés à un locus interne de contrôle, et le pouvoir, associé au sentiment de contrôle sur les décisions sociétales et sur l'environnement. Nous pouvons constater, comme le résume aussi Kinsaul *et al.* (2014), que le concept d'*empowerment* est donc basé sur un sentiment de contrôle sur soi (interne) et sur son environnement (externe).

D'autres auteurs identifient le concept d'*empowerment* comme une clé à la résistance à l'intériorisation des pressions sociales. En premier lieu, l'étude quantitative de Peterson *et al.* (2008) conclut que *l'empowerment* est un facteur important de la réduction de l'auto-objectivation et des comportements alimentaires mal adaptés. Les auteures proposent donc de baser les interventions sur le développement d'un locus interne de contrôle et de renforcer le

sentiment de pouvoir. En second lieu, Steiner-Adair *et al.* (2002) présentent, dans une optique de prévention des troubles alimentaires, un programme scolaire ciblant les adolescentes. Nommé *Full of ourselves: Advancing girl power, health, and leadership*, ce programme repose principalement sur la volonté de renforcer un sentiment d'*empowerment*. Piran (2010) conseille, en dernier lieu, de baser la prévention des troubles alimentaires sur l'*empowerment*, par la remise en question des relations de pouvoir sociétales fondées sur le genre.

3.4 Art-thérapie, féminisme et troubles alimentaires

En combinant art-thérapie et féminisme, plusieurs auteures encouragent les art-thérapeutes à inclure une perspective féministe à leur pratique pour la rendre encore plus adaptée aux réalités sociales actuelles (Burt, 2012; Butryn, 2014; Curtis, 2013; Ellis, 1989; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012). Hogan (2012a, 2013) met d'abord les thérapeutes en garde contre le danger d'une discipline qui recrée un discours oppressif misogyne intégré aux théories et à la pratique psychologiques. Pour ce faire, elle retrace la féminisation de la pathologie dans l'historique de la discipline thérapeutique. Dans le même sens, Butryn (2014) mentionne à quel point la femme est souvent passive dans son traitement clinique, qui est historiquement dirigé par des théoriciens et cliniciens masculins. Qui plus est, elle conçoit la résistance de la patiente à développer une alliance thérapeutique comme une résistance à la féminisation de la maladie mentale.

Dans le contexte de l'art-thérapie, le rôle actif de la patiente, qui est invitée à créer une production artistique, peut permettre un équilibre du pouvoir dans le cadre thérapeutique (Ellis, 1989; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012). À ce propos, Butryn (2014), Ellis (1989) et Fabre-Lewin (2012) mettent en évidence l'importance du principe de l'*incarnation* en art-thérapie, c'est-à-dire le passage du travail thérapeutique par le corps. Butryn écrit en se basant sur Gallepsie (1996) et Rabin (2003) : « Unlike verbal therapy where the body is treated as mostly passive, the concrete, kinesthetic, and tangible aspects of art therapy make possible a more active role of the body » (p.283). Donc, de baser une partie de la thérapie sur l'action du corps, en création visuelle, semble permettre de redonner une partie du pouvoir à la patiente dans le cadre art-thérapeutique.

Fabre-Lewin (2012) met de l'avant que l'incarnation art-thérapeutique favorise le développement de l'*empowerment*. Selon l'auteure, prendre conscience de la manière dont notre corps interagit avec le monde permet des prises de consciences sur les oppressions sociales et un

réappropriation de notre corps et de notre monde interne. Elle explique en quoi le rôle actif de la patiente et l'incarnation du processus art-thérapeutique permettent ces prises de consciences : « It follows that our body's interrelationship with the world is essential to becoming conscious, and that we cannot think ourselves into liberation alone: we need to enact our way to freedom through the body » (Fabre-Lewin, 2012, p.144)

De plus, l'art-thérapie permet une expression subjective qui prend une forme visuelle et qui ne nécessite pas forcément la parole, ce qui, selon certaines auteures, donne donc accès à une subjectivité interne plus authentique et moins contrôlée par le langage (Butryn, 2014; Ellis, 1989; Joyce, 2012; Levens, 1990; Rehaviah-Hanauer, 2012). Dans une vision postmoderne reposant sur la déconstruction derridienne de la pensée binaire, Leclerc (2012) soutient que l'image en art-thérapie peut permettre, par la communication non-verbale intersubjective à laquelle elle donne lieu, d'accéder à un matériel psychique qui se situe au delà de la conscience. Selon l'auteure, l'image se « présente », elle exprime quelque chose qui peut difficilement être compris par la logique consciente uniquement. Leclerc postule qu'en tant qu'art-thérapeute, c'est en se faisant le témoin de la manière dont l'image nous « frappe » que nous pouvons, grâce à l'attention portée aux effets d'*atteinte* de l'image, donner un sens à ce qui se présente, entre autres le reflet implicite de la relation thérapeutique et le monde interne des patientes.

Hogan (2012a, 2013) et Rehaviah-Hanauer (2012) font pour leur part remarquer que l'art-thérapie repose sur la puissance thérapeutique de l'image. Tandis qu'une grande partie de l'internalisation de l'idéal de minceur se fait par l'image médiatique, les auteures soulignent qu'il est pertinent de contrecarrer le phénomène par la même source d'entrée psychique, en redonnant aux patientes le pouvoir de créer leurs propres images et représentations symboliques subjectives.

L'art-thérapeute et le cadre art-thérapeutique sont pour leur part importants dans le processus thérapeutique, puisqu'ils servent tous deux de contenants sécuritaires qui permettent l'exploration psychique, parfois douloureuse et anxiogène. Fabre-Lewin (2012) écrit : « Within the frame of art-therapy, through the presence of the [art-]therapist, and the containing vessel of the image, is afforded the safety and support for helping the body to experience and navigate a healing catharsis » (p.145). Le rôle de témoin de l'art-thérapeute peut favoriser un sentiment de contrôle chez la patiente par sa capacité à contenir l'anxiété et la souffrance de la patiente (Burt, 2012; Ellis, 1989; Fabre-Lewin, 2012). Aussi, selon Ellis (1989), le rôle de témoin de l'art-

thérapeute et la réflexion de l'image créée dans le cadre art-thérapeutique favorisent la « réappropriation du regard », c'est-à-dire le pouvoir de reconstruire l'image de soi. Elle propose que la réflexion juste et authentique renvoyée par le regard de l'art-thérapeute et par la création visuelle permet à la patiente de prendre connaissance de l'introjection des pressions sociales et de reconstruire son image de soi basée sur une subjectivité plus authentique.

L'auteure écrit : «The mirroring process involved in art therapy clearly has significance for the development of a woman's self-understanding and awareness in a culture that, as I have shown, deprives her of authentic reflections of herself » (Ellis, 1989, p.265)

De plus, Ellis (1989) mentionne que la société refuse aux femmes certains besoins ou sentiments comme la colère, l'affirmation, la volonté de pouvoir ou le sentiment de manque (p. 266). Dans une approche humaniste, Fabre-Lewin (2012) propose, en se référant à Moore (1992) et Hillman (1992), qu'une avancée thérapeutique est possible lorsque l'individu accueille la globalité de son expérience vécue, tant dans sa beauté que dans sa « *sublim-terror* » (p.145) . L'auteure propose que dans le cadre art-thérapeutique sécuritaire, l'aspect non-verbal de la thérapie et la sollicitation du corps favorisent un contact plus direct avec son monde interne et ses émotions. Comme ces émotions peuvent lui être habituellement refusées socialement et s'avérer difficiles à vivre, l'art-thérapeute, le cadre thérapeutique, et l'image deviennent, pour la patiente, des contenants sécuritaires favorisant la réappropriation plus holistique de sa subjectivité.

Bien que ces auteures soulignent l'importance d'une approche art-thérapeutique féministe, Butryn (2014) constate une tendance à mettre de côté cette approche dans les traitements art-thérapeutiques auprès des personnes atteintes de troubles alimentaires. L'auteure note effectivement que les interventions thérapeutiques s'appuient plutôt sur les théories développementales, principalement celles des théories de la relation d'objet et de l'attachement. Par exemple, dans son livre *Drawing from Within, Using art therapy to treat eating disorders*, Hinz (2006) ne consacre qu'un seul paragraphe (p.82) à la pression sociale que peuvent subir les patientes, tandis qu'un chapitre complet « Understanding childhood influences » se concentre sur l'exploration de la dynamique familiale des patientes. Par contre, les auteures art-thérapeutes féministes ne font souvent qu'effleurer la problématique des troubles alimentaires, comme on peut le constater dans l'ouvrage *Revisiting Feminist Approaches to Art Therapy*, édité par Hogan (2012b) dans lequel aucun des 18 articles ne porte sur les troubles alimentaires.

En ce qui concerne la mise en commun de l'approche féministe, des troubles alimentaires et de l'art-thérapie, très peu de références ont été trouvées dans le cadre de la présente recension des écrits. Nous pouvons certes considérer que le programme de prévention des troubles alimentaire développé par Steiner-Adair *et al.* (2002) démontre une volonté d'inclure une portion créative à l'approche féministe des troubles alimentaires, mais ce programme ne se base pas sur les théories de l'art-thérapie. Rust (1995) présente aussi une étude de cas combinant art-thérapie de groupe, approche féministe et troubles alimentaires, mais elle se base sur très peu de références et propose une analyse principalement subjective. L'article de Butryn (2014) *Art therapy and eating disorders : integrating feminist poststructuralist perspectives* apparaît pour sa part comme l'une des rares tentatives de réunir les trois composantes. En effet, l'auteure y invite les art-thérapeutes à inclure une perspective féministe poststructuraliste au traitement d'art-thérapie pour les personnes atteintes de boulimie et d'anorexie. Elle conclut :

Sensitization to the feminist poststructuralist view of socially construed, gendered, embodied subjectivity and elucidation of eating disordered feminine bodies and subjectivities in particular can assist in realizing more fully art therapy's therapeutic potential to support female clients with eating disorders. (Butryn, 2014, p.284)

Il convient de noter que l'auteure ne présente pas son article dans une optique de développement d'un programme d'intervention, mais plutôt d'un point de vue philosophique afin de sensibiliser les art-thérapeutes à l'importance d'inclure une perspective poststructuraliste féministe dans leur pratique.

Chapitre quatre : Modèle théorique d'intervention d'orientation féministe auprès de personnes atteintes d'anorexie et de boulimie

Selon la méthodologie développée par Fraser *et al.* (2009), la première étape d'une recherche d'intervention se concentre sur l'élaboration de la théorie du problème et de la théorie du programme. La théorie du problème consiste d'abord en la mise en lumière des facteurs de risque et de protection ainsi que des facteurs médiateurs émergeant de la recension des écrits. La théorie du programme permet ensuite de cibler les facteurs malléables et de les relier dans une chaîne causale d'intervention qui permettrait d'atteindre les changements ciblés.

4.1 Théorie du problème

La recension des écrits a permis de constater certaines problématiques associées aux traitements thérapeutiques des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie. Premièrement, selon les résultats d'études menées sur les traitements actuels, près de la moitié des personnes atteintes ne pourront atteindre une rémission complète et la maintenir (Fichter, *et al.*, 2006; Steinhausen et Weber, 2009). Deuxièmement, bien que les traitements puissent aider à diminuer les comportements anorexiques et boulimiques dans certains cas, les difficultés émotives des personnes atteintes semblent persister (Kröger *et al.* 2010; Murray *et al.* 2015). Finalement, un taux alarmant de mortalité associé à l'anorexie fait de ce trouble alimentaire le plus mortel des troubles psychologiques (Fichter, *et al.*, 2006), puisqu'il occasionne une augmentation des risques suicidaires de 12% (Statistique Canada, 2013). Il importe donc de développer de nouvelles pistes d'intervention. Par conséquent, après avoir élaboré la théorie du problème, ce chapitre mettra au point une théorie du programme qui pourra servir de base théorique au développement futur d'un programme d'intervention proprement dit.

Nous avons vu que l'art-thérapie semble offrir un cadre thérapeutique permettant de travailler, de manière symbolique, certains symptômes, dont le besoin de contrôle, la rigidité cognitive et la résistance au développement d'une alliance thérapeutique (Hinz, 2006; Levens, 1990; Luzatto, 1994; Schaverien, 1994; Surdres, 2012; Rehavia-Hanauer, 2003; Wolf *et al.*, 1985). Pourtant, même si les auteures s'entendent pour considérer les causes bio-psycho-sociales des troubles alimentaires (Yates, 1989), nous pouvons remarquer une tendance à mettre de côté l'exploration des causes socioculturelles dans les traitements art-thérapeutiques, ceux-ci reposant majoritairement sur les théories développementales telles que les théories d'attachement et de la relation d'objet (Burt, 2012; Butryn, 2014; Curtis, 2013; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012). Bien que pertinentes et fondées sur le plan théorique (Bruch 1980; Clinton, 2006; Jones, 1985; Tasca *et al.*, 2011), ces approches ont tendance à identifier la personne qui donne les soins primaires, soit généralement la mère, comme étant responsable de l'apparition des troubles alimentaires ou y jouant un rôle important (Butryn, 2014; Ellis, 1989). Comme le fait remarquer Ellis (1989), ces approches ne prennent pas en considération les pressions sociales qui s'exercent sur les mères ni l'influence du genre dans la relation mère-enfant. L'approche féministe de l'anorexie et de la boulimie propose une perspective différente, basée sur les causes socioculturelles du développement et du maintien des troubles alimentaires. Tel que mentionné précédemment, la troisième vague féministe permet une déconstruction de l'essentialisme

féminin et le développement d'une conception de la subjectivité comme étant multiple et fluide (Clark Mane, 2012; Gavey, 2011; Joyce, 2012; Weedon, 1987; Zack, 2005). Cette troisième vague permet de prendre conscience du rôle des relations de pouvoir inégales entre les genres, les classes et les ethnies en tant que facteurs de risque de développement de troubles alimentaires (Fredrikson et Roberts, 1997; Kinsaul *et al.*, 2014; Myers et Crowther, 2007; Peterson *et al.*, 2008; Piran, 2010; Rubin *et al.*, 2004; Steiner-Adair *et al.*, 2002; Stice et Shaw, 2002). En ce sens, plusieurs art-thérapeutes féministes mettent de l'avant l'importance d'explorer les causes socioculturelles sous-jacentes aux problématiques que vivent principalement les femmes. Elles nous enjoignent également d'être nous-même, en tant qu'art-thérapeutes, autoréflexives quant à nos biais culturels (Burt, 2012; Butryn, 2014; Curtis, 2013; Ellis, 1989; Fabre-Lewin, 2012; Hogan, 2012a, 2013; Joyce, 2012; Rehavia-Hanauer, 2012).

4.1.1 Facteurs de risque. Bien que la littérature générale sur l'anorexie et la boulimie dénombre plusieurs facteurs de risque et de protection, nous étudierons principalement les facteurs socioculturels, dans l'optique de permettre une meilleure inclusion de ces facteurs dans le développement d'interventions auprès de cette population cible.

Nous avons vu que, selon l'approche féministe poststructuraliste, le rapport au langage semble présenter un facteur de risque pour le développement et le maintien de difficultés particulièrement féminines comme l'anorexie et la boulimie. Ainsi, selon les théories féministes poststructuralistes de la troisième vague, le langage dominant a tendance à cloisonner les femmes à l'intérieur de catégories dictées par le pouvoir en place (Clark Mane, 2012; Gavey, 2011; Joyce, 2012; Weedon, 1980). Qui plus est, malgré l'impression que les femmes peuvent avoir relativement à leur identité subjective, cette subjectivité est en fait « fixe » et ne permet pas aux femmes de développer leur subjectivité propre, « fluide et multiple » (Joyce, 2012). Des auteures présentent le développement de troubles alimentaires comme étant relié à une tentative indirecte de reprise de pouvoir sur soi afin de contrer le contrôle subit par le pouvoir en place (Butryn, 2014; Kinsaul *et al.*, 2014; Myers et Crowther, 2007; Peterson *et al.*, 2008; Piran, 2010; Rubin *et al.*, 2004).

Un autre facteur de risque important qui ressort de l'étude de la recension des écrits concerne les processus d'objectivation et d'auto-objectivation théorisés par Fredrikson et Roberts (1997). Ces théories nous permettent de mieux comprendre le processus par lequel les pressions sociales de l'idéal de beauté féminin ont, dans la culture occidentale, tendance à être introjectées par les

femmes. Nous avons vu que l'introjection du regard externe objectivant, et donc l'auto-objectivation, peut engendrer des conséquences. Parmi ces dernières, les auteures nomment : la honte de ne pas répondre aux idéaux féminins, l'anxiété causée par l'évaluation constante de son apparence et de sa sécurité physique, la diminution de la motivation intrinsèque causée par une difficulté à mettre de côté la conscience de soi et la diminution du contact avec ses états internes due à une grande concentration sur l'extérieur du corps et la suppression des indices corporels internes comme la faim. Ces difficultés peuvent occasionner des troubles psychologiques qui affectent majoritairement les femmes. À ce sujet, les auteures nomment, entre autres, l'anorexie et la boulimie. Selon les théories de l'objectivation et de l'auto-objectivation, les troubles alimentaires peuvent être considérés tant comme une volonté de se rapprocher de l'idéal de minceur, que comme une volonté de s'en détacher et d'avoir un sentiment illusoire de pouvoir sur son propre corps.

Enfin, nous avons vu que les auteures d'approches féministes nous invitent à nous sensibiliser au rôle qu'occupe, dans le développement des troubles alimentaires, l'inégalité des relations de pouvoir dans notre société. Elles nous rappellent d'emblée que le lien thérapeutique peut produire une relation inégale de pouvoir entre la thérapeute et la patiente (Butryn, 2014; Fabre-Lewin, 2012; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012). De plus, le champ de la psychologie a historiquement présenté une tendance à féminiser les pathologies en présentant les femmes comme étant émotives, passives et fragiles (Butryn, 2014; Hogan, 2012a, 2013). Par ailleurs, Burt (2012) précise que le DSM, bien qu'il se veuille un outil objectif, présente plutôt une vision subjective des pathologies, construite par le groupe dominant en place, qui défavorise les femmes en établissant des critères diagnostiques différents pour les hommes et les femmes. Hahna (2013) met quant à elle de l'avant l'importance de sensibiliser les art-thérapeutes aux privilèges et obstacles créés par les différences socioculturelles et d'inclure une approche féministe et multiculturelle à leur formation universitaire afin de diminuer l'inégalité de pouvoir dans la relation thérapeutique et d'honorer la diversité et l'expérience subjective vécue dans la pratique. Bref, les thérapeutes non sensibilisés aux biais culturels et aux inégalités peuvent contribuer à reproduire certains aspects liés à la victimisation et ou à la passivité chez leurs patientes, et favoriser ainsi le maintien des comportements pathologiques (Burt, 2012; Butryn, 2014; Hahna, 2013; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2013).

En résumé, plusieurs facteurs de risque associés aux causes socioculturelles des troubles alimentaires ont été identifiés à la suite de la recension des publications présentée ci-dessus. Ceux-ci peuvent être classés selon trois grands thèmes. Premièrement, il y a le lien entre l'objectivation sexuelle et l'auto-objectivation favorisant le développement de troubles alimentaires, selon la théorie de Fredrikson et Roberts (1997). Deuxièmement, le manque de sensibilisation des thérapeutes aux causes socioculturelles des troubles alimentaires dans le cadre des traitements est susceptible de recréer une dynamique de pouvoir inégale au sein de la relation thérapeutique. Enfin, selon l'approche féministe poststructuraliste, le discours patriarcal dominant peut aisément réduire l'actualisation de la subjectivité propre chez les femmes ayant un trouble alimentaire ou empêcher la reprise de pouvoir, par la personne atteinte, sur sa subjectivité authentique.

4.1.2 Facteurs de protection et facteurs médiateurs. Cette recension des écrits permet aussi de détecter des facteurs de protection. En premier lieu, selon les études, le développement de l'*empowerment* permettrait de contrecarrer l'introjection de l'idéal de beauté et la sexualisation du corps et par conséquent, le processus d'auto-objectivation (Kinsaul *et al.*, 2014; Myers et Crowther, 2007; Peterson *et al.*, 2008; Rubin *et al.*, 2004). Deux aspects principaux ressortent des études relatives aux définitions et à l'échelle de mesure de l'*empowerment* (Rogers *et al.*, 1997) : d'abord, l'estime de soi et l'auto-efficacité, reliées au locus de contrôle interne, et ensuite le sentiment de pouvoir sur son environnement, relié au contrôle externe (Kinsaul *et al.*, 2014; Peterson *et al.*, 2008; Zimmerman, 1995).

En second lieu, le féminisme de la troisième vague associé au poststructuralisme et au post-modernisme semble permettre un retour à la subjectivité vécue, fluide et multiple, en critiquant l'essentialisme des femmes imbriquée dans le discours en place, discours qui avantage le pouvoir patriarcal (Joyce, 2012). La valorisation de la subjectivité authentique semble, selon les auteures qui ont relié féminisme poststructuraliste et troubles alimentaires, aider la personne à reconstruire sa connexion subjective interne et à résister aux stéréotypes féminins construits par la société (Butryn, 2014; Piran, 2010). La littérature nous amène aussi à voir l'approche féministe de la troisième vague comme un facteur médiateur qui favorise un retour à une subjectivité multiple et fluide, qui augmente la connexion interne et qui diminue le risque de développement des troubles alimentaires (Kinsaul *et al.*, 2014; Myers et Crowther, 2007; Peterson, *et al.* 2008; Piran, 2010; Rubin *et al.*, 2004).

En troisième lieu, l'art-thérapie semble être une approche qui permet d'accéder à un mode expressif visuel qui n'est pas uniquement basé sur l'organisation verbale de la pensée (Levens, 1990). Cela autorise l'expression subjective sans le biais du langage, qui peut parfois entraver ou limiter la multiplicité et la fluidité de la subjectivité (Ellis, 1989; Fabre-Lewin, 2012; Joyce, 2012; Rehavia-Hanauer, 2013). Plus encore, la communication non-verbale intersubjective entre la patiente, l'image et l'art-thérapeute aide à accéder à une facette implicite de la thérapie qui sort de la catégorisation binaire réductrice (Joyce, 2012; Leclerc, 2012). L'art-thérapie semble également favoriser l'établissement d'un sentiment de contrôle au sein de la thérapie grâce au rôle actif de la patiente dans le processus créatif et à la capacité d'incarnation de l'image (Butryn, 2014; Fabre-Lewin, 2012; Hinz, 2006; Schaverien, 1994; Surdres, 2012). Il apparaît que ce rôle actif de la patiente et celui de témoin souvent non-verbal de la thérapeute rendent possible un ajustement de la balance de pouvoir entre intervenante et bénéficiaire dans le cadre art-thérapeutique (Butryn, 2014; Ellis, 1989; Fabre-Lewin, 2012; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012).

Enfin, si l'art-thérapie valorise une reconnexion à sa subjectivité interne et un sentiment de contrôle dans la relation thérapeutique, nous pouvons penser que ce type d'intervention est en mesure d'aider à développer l'*empowerment*, qui a été défini comme étant lié au sentiment de contrôle interne et externe. Nous avons d'ailleurs vu que des auteures art-thérapeutes féministes soulignent précisément le potentiel de l'art-thérapie à encourager l'*empowerment* (Butryn, 2014; Ellis, 1989; Fabre-Lewin, 2012). Fabre-Lewin (2012) écrit à ce propos :

The art process and forms can provide the dynamic and interactive environment for the female client to recreate and to enact the conditions within which to reclaim a powerful, visible and active relationship to an authentic sense of self, and right to be in the world.
(p.148).

En art-thérapie, la sollicitation du corps nécessaire au processus de création et le potentiel d'incarnation de l'image semblent justement favoriser une réappropriation de ses états internes bénéfique au développement de l'*empowerment* (Butryn, 2014; Ellis, 1980; Fabre-Lewin, 2012). De plus, la participation active de la patiente lors du processus créatif permet l'équilibre du pouvoir dans la relation thérapeutique et procure un sentiment de contrôle externe (Butryn, 2014; Ellis, 1980; Fabre-Lewin, 2012; Hogan, 2012a, 2013; Rehavia-Hanauer, 2012). Il apparaît donc,

selon la recension des écrits, que l'art-thérapie constitue un facteur médiateur qui favorise le développement de l'*empowerment* par sa capacité d'expression subjective authentique non-verbale et par son potentiel de reprise de contrôle sur soi et sur son environnement.

Le déploiement de l'*empowerment* représente le facteur de protection du développement de l'anorexie et de la boulimie principalement étudié dans le cadre de cette recherche. Les valeurs féministes associées à la troisième vague ainsi que l'approche art-thérapeutique semblent pour leur part se présenter comme des facteurs médiateurs favorisant le développement de cet *empowerment*. Il reste maintenant à démontrer comment les facteurs de risque, de protection et de médiation peuvent s'agencer afin de permettre un changement ciblé dans une optique d'intervention art-thérapeutique auprès des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie.

4.2 Théorie du programme

Fraser *et al.* (2009) mentionnent l'importance de cibler des facteurs malléables pour développer la théorie du programme. L'auto-objectivation semble un facteur de risque malléable qui peut être renversé par le développement de l'*empowerment*, résumé par le sentiment de contrôle interne et externe.

La méthodologie de recherche d'intervention proposée par Fraser, *et al.* (2009) induit qu'il est possible de diminuer les facteurs de risque en augmentant les facteurs de protection. Dans le cadre de cette recherche sur l'intervention art-thérapeutique féministe auprès des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie, la théorie du programme sera donc orientée vers la diminution de l'auto-objectivation par l'augmentation de l'*empowerment*. Comme mentionné à la section 3.2.2, l'étude de Fredrikson et Roberts (1997) sur le sujet présente que l'auto-objectivation peut accentuer la honte et l'anxiété et atténuer la motivation intrinsèque ainsi que la connexion corporelle interne, ce qui favorise l'apparition de troubles alimentaires. Nous réitérons donc à quel point un programme d'intervention devrait viser la réduction de l'auto-objectivation afin de diminuer les risques d'établissement et de maintien de l'anorexie et de la boulimie.

De plus, l'art-thérapie et l'approche féministe de la troisième vague peuvent être considérées en tant que médiateurs du développement de l'*empowerment*. Selon cette perspective, l'art-thérapie d'orientation féministe semble particulièrement adaptée au traitement de l'anorexie et de la boulimie (Butryn, 2014) et apte à promouvoir le processus d'*empowerment* (Fabre-Lewin, 2012). Dans un cadre thérapeutique où l'art-thérapeute a développé sa sensibilité aux privilèges

de pouvoir liés au genre, à l'ethnicité, à la classe sociale, à l'âge, à la sexualité et à plusieurs autres attributs sociaux, l'art-thérapie semble permettre une exploration des causes socioculturelles des troubles alimentaires et valoriser un retour à une subjectivité interne fluide et multiple. En ce sens, l'art-thérapeute d'approche féministe est attentive à laisser la patiente prendre du pouvoir au sein de la thérapie et elle peut la guider vers la réappropriation de sa subjectivité propre tout en prenant soin de ne pas interférer dans cette subjectivité (Butryn, 2014; Ellis, 1989; Fabre-Lewin, 2012; Joyce, 2012). Ce faisant, l'exploration créative art-thérapeutique favoriserait le développement d'un locus de contrôle interne (sur sa subjectivité propre) et externe (dans le cadre thérapeutique), deux facettes reliées à l'*empowerment*.

L'exploration créative art-thérapeutique engendrerait par le fait même une reprise de pouvoir par rapport à l'image de soi libérée de l'intériorisation des stéréotypes. Par ailleurs, le locus de contrôle interne serait relié à la reconnexion interne à sa subjectivité, favorisée par la création non-verbale qui sollicite le corps et qui a le potentiel d'être incarnée, dans une communication non-verbale, implicite et intersubjective entre l'art-thérapeute, la patiente et l'image. De plus, l'estime de soi fait partie des aspects importants de l'*empowerment* lié au contrôle interne (Rogers *et al.*, 1997). Aussi la valorisation de la subjectivité authentique de la patiente peut augmenter l'estime de soi et le sentiment contrôle interne. Le sentiment de contrôle externe serait quant à lui favorisé par le rôle actif de la patiente dans un cadre art-thérapeutique d'approche féministe, permettant également un équilibre du pouvoir entre elle et l'art-thérapeute. Le passage par l'image et l'expression non-verbale en art-thérapie semble, de plus, autoriser le détournement des facteurs de risque langagiers réducteurs. L'art-thérapie reposant sur une perspective féministe issue de la troisième vague se présente donc comme une approche thérapeutique permettant l'établissement de l'*empowerment* selon deux vecteurs. Le premier réside dans la valorisation de l'expression subjective interne et non-verbale (contrôle interne), tandis que le second repose sur un processus de reprise de pouvoir favorisé par le rôle actif de la cliente et l'équilibre de pouvoir au sein de la thérapie (contrôle externe).

Il importe, en terminant, de définir la chaîne causale d'intervention proposée dans la présente recherche (figure 1) qui, rappelons-le, induit que l'art-thérapie reposant sur une perspective féministe de la troisième vague permet, d'une part, de renforcer le locus de contrôle externe par un équilibre de pouvoir dans le cadre thérapeutique et, d'autre part, de renforcer le locus de contrôle interne par un processus thérapeutique incarnée valorisant le contact avec une

subjectivité authentique, multiple et fluide et ce, grâce à la communication non-verbale et intersubjective entre la patiente, l'image et l'art-thérapeute. Ces deux facteurs sont ensuite directement reliés au développement de l'*empowerment* qui a été défini par les auteurs comme favorisant l'estime de soi et l'auto-efficacité (locus de contrôle interne) et le sentiment de pouvoir (locus de contrôle externe). Tel que mentionné tout au long de ce travail, le renforcement de l'*empowerment* favorise à son tour la diminution du processus d'auto-objectivation, un processus d'internalisation de l'objectivation sexuelle des femmes dans la société. Nous avons vu comment l'auto-objectivation peut accentuer les risques de développement et de maintien des troubles alimentaires. Diminuer l'auto-objectivation viendrait donc diminuer les risques de recours à des comportements boulimiques ou anorexiques.

Pour résumer ce qui a été présenté, la diminution de l'auto-objectivation par une augmentation de l'*empowerment* serait possible grâce à une intervention art-thérapeutique d'orientation féministe de la troisième vague. Ce type d'intervention favoriserait le développement d'un locus de contrôle interne, par le processus thérapeutique non-verbal, intersubjectif et incarné favorisant une connexion à sa subjectivité fluide et multiple; ainsi que d'un sentiment de contrôle externe, par le rôle actif de la patiente, et ce, au sein d'une relation thérapeutique sensible à la négociation de pouvoir.

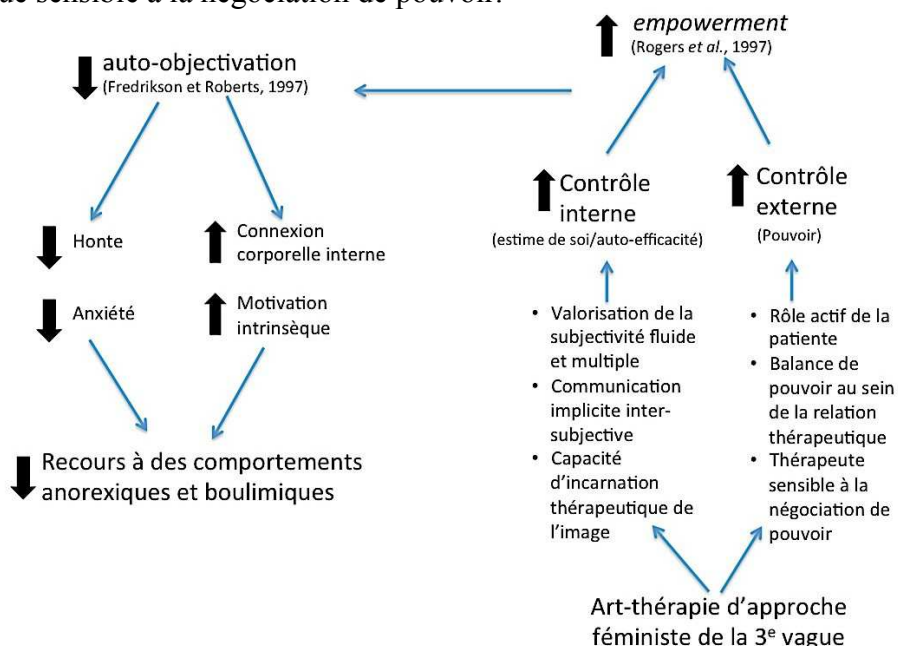


Figure 1. Chaîne causale d'intervention art-thérapeutique d'approche féministe de la troisième vague, auprès de personnes atteintes d'anorexie et de boulimie.

Chapitre cinq : Discussion

Rappelons la question de recherche : quel type d'intervention art-thérapeutique auprès des femmes atteintes d'anorexie et de boulimie pourrait permettre d'explorer les causes socioculturelles des troubles alimentaires tout en considérant les facteurs de risque chez cette population? Afin d'y répondre, cette recherche a d'entrée de jeu présenté une recension des écrits sur l'anorexie et la boulimie, ainsi que sur les avantages de l'art-thérapie auprès de la population cible. Elle s'est ensuite penchée sur une recension des écrits permettant d'explorer l'approche féministe de la troisième vague, la perspective féministe des troubles alimentaires et l'art-thérapie féministe et ce, dans le but de répondre à la sous-question de recherche : comment les théories féministes de la troisième vague peuvent-elles permettre de comprendre les causes sous-jacentes du développement de l'anorexie et de la boulimie et comment ces théories peuvent-elles favoriser des interventions art-thérapeutiques mieux adaptées?

Les données obtenues à la suite de la recension des écrits ont permis de faire ressortir les facteurs de risque, de protection et de médiation associés aux causes socioculturelles du développement de l'anorexie et de la boulimie. La mise relation de ces facteurs a finalement donné l'occasion de proposer une théorie du programme suivant une logique causale d'intervention basée sur les publications étudiées. Cette théorie d'intervention suggère que l'art-thérapie d'approche féministe de la troisième vague pourrait favoriser le développement de l'*empowerment* grâce à deux vecteurs : d'abord, par l'aspect incarné et non-verbal de l'expression créatrice, qui valorise une expression de la subjectivité non contrôlée par le langage, et ensuite par le rôle actif de la patiente et du corps en création, qui facilite une prise de pouvoir au sein de la relation art-thérapeutique. Le développement de l'*empowerment* permettrait à son tour de diminuer le processus d'auto-objectivation, qui découle de l'objectivation sexuelle des femmes dans la société. Comme les auteurs relient l'auto-objectivation au risque de développement de troubles alimentaires, on peut conclure que l'art-thérapie d'approche féministe de la troisième vague pourrait favoriser une diminution des comportements anorexiques et boulimiques en plus d'aider à leur prévention, et ce, toujours en renforçant l'*empowerment* de la personne.

5.1 Implications et recommandations

La théorie du programme découlant de cette recherche pourrait éventuellement permettre le développement d'outils d'intervention et de programmes d'intervention spécifiques

s'adressant aux femmes atteintes d'anorexie et de boulimie. En suivant cette logique, il serait intéressant, par exemple, d'utiliser la création pour explorer des thèmes comme l'identité, la relation aux autres, le sentiment d'accomplissement, le genre, la sexualité, le sentiment de pouvoir, la relation thérapeutique, la culture et les sous-cultures, les valeurs personnelles, les pressions médiatiques, le rôle social féminin, etc. Toutefois, il est recommandé d'adopter une approche non-directive ou semi-directive dans le but d'équilibrer la relation de pouvoir entre patiente et thérapeute. Dans le même sens, les interprétations de l'art-thérapeute semblent plus efficaces si elles sont utilisées avec parcimonie et avec le souci de rendre la cliente maîtresse de sa situation (Ellis, 1989). Ce qui semble important, à la suite de cette recherche, est le développement des compétences multiculturelles et féministes des art-thérapeutes qui pratiquent auprès d'une population féminine atteinte d'anorexie et de boulimie. C'est par leur sensibilité aux relations de pouvoirs inégales intégrées dans la société, et qui diffèrent selon le genre, l'âge, l'ethnicité, les handicaps physiques et mentaux, l'orientation sexuelle, la classe sociale, et beaucoup d'autres attributs socioculturels, que l'art-thérapie d'orientation féministe peut s'avérer une approche favorisant un processus d'*empowerment*.

5.2 Limites

Les limites de cette recherche sont importantes. Premièrement, il s'agit d'une recherche théorique sans participantes et sans mesures standardisées pour soutenir ses conclusions. Deuxièmement, si la recension des écrits se veut objective, la subjectivité de l'auteure n'est certes pas absente de la collecte et de l'analyse des données (LeVasseur, 2003). Troisièmement, si environ 10% des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie sont des hommes, la présente recherche ne s'est pas penchée sur cette population en raison de la perspective féministe mise de l'avant. Quatrièmement, malgré la prévalence des troubles alimentaires dans le monde (Yates, 1989), cette recherche se limite à une population nord-occidentale, et met l'accent sur le contexte socioculturel qui y prévaut. Cinquièmement, comme le mentionne McDonald (2011) dans son article sur les femmes *queer* ayant un trouble alimentaire, ces troubles sont souvent sous-représentés dans certaines populations : « Eating disorders have been constructed as predominately affecting white, middle and upper-class, heterosexual women, and their typical presentation in this group has become the standard clinical conceptualization » (Bordo, 2009, cité par McDonald, 2011). Bien que plusieurs articles plus récents tentent de s'élargir à toutes les personnes pouvant avoir un trouble alimentaire, la majeure partie de la littérature à ce sujet

semble se concentrer de manière implicite sur une population de jeunes femmes blanches assez fortunées et hétérosexuelles (Bordo, 2009). Bien que la présente recherche mette l'accent sur la personne et son expérience subjective du trouble alimentaire, il faut admettre qu'elle repose sur une recension des écrits qui fait peu de place à l'expérience des femmes de couleur, à celles s'identifiant à une sexualité LGBTQ, aux femmes âgées ou encore de statut économique restreint; femmes qui peuvent aussi développer des problèmes alimentaires. En somme, cette recherche se veut une tentative sensible et empathique d'ouvrir les possibilités d'intervention pour favoriser de meilleurs résultats auprès de cette population vulnérable.

En terminant, notons que des recherches approfondies avec participantes et reposant sur des outils standardisés seraient nécessaires afin de vérifier la validité de nos hypothèses théoriques. Enfin, il serait intéressant d'explorer les causes socioculturelles des troubles alimentaires en ciblant d'autres personnes qui en sont atteintes, telles qu'une population masculine ou aînée, ou encore s'identifiant à d'autres cultures et sous-cultures.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5^e ed.). Washington, DC: auteur.
- Arbel, R., Koren, D., Klein, E. et Latzer, Y. (2013). The neurocognitive basis of insight into illness in anorexia nervosa: A pilot metacognitive study. *Psychiatry Research*, 209(3), 604-610. doi:10.1016/j.psychres.2013.01.009
- Association des art-thérapeutes du Québec. (2005). *Code or Ethics of Art Therapists*. Récupéré du <http://www.aatq.org/resources/documents/CodeEthicsE.pdf>
- American Art Therapy Association. (2013). *Ethical principles for art therapist*. Récupéré du <http://www.arttherapy.org/upload/ethicalprinciples.pdf>
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364. doi:10.1037/0033-295X.88.4.354
- Bordo, S. (2009). Not just 'a white girl's thing': The changing face of food and body image problems. Dans H. Malson, M. Burns, H. Malson, M. Burns (dir.), *Critical feminist approaches to eating dis/orders* (p. 46-59). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bruch, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *The American Journal of Psychoanalysis*, 40(2), 169-172. doi:10.1007/BF01254810
- Burt, H. (2012). Women, art therapy and feminist theories of development. Dans S. Hogan (dir.), *Revisiting feminist approaches to art therapy* (p. 74-90). New York, NY : Berghahn Books.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York, NY : Routledge.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of 'sex'*. New York, NY : Routledge.
- Butryn, R. (2014). Art therapy and eating disorders: Integrating feminist poststructuralist perspectives. *The Arts in Psychotherapy*, 41(3), 278-286. doi:10.1016/j.aip.2014.04.004
- Carr, E. R., Green, B. et Ponce, A. N. (2015). Women and the experience of serious mental illness and sexual objectification: Multicultural feminist theoretical frameworks and therapy recommendations. *Women & Therapy*, 38(1-2), 53-76. doi:10.1080/02703149.2014.978216

- Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. W., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C. A., & ... Joyce, P. R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 647-654. doi:10.1002/eat.20879
- Chen, E. Y. et Safer, D. L. (2010). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder. dans C. M. Grilo, J. E. Mitchell, C. M. Grilo, J. E. Mitchell (dir.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (p. 294-316). New York, NY: Guilford Press.
- Clark Mane, R. L. (2012). Transmuting grammars of whiteness in third-wave feminism: Interrogating postrace histories, postmodern abstraction, and the proliferation of difference in third-wave texts. *Signs*, 38(1), 71-98. doi:10.1086/665810
- Clinton, D. (2006). Affect regulation, object relations and the central symptoms of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 203-211. doi:10.1002/erv.710
- Conseil du statut de la femme (2002). *Des nouvelles d'elles. Les jeunes femmes du Québec*. Récupéré du http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB02802FR_jeunes2002H00F00.pdf
- Couture, M. (2015). *Normes bibliographiques, Adaptation française des normes de l'APA*. Télé-Université du Québec. Récupéré du http://benhur.teluq.quebec.ca/~mcouture/apa/normes_apa_francais.pdf
- Curtis, S. L. (2013). On gender and the creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 40(4), 371-372. doi:10.1016/j.aip.2013.05.014
- Cusset, F. (2003) *French theory: Foucault, Derrida, Deleuze, & cie et les mutations de la vie intellectuelle aux États-Unis*. Paris, FR: La Découverte.
- Dancyer I.F. et Fornari, V.M (dir.). *Evidence based treatments for eating disorders: Children, adolescents and adults*. New York, NY : Nova Science Publishers, Inc.
- Derrida, J. (2003). *Psyché. Invention de l'autre II*. Paris, FR: Galilée.
- Descarries, C. (1998). Le projet féministe à l'aube du XXIe siècle: un projet de libération et de solidarité qui fait toujours sens. *Cahiers de recherche sociologique*, 30, 179-210. Montréal, QC: Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Ellis, M. L. (1989). Women: The mirage of the perfect image. *The Arts in Psychotherapy*, 16(4), 263-276. doi:10.1016/0197-4556(89)90049-X

- Engel, S. G., Wadeson, A., Lystad, C. M., Simonich, H. K. et Wonderlich, S. A. (2009). Emotion, eating disorders, and integrative cognitive-affective therapy. Dans I.F Dancyger et V.M. Fornari (dir.), *Evidence based treatments for eating disorders: Children, adolescents and adults* (p.307-329). New York, NY: Nova Sciences Publishers, Inc.
- Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B. et Gordon, K. H. (2013). The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: Evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 709-719. doi:10.1037/a0034010
- Fabre-Lewin, M. (2012). Liberation and the art of embodiment. Dans S. Hogan (dir.), *Revisiting feminist approaches to art therapy* (p. 140-149). New-York, NY: Berghahn Books.
- Federici, A. et Kaplan, A.S. (2009). Overview of the biopsychosocial risk factors underlying anorexia nervosa. Dans I.F Dancyger et V.M. Fornari (dir.), *Evidence based treatments for eating disorders : Children, adolescents and adults* (p.1-18). New York, NY: Nova Sciences Publishers, Inc.
- Fichter, M. M., Doerr, P., Pirke, K. M. et Lund, R. (1982). Behavior, attitude, nutrition and endocrinology in anorexia nervosa: A longitudinal study in 24 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 66*(6), 429-444. doi:10.1111/j.1600-0447.1982.tb04500.x
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. et Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(2), 87-100. doi:10.1002/eat.20215
- Fox, J. E. et Diab, P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An interpretative phenomenological analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology, 20*(1), 27-36. doi:10.1177/1359105313497526
- Fraser, M. W., Richman, J. M., Galinsky, M. J. et Day, S. H. (2009). *Intervention research: Developing social programs*. New York, NY: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. et Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly, 21*(2), 173-206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

- Frisch, M. J., Franko, D. L. et Herzog, D. B. (2006). Arts-based therapies in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 14(2), 131-142. doi:10.1080/10640260500403857
- Gauthier, B. (2009). Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données (5th ed.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, C., Hassler, C., Mattar, L., Launay, J., Callebert, J., Steiger, H., ...Godart, N. (2014). Symptoms of depression and anxiety in anorexia nervosa: Links with plasma tryptophan and serotonin metabolism. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 170-178. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.09.009
- Garner, D. M. et Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy And Research*, 6(2), 123-150. doi:10.1007/BF01183887
- Gavey, N. (2011). Feminist poststructuralism and discourse analysis revisited. *Psychology of Women Quarterly*, 35(1), 183-188. doi:10.1177/0361684310395916
- Gouvernement du Québec (2009). *Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*. Récupéré du http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Charte/Charte_8.5X11_CHIC.pdf
- Hahna, N. D. (2013). Towards an emancipatory practice: Incorporating feminist pedagogy in the creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 40(4), 436-440. doi:10.1016/j.aip.2013.05.002
- Hinz, L. D. (2006). *Drawing from within: Using art to treat eating disorders*. London, UK: Jessica Kingsley.
- Hinz, L.D. (2009). *Expressive therapies continuum, A framework for using art in therapy*. New York, NY: Routledge.
- Hoek, H. W. et van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi:10.1002/eat.10222
- Hogan, S. (2012a). Problems of identity: Deconstructing gender in art therapy. Dans S. Hogan (dir.), *Revisiting feminist approaches to art therapy* (p.13-38). New York, NY : Berghahn Books.
- Hogan, S (dir.). (2012b). *Revisiting feminist approaches to art therapy*. New York, NY : Berghahn Books.

- Hogan, S. (2013). Your body is a battleground: Art therapy with women. *The Arts in Psychotherapy*, 40(4), 415-419. doi:10.1016/j.aip.2013.05.003
- Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas. (2012). *Groupe de recherche du Programme des troubles de l'alimentation*. Récupéré du <http://www.douglas.qc.ca/section/groupe-de-recherche-du-programme-des-troubles-de-l-alimentation-234>
- Jones, D. M. (1985). Bulimia: A false self identity. *Clinical Social Work Journal*, 13(4), 305-316. doi:10.1007/BF00755366
- Joyce, S. (2012). Feminism in flux, Embracing postmodernism in feminism. Dans S. Hogan (dir.), *Revisiting feminist approaches to art therapy* (p. 50-73). New York, NY: Berghahn Books.
- Kaye, W. H. (1985). Eating disorders: Too little or too much. *Biological Psychiatry*, 20(3), 233-234. doi:10.1016/0006-3223(85)90052-6
- Kinsaul, J. E., Curtin, L., Bazzini, D. et Martz, D. (2014). Empowerment, feminism, and self-efficacy: Relationships to body image and disordered eating. *Body Image*, 11(1), 63-67. doi:10.1016/j.bodyim.2013.08.001
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T. et Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 381-388.
- Leclerc, J. (2012). When the image strikes: Post-modern thinking and epistemology in art therapy. In H. Burt (dir.), *Art therapy and post modernism: Current trends and new research* (p. 367-378). London, UK : Jessica Kingsley.
- LeVasseur, J. J. (2003). The problem of bracketing in phenomenology. *Qualitative Health Research*, 13(3), 408-420. doi: 10.1177/1049732302250337.
- Levens, M. (1990). Borderline aspects in eating disorders: Art therapy's contribution. *Group Analysis*, 23(3), 277-284. doi:10.1177/0533316490233008
- Lock, J. et Fitzpatrick, K.K. (2009). Evidenced-based approaches to family-based treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Dans I.F Dancyger et V.M. Fornari (dir.),

- Evidence based treatments for eating disorders: Children, adolescents and adults* (p.291-306). New York, NY: Nova Sciences Publishers, Inc.
- Lopez, C., Stahl, D. et Tchanturia, K. (2010). Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Annals of General Psychiatry*, 9(40), doi:10.1186/1744-859X-9-40
- Luzzatto, P. (1994). Anorexia nervosa and art therapy: The 'double trap' of the anorexic patient. *The Arts in Psychotherapy*, 21(2), 139-143. doi:10.1016/0197-4556(94)90020-5
- MacDonald, D. E. (2011). Impossible bodies, invisible battles: Feminist perspectives on the psychological research on and treatment of eating disorders in queer women. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: The Quarterly Journal of Community & Clinical Practice*, 23(4), 452-464. doi:10.1080/10538720.2011.611100
- Mahony, J. et Waller, D. (dir.) (1999). *Treatment of addiction: Current issues for arts therapies*. New York, NY: Routledge.
- Marro, C. (2002). Évaluation de la féminité, de la masculinité, et auto-attribution des qualificatifs féminin et masculin: Quelle relation? *Orientation Scolaire et Professionnelle*, 31(4), 545-563.
- Martin, R. (2012). Looking and reflecting: Returning the gaze, re-enacting memories and imagining the futur through re-enactement photography. Dans S. Hogan (dir.), *Revisiting feminist approaches to art therapy* (p. 112-139). New York, NY: Berghahn Books.
- Mensah, M. et Bernier, M. (2005). *Repérage et mise en commun des savoirs sur la 3^e vague du féminisme, Document synthèse*. Montréal, QC: Institut de Recherche et d'Études Féministes de l'UQAM, Université du Québec à Montréal.
- Mountjoy, R. L., Farhall, J. F. et Rossell, S. L. (2014). A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 507-512. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.073
- Mulvez, L. (1975). Visual pleasure and narrative cinema. *Screen*, 16(3), 6-18. doi:10.1093/screen/16.3.6.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z. et Fairbun, G. (2009). Interpersonal psychotherapy (ITP) for eating disorders. Dans I.F Dancyger et V.M. Fornari (dir.), *Evidence based treatments for eating disorders: Children, adolescents and adults* (p.257-274). New York, NY: Nova Sciences Publishers, Inc.

- Murray, S. B., Anderson, L. K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S. et Kaye, W. H. (2015). Integrating family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: Preliminary outcomes of an open pilot trial. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 23(4), 336-344. doi:10.1080/10640266.2015.1044345
- Myers, T. A. et Crowther, J. H. (2007). Sociocultural pressures, thin-ideal internalization, self-objectification, and body dissatisfaction: Could feminist beliefs be a moderating factor?. *Body Image*, 4(3), 296-308. doi:10.1016/j.bodyim.2007.04.001
- Nathans, J. et Fleming, M. (1981). Symbols of separation and individuation: An object relations approach. *The Arts in Psychotherapy*, 8(1), 25-36. doi:10.1016/0197-4556(81)90016-2
- Office québécois de la langue française (2003). Fiche terminologique, Autonomisation. *Le grand dictionnaire terminologique*. Récupéré du http://granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948
- Pennesi, J. et Wade, T. D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?. *Clinical Psychology Review*, 43, 175-192. doi:10.1016/j.cpr.2015.12.004
- Peterson, R. D., Grippo, K. P. et Tantleff-Dunn, S. (2008). Empowerment and powerlessness: A closer look at the relationship between feminism, body image and eating disturbance. *Sex Roles*, 58(9-10), 639-648. doi:10.1007/s11199-007-9377-z
- Pike, K.M. et Yamano, M. (2009). Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. Dans I.F Dancyger et V.M. Fornari (dir.), *Evidence based treatments for eating disorders: Children, adolescents and adults* (p.187-205). New York, NY: Nova Sciences Publishers, Inc.
- Piran, N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 18(3), 183-198. doi:10.1080/10640261003719435
- Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 30(3), 137-149. doi:10.1016/S0197-4556(03)00049-2

- Rehavia-Hanauer, D. (2012). Habitus and social control, Feminist art therapy and the critical analysis of visual representations. Dans S. Hogan (dir.), *Revisiting feminist approaches to art therapy* (p. 91-98). New York, NY: Berghahn Books.
- Rhind, C., Mandy, W., Treasure, J. et Tchanturia, K. (2014). An exploratory study of evoked facial affect in adolescent females with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 711-715. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.057
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L. et Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047. doi:10.1176/ps.48.8.1042
- Rothman, J. et Thomas, E.J. (1994). *Intervention research, Design and development for human service*. New York, NY: Routledge.
- Rubin, L. R., Nemeroff, C. J. et Russo, N. F. (2004). Exploring Feminist Women's Body Consciousness. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 27-37. doi:10.1111/j.1471-6402.2004.00120.x
- Rust, M.J. (1995). Bringin « the man »into he room : Art therapy groupwork with women with compulsive eating problems. Dans D. Dokter (dir.), *Art therapies and clients with eating disorders* (p.48-59). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Schaverien, J. (1994). The transactional object: Art psychotherapy in the treatment of anorexia. *British Journal of Psychotherapy*, 11(1), 46-61. doi:10.1111/j.1752-0118.1994.tb00701.x
- Secrétariat à la condition féminine (2014). *Chartre québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée (CHIC)*. Récupéré du <http://www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=363>
- Slade, P. D. et Russell, G. F. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3(2), 188-199. doi:10.1017/S0033291700048510
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C. et Lacey, J. H. (2014). Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(3), 233-243. doi:10.1080/10640266.2013.867742

- Statistique Canada. (2013, May 13). Partie 1, Anorexie mentale. *Section D, Troubles des conduites alimentaires*. Récupéré du <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/2012004/sections/sectiond-fra.htm>
- Steiner-Adair, C., Sjostrom, L., Franko, D. L., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. E. et Herzog, D. B. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 401-411. doi:10.1002/eat.10089
- Steinhausen, H. et Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09040582
- St-Hilaire, A., Steiger, H., Liu, A., Laplante, D. P., Thaler, L., Magill, T. et King, S. (2015). A prospective study of effects of prenatal maternal stress on later eating-disorder manifestations in affected offspring: Preliminary indications based on the project Ice Storm cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 512-516. doi:10.1002/eat.22391
- Stice, E. et Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993. doi:10.1016/S0022-3999(02)00488-9
- Strober, M., Peris, T. et Steiger, H. (2014). The plasticity of development: How knowledge of epigenetics may advance understanding of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 696-704. doi:10.1002/eat.22322
- Sudres, J. (2012). Anorexie et art-thérapie: Éléments pour une pratique. *Psychothérapies*, 32(2), 73-83. doi:10.3917/psys.122.0073
- Tasca, G. A., Ritchie, K. et Balfour, L. (2011). Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 249-259. doi:10.1037/a0022423
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., ...Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *Plos ONE*, 7(1), doi:10.1371/journal.pone.0028331

- Tortorella, A., Fabrazzo, M., Monteleone, A. M., Steardo, L. et Monteleone, P. (2014). The role of drug therapies in the treatment of anorexia and bulimia nervosa: A review of the literature. *Journal of Psychopathology / Giornale di Psicopatologia*, 20(1), 50-65.
- Weedon, C. (1997). *Feminist practice and post-structuralist theory*, 2^e ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Weider, S., Indredavik, M. S., Lydersen, S. et Hestad, K. (2015). Neuropsychological function in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 397-405. doi:10.1002/eat.22283
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis*, 3489-97.
- Winnicott, D.W. (1960). Ego distribution in terms of true and false self. In *Maturational processes and facilitating environment* (p. 140-152). New York, NY: International Universities Press.
- Wisniewski, L., Bhatnagar, K. et Warren, M. (2009). Using dialectical behavioral therapy for the treatment of eating disorders: A model for DBT enhanced CBT. Dans I.F Dancyger et V.M. Fornari (dir.), *Evidence based treatments for eating disorders: Children, adolescents and adults* (p.275-290). New York, NY: Nova Sciences Publishers, Inc.
- Wolf, J. M., Willmuth, M. E. et Watkins, A. (1986). Art therapy's role in treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Art Therapy*, 25(2), 39-46.
- Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 813-828. doi:10.1097/00004583-198911000-00001
- Zachrisson, H. D. et Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97-106. doi:10.1002/erv.999
- Zack, N. (2005). *Inclusive Feminism: A third wave of women's commonality*. Oxford, UK: Rowman& Littlefield Publishers, Inc.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. doi:10.1007/BF02506983