

Toute information de source internet doit être vérifiée et relativisée. Ce texte n'est n'a de valeur qu'à travers la recherche, l'appropriation et la prise de distance personnelle, par rapport à la véracité des propos.

Article juin 2005

Pour l'autonomie du sujet, la réappropriation de son corps est une des étapes indispensables.

Sur le thème de l'anorexie

Être à l'écoute de notre rythme et de nos besoins, une posture d'accueil qui nécessite de savoir s'adapter pour être en position d'ouverture et de disponibilité. En pleine conscience que les résultats d'un travail engagé est difficilement mesurables, ou rien n'est acquis. Ainsi, la réflexion et l'action sont permanentes et évolues avec le mouvement.

Parce que je travaille au quotidien sur le corps, mon constat est le suivant : dans le rapport à soi, la nutrition est une étape primordiale. J'ai donc choisi d'orienter cet écrit sur les troubles du comportement alimentaire, en particulier l'anorexie. Impossible de parler d'anorexie sans aborder le corps

La culture et le corps : sa place dans la société

L'art culinaire français fait partie de notre culture. Festoyer, partager le pain, dîner à la bonne franquette, autant de moyens de se sentir intégré, désiré et aimé.

La mémoire collective de la seconde guerre mondiale nous rappelle l'horreur des camps, des images bouleversantes d'hommes squelettiques, non alimentés. Il y a la même cruauté, un même sentiment de culpabilité face à l'image d'un peuple décimé par la famine. Quand l'homme est privé d'aliment, il

se rapproche de la mort. Alors que certains jeunes dans le monde sont affamés, d'autres refusent de manger, sont anorexiques.

Au 21^{ème} siècle le corps est choyé, exhibé, adulé comme jamais auparavant. Chirurgie esthétique, plastique, le corps est de mieux en mieux réparé, il est relooké, perfectionné, performant. De plus, de la naissance et tout au long de sa vie, l'homme moderne est ausculté, mieux alimenté et mieux soigné, il est pris en charge, accompagné, guidé ou assisté par des systèmes sociétaux.

Nos repères et nos modes de consommation ont énormément changé ; le produit a pris une place importante dans nos placards. La prise de médicament, de potion, de pastille, est en relation avec une attente miraculeuse, une attente magique liée au corps. Celui-ci vêtu, de parures innombrables, percé, tatoué ou scarifié sert de support à différentes formes d'expression devenues populaires.

Le corps véhiculé par les publicitaires propre aseptisé, sans poil, sans sécrétion, il doit sentir bon pour correspondre à la représentation idéale. La maigreur des mannequins est célébrée par tous les magazines de mode. Ce souci de la minceur, source de grande souffrance et de dérive, place tout à chacun dans un espoir de « *toucher au bonheur, mais toujours matérialisé par une distance de quelques kilos, de quelques rides, de quelques performances.* Ce corps rêvé et célébré, laisse le rêveur dans un combat face à lui-même, mais en relation de solidarité avec la masse collective. « *Succomber à la quête absolue du corps parfait, supposerait bien plus de 24 heures par jour pour un résultat dont le bénéfice resterait à démontrer* » (*Pensez le corps Maria MICHELA*).

Médiatisées et entretenues par la société, les normes de beauté et de santé s'imposent comme un modèle à suivre. Ne pas réussir à intégrer ou à s'imprégner de ce conformisme, développe et fait ressentir culpabilité, désespoir, honte et rejet.

L'anorexie un problème lié à l'enfance : de la naissance à l'enfance

Dans un couple, l'arrivée d'un enfant forme une nouvelle cellule familiale. Les nouveaux parents découvrent l'attention et la vigilance, ils apportent dans l'idéal au bébé la tendresse et le confort nécessaires à son épanouissement. Le couple parental met en place un cadre sécurisant et contenant qui répond au choc psychologique et physique de la naissance. Cette étape est importante pour tout le monde, et surtout déterminante dans le rapport mère enfant, car il y a séparation des corps, après une fusion de neuf mois.

Chaque individu va faire face à cette parenté à sa façon. Ainsi, certains parents ne seront pas suffisamment présents et rassurants aux cotés du bébé. Ils peuvent être désarmés et perdre rapidement le fil, le contact, le lien qui les relie à leur enfant. Ces difficultés relationnelles tissent dès le départ nœuds, ruptures, ou cassure dans la cellule familiale.

Il est possible parfois de voir certains stigmates physiques ou psychiques chez l'enfant. Ceux-ci peuvent être liés à une carence affective précoce. Comme si le corps marquait rapidement la (non) transmission de certains éléments de l'histoire familiale.

Notre corps imprégné de nos racines, de notre histoire, évolue au fil de notre vie suivant les étapes, les expériences positives et négatives de notre parcours. Il est en quelque sorte notre identité palpable, notre empreinte. Ce corps est à la fois autonome, individuel, et en interdépendance avec les autres Hommes. C'est un compagnon de route, il nous fournit par alchimie entre les sens et la matière, plaisir et souffrance. Recevoir, donner, partager, communiquer, faire le lien, c'est notre corps qui nous relie avec les autres. Il a une fonction de représentation : il nous représente dans un espace donné, espace de cognition et une fonction d'expérimentation : le vécu, l'intériorisation et les réactions aux différentes situations.

Quand cette enveloppe corporelle est devenue essentiellement véhicule de souffrance, de traumatisme, sans plaisir ni apaisement possible, qu'il est marqué, travaillé, au point de ne plus être conforme aux représentations habituelles du corps, à nos attentes, nos désirs, celui-ci dérange. Alors si « lire un corps », nous fait constater souffrance et déchirement, si nos sensations retiennent notre attention, ouvrons-nous à la compassion.

Problématique de l'anorexie : une addiction

L'anorexie est une maladie grave mais qui se soigne. La personne anorexique vit dans un corps véhicule de souffrances et de traumatismes successifs. Un corps travaillé et marqué au point de ne plus pouvoir passer inaperçu. La vue de cette personne nous renvoie un sentiment de culpabilité, une présence trop visible, jugée hors norme. Ce corps normalement compagnon ou partenaire, devient alors un ennemi.

Faillie du schéma corporel, déformation de l'image de soi, corps anesthésié, le soin de l'anorexique passe par une reconstruction globale et précise sur le plan physico-psychique. Les prises en charge médicales actuelles prennent en compte la globalité de la personne ; les soins s'imposent sur un mode pluridisciplinaire.

L'anorexie : « *Le refus de toute dépendance conduit à une addiction.* »

La notion d'addiction selon Goodman (1990) : « *Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* ».

Trois niveaux de consommations sont différenciés

- **L'usage simple** : il se caractérise par une consommation ponctuelle, socialement réglée, elle est nommée récréative. Cette consommation n'entraîne pas de complications ; toutefois l'usage simple reste une consommation à risque pour la conduite automobile, le travail et la manipulation d'engin.
- **L'usage nocif** est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatique, psychoaffectif, social, économique et culturel.
- **La dépendance** est une impossibilité de s'abstenir de consommer, entraînant une dépendance physique ou psychique.

L'anorexie mentale est un « trouble de la conduite alimentaire caractérisé par un refus plus ou moins systématisé de s'alimenter, intervenant comme mode de réponse à des conflits psychiques..

La cause exacte de l'anorexie mentale est inconnue ; toutefois le modèle bios psychosocial de l'étiopathogénie est largement accepté. L'anorexie concerne les filles dans 90 % des cas. En effet un garçon sur 10 malades est anorexique, portant pour certains à penser qu'il existe un problème sous-jacent d'identification sexuelle. Les filles ont une relation de corps « contenant », identique à celui de leur mère, un même moule, une même matrice qui rend plus difficile l'individuation. C'est pourquoi j'ai fait le choix, dans ce texte, de parler de l'anorexie au féminin.

L'anorexie mentale se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans, malgré des cas de fille anorexique pré-pubère. C'est une pathologie du lien ; la personne est dans une impossibilité de séparation / individuation avec l'entourage proche. L'expression de son mal-être psychoaffectif se manifeste par des troubles du comportement alimentaire, marquant et démarquant ainsi le corps qui devient support de la maladie, ce corps qui permet la relation au monde depuis la naissance.

De façon générale, les jeunes anorexiques ont des difficultés relationnelles avec les autres personnes. Les relations intrafamiliales, surtout avec les parents, semblent plus difficiles à vivre que la maladie elle-même. De plus, ces jeunes filles traduisent difficilement leurs émotions face au monde extérieur ; très introverties, elles gardent une grande maîtrise apparente des sensations.

Enjeu de poids

Le terme « anorexie » est issu du grec, il signifie « perte de l'appétit ». Ce terme apparaît comme inapproprié car il n'y a pas de perte de l'appétit chez l'anorexique. L'appétit est conservé, il est d'ailleurs omniprésent, mais il y a une lutte de tous les instants pour dominer la sensation de faim, pour la contrôler. Le sujet anorexique a une peur inconsidérée de grossir, alors que par opposition, son poids est la plupart du temps inférieur à la normale.

Anorexie ou boulimie : une même maladie

Anorexie ou boulimie, c'est le même combat. Il n'est pas possible de parler d'anorexie sans parler de boulimie. Ces troubles du comportement alimentaire peuvent être envisagés comme une seule et même maladie liée à la dépendance, mais avec des formes d'expressions différentes. L'anorexique a envie de manger, une crise peut apparaître à n'importe quel moment, elle peut durer plusieurs heures, passant du mode de l'ingestion d'une quantité démesurée de nourriture, au mode de purge comme conduite d'annulation,

puis redémarrer un nouveau cycle. Il est possible de considérer les anorexiques comme des boulimiques obsédées par la nourriture. De façon obsessionnelle l'aliment est présent dans leur vie.

Il existe deux types d'anorexie

- **Type restrictif** : anorexie mentale où le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.
- **Type avec crises de boulimie/vomissements** : anorexie mentale où le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

Un comportement

La surconsommation d'aliments nous montre des dérapages dans le système d'autocontrôle de la personne. Les caractéristiques de la crise boulimique, en particulier, illustrent bien ce phénomène :

- Temps passé à manger très court
- ingestion d'une quantité importante d'aliments
- aliments non choisis, ingérés sans plaisir, ni faim, ni rassasiement
- crise suivie de vomissements
- dégoût de soi
- sentiment de perte de contrôle.

Des critères spécifiques de classement DSM4 sont relatifs à l'anorexie mentale (source Internet): selon l'association Américaine DSM4 (diagnostic and statistical manuel of mental disorder), il existe plusieurs critères permettant le classement d'une anorexie :

A : refus de maintenir le poids corporel au dessus de la normale minimale (moins de 85 % pour l'âge et la taille)

B : peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, malgré une insuffisance pondérale

C : perturbation dans la manière dont le poids corporel, la forme ou la silhouette est perçue

D : influence exagérée du poids corporel ou de la silhouette sur l'estime de soi

E : aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs chez les femmes menstruées (aménorrhée secondaire)

L'anorexie est une toxicomanie

Considérer l'anorexie mentale comme une toxicomanie permet de prendre en compte le besoin irrépressible de la poursuite de la conduite, malgré la connaissance des conséquences somatiques catastrophiques : bradycardie, hypotension artérielle, insuffisance endocrinienne, décalcifications importantes parfois irréversibles.

C'est également tenir compte de la possibilité de rechute dans un parcours de guérison long et difficile, et des besoins de la personne, en lui assurant la régularité d'attention et la bienveillance.

Comme dans tous les comportements addictifs, le plaisir sous-jacent n'est accessible que par ces conduites. Comme pour l'alcoolique ou le toxicomane,

le besoin de l'autre est déplacé vers le produit. Il est d'ailleurs possible de parler d'orgasme anorexique, dû à la sécrétion importante d'endorphine, consécutive à la non alimentation. Les effets du jeûne ou de la suralimentation passent par le système de récompense, procurent euphorie et toxicomanie endogène.

De même que pour le toxicomane, une poly-addiction est possible. Certains médicaments sont très recherchés par les anorexiques : coupe faim ou purge médicamenteuse. L'alcool peut jouer également un rôle important...

« Plus on est attiré par ou vers la spiritualité, plus l'animalité qui est en soi est compromettante ». Il existe une notion d'ordalie chez le toxicomane ou l'anorexique. Recherche d'une relation avec Dieu, quête spirituelle, ascétisme, la jeune fille est attirée par le divin, ce qui rend plus difficile sa relation à la terre, au solide, ses ancrages sont donc très fragiles.

Un déclencheur possible

Une anorexie démarre souvent par un régime alimentaire. La jeune fille commence par supprimer la viande, les graisses, augmentant les restrictions au fil des mois. La décision de ce régime est vécue comme consécutive à des remarques verbales de l'entourage. Refuser la nourriture permet aussi de marquer une opposition avec ses parents, d'exprimer des difficultés intrafamiliales. Cette expression d'opposition est à la fois sur un mode de toute puissance et une incapacité à être indépendante.

Les modifications pubertaires sont inconsciemment refusées. Le régime interrompt le développement physique qui est devenu source de mal-être, alors qu'il est présenté comme objectif de perte de poids. Le manque de confiance en soi ne permet pas d'assumer les conséquences psychologiques du changement physique, dans la période de l'adolescence. *« j'ai honte, je me*

vois comme un monstre, je veux changer de corps, changer ma personnalité pour que les gens me remarquent... ».

Une image pathologique du corps

L'image de soi constituée par le cerveau, influence notre vie ; comme une photo qui, à partir d'éléments précis et visibles, se forme, en relation directe avec la sensation et l'émotion. L'image de soi propose une façon de se voir qui induit une façon de penser, avec l'idée que l'autre nous voit de cette même façon. L'image de soi est influencée par l'environnement familial, amical, professionnel... La conscience que l'on a de sa propre image est obligatoirement incomplète et partielle. En effet, celle-ci ne prend pas en compte la partie inconsciente de notre représentation.

Il est possible de modifier l'image de soi, par un travail psychomoteur (entre autre approche), par exemple en demandant au patient de se dessiner ou de se décrire, matérialisant ainsi un support de discussion. Notre schéma corporel est une représentation consciente et inconsciente de notre corps physique, comme matière vivante. Cette conscience nous fait ressentir les mouvements exécutés et nous met en contact, en relation avec le monde environnant. Ce schéma passe par la toile proprioceptive tissulaire du corps qui nous informe sur notre position dans l'espace, sur notre posture relative à cet espace, sur la délimitation de nos segments.

« Le schéma corporel est une réalité de fait » Françoise Dolto. Nos expériences de la réalité physique viennent développer le potentiel de réponse physique et émotionnel. *« Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus »*, il semble que l'image du corps se construise et se structure en fonction de l'histoire personnelle de chaque individu.

Le nouveau né se confond avec l'environnement proche, s'identifiant aux objets et parallèlement à sa mère. C'est grâce aux contacts physiques avec

sa mère qu'il découvre et révèle son propre corps ; sans ces échanges multiformes, les performances du bébé s'effondrent. L'enfant se découvre et s'identifie par le corps de l'autre. J.Lacan souligne ce point lorsqu'il montre l'importance du stade du miroir dans la constitution du moi. Étape de séparation / individuation dans laquelle le « je » existentiel vient prendre sa place.

La jeune anorexique a une image d'elle-même dévalorisée et déformée. Quant elle évoque son corps digestif, elle parle d'un tube entre la bouche et l'anus.

La cognition est l'ensemble des opérations mentales qui servent à traiter les informations venant de l'environnement. à travers la sensation (sens), la perception et l'analyse des stimuli et la mise en mémoire, étape de conceptualisation (encodage). Il existe un probable déficit cognitif chez l'anorexique.

Une société culpabilisante

Le pourcentage de malades anorexiques au fil de l'histoire ne semble pas augmenter, mais les modèles véhiculés par la société peuvent favoriser une augmentation de ces problématiques. En effet le culte du corps et de la performance sont devenus une priorité, il faut être capable de donner une image de sa personnalité positive et conforme aux critères de beauté définis implicitement par la mode ambiante. Les publicitaires, le cinéma, les médias en général nous proposent, voire nous imposent un modèle de corps idéal.

Les hommes doivent affirmer leur corps bodybuildés, synonyme de force positive, de droiture et de maîtrise. Les femmes doivent avoir le corps lisse, mince, taille mannequin, également synonyme de maîtrise de soi, celui-ci doit rester toujours jeune, sans temporalité, sans lourdeur ni imperfection. « *L'idéal contemporain est celui d'un corps tout à fait sec, compact, ferme,*

jeune, musclé : un corps protégé des signes du temps et où les processus intérieurs sont contrôlés par les régimes alimentaires, l'exercice physique et la chirurgie esthétique».

Cette société où il faut tout maîtriser induit aussi un mode de consommation d'activités, entraînant une hyperactivité. Celle-ci, très présente chez l'anorexique est utilisée comme conduite d'annulation, d'une part sur le plan physique avec la perte des calories ingérées, d'autre part sur le plan intellectuel avec un hyper investissement scolaire. L'hyperactivité est aussi une conséquence de la peur des espaces vides, de l'impossibilité de se poser : il faut remplir pour éviter l'angoisse. La jeune fille reste constamment sur une dynamique de suractivité, malgré l'évolution de sa maladie, persistant dans le déni de l'importance de sa maladie.

*« Nous cessons d'exister le jour où nous passons sous silence les choses qui comptent »*Maxime de Martin Luther King qui selon moi, révèle la gravité du déni.

Critères de prise en charge

L'indice de masse corporelle (BMI en anglais), est le rapport entre le poids et la taille. L'équation du $BMI = \text{poids corporel en kilogrammes} / \text{taille au carré}$. La fourchette du BMI se situe entre 18 et 25 ; au dessus, le poids est considéré comme excessif ; en dessous, comme faible avec des valeurs alarmantes en dessous de 14.

Bien que l'accueil des patientes ne se fasse généralement pas dans l'urgence, les cas d'hospitalisation semblent de plus en plus lourds au regard de certaines caractéristiques somatiques : un BMI très bas (11 à 13), un taux de potassium faible, un besoin de sonde gastrique.

Compte tenu de ces caractéristiques somatiques, les patientes sont adressées actuellement vers le service d'endocrinologie, car celui-ci est mieux équipé pour faire face aux complications aiguës, comme l'arythmie cardiaque, l'hypotension ou l'hypothermie.

Prise en charge thérapeutique de la patiente (dans les grandes lignes, en 2006)

Le travail clinique à l'hôpital auprès des patientes anorexiques est pluridisciplinaire, à la fois somatique, psychothérapeutique et environnemental. En effet, la prise en compte de toutes les dimensions de la maladie est importante afin de ne pas rester centré sur les symptômes. Les soignants intra et extrahospitaliers collaborent dans un souci de complémentarité et de cohérence, afin de répondre à un problème de santé précis (travail en réseau).

Par ailleurs, l'entrée en soin générant beaucoup d'anxiété au niveau de la famille, elle nécessite une prise en charge familiale, par des échanges entre le médecin et la famille. Après cette première période d'évaluation, différentes possibilités seront envisagées ; toutefois l'état psychosomatique du patient sera déterminant pour une éventuelle prise en charge en urgence.

Orientations possibles

- Hospitalisation à temps plein.
- Centre de soin ambulatoire en addictologie.
- Hospitalisation en endocrinologie.

L'hospitalisation à temps plein concerne surtout les gravités somatiques : les BMI inférieur à 13, le sevrage des vomissements, l'hyperactivité, les crises suicidaires, les dépressions sévères, les crises familiales aiguës.

Faire lien entre la patiente et les soignants

Le lien de confiance soignant/soigné est particulièrement important dans la prise en charge médicale d'une patiente anorexique ; elle découle toutefois de la motivation personnelle de la patiente et de la famille. C'est souvent suite à la menace d'une hospitalisation par le médecin traitant qu'il y a une mobilisation active de l'entourage proche. Les malades, en apparence plutôt sereines, sont elles-mêmes peu demandeuses de soin ; excepté parfois sur le plan médicamenteux pour gérer certaines souffrances psychiques et physiques. Bien que la sensation qu'elles ont de leur corps est anesthésiée, le mal-être corporel induit une souffrance physique.

Cette motivation pour le changement est indispensable pour progresser et mettre en œuvre le projet. C'est une des premières clés qui permettra la mise en place d'une alliance thérapeutique avec la patiente et sa famille sur laquelle repose la démarche de soin. Ce lien peut être entretenu, comme un fil d'Ariane autour duquel se tisse un renforcement permanent face aux épreuves et aux difficultés vécues dans les soins.

Une approche contractualisée

Une première proposition de contrat, avec un accueil sur une semaine d'observation, amorce le processus de motivation. Elle permet à la fois à l'équipe soignante et au patient, de s'engager sur une courte période, plus facile à accepter par les malades. Au cours de cette phase, chacun apprend à connaître l'autre et des objectifs de changement sont envisagés. La patiente est incluse dans un contrat de soin qui pose le cadre sécurisant et rassurant, il lui est imposé par l'équipe soignante, tout en étant mis en place avec elle. Par

la suite un accueil de trois semaines avec contrat, peut être envisagé, suivi d'un ou plusieurs contrats.

« Se priver d'un certain nombre de choses c'est la meilleure façon de se jeter dessus. »

Les suivis médicaux

Entretiens, bilans, accueil des familles, contrôles de poids : le plan de soin permet un accompagnement chez une patiente en détresse somato-psychique. Imposé à la patiente, il est effectué par toute l'équipe soignante sur une durée définie. Par ailleurs il existe une période intermédiaire avant d'accéder au contrat thérapeutique. Au cours de cette phase certaines modalités sont imposées, d'autres sont discutées avec la patiente :

- Bilan après une hospitalisation contractualisée,
- Reprise des repères alimentaires,
- Échange et réflexions avec les référents par rapport aux changements en cours.

Activités et groupe thérapeutique

Différentes activités sont mises en place, certaines sont obligatoires, d'autres sont simplement conseillées. L'obligation de participation à ces activités prend en compte les engagements de la patiente au moment de la rédaction des objectifs du contrat.

L'approche du corps comme outil thérapeutique

La place du corps dans une approche de soin

Rappel sur l'anorexie, dans le rapport au corps : une maladie comme l'anorexie, transforme le corps de telle façon qu'il révèle un problème grave. Devenu objet de l'addiction, le corps est en tension permanente, soumis à rude épreuve, il montre aux regards extérieurs les conflits intérieurs. La patiente n'« habite pas son corps ». Sa sensation serait une dualité « parallèle » entre le moi et l'autre : le corps ; « *il m'a fait comprendre, il n'en pouvait plus...* ». Elle parle de son corps à la troisième personne du singulier.

« *Le corps est un intermédiaire entre soi et le monde* ». Il communique aussi bien de façon réelle qu'imaginaire. L'expression corporelle peut être comprise comme un langage du corps articulé autour de symptômes, de lapsus, d'actes, de gestes, de mimiques. Le corps est maniéré, il s'exprime à travers les gestes et les mots de multiples façons.

Alors que notre corps est notre histoire, il est aussi d'une certaine façon notre mémoire. Il reçoit et transmet les informations, sa nature cognitive propre à chacun, nous permet de penser que toute tentative d'approche de la personne, quelle qu'elle soit, aura une répercussion dans son vécu corporel. Toute action sur le corps a une répercussions sur la pensée et inversement.

L'image du corps serait la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. Le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience, alors que l'image du corps se structure par la communication entre sujets.

« Le schéma corporel est inconscient, préconscient et conscient, il est évolutif dans le temps et l'espace ».

Les outils thérapeutiques proposés

Quels sont les outils utilisés en service hospitalier traitant l'anorexie, qui prennent en compte le corps ?

La relaxation

Le massage

Le repos et l'écoute de soi

La balnéothérapie

La sophrologie ...

Parole

Témoignages d'anciennes anorexiques

Témoignage de trois personnes anciennement anorexiques, toutes les trois âgées entre 40 ans et 50 ans. J'ai aussi rencontré la mère d'une jeune fille qui avait été anorexique à l'âge de 10 ans et hospitalisée 4 mois. Ces différents témoignages permettent de mieux comprendre les difficultés rencontrées dans cette maladie. Les différents échanges ont révélé certains aspects communs de leur ancienne problématique. Je vais donc évoquer essentiellement les similitudes exprimées au cours de ces rencontres :

l'angoisse, le manque d'amour de soi, l'interdiction du plaisir, les relations au corps compliquées.

Une peur omni présente

Les peurs avaient une place très importante pour chacune d'elles. A : *« si j'avais l'impression d'avoir changé physiquement, rien que de penser à la glace (miroir) j'angoissais »*. La prise de parole était synonyme de peur ; B : *« s'il fallait juste se lever devant tout le groupe, je me sentais tétanisée »*. Prendre la parole devant le regard des autres devenait quelque chose de très difficile.

C : *« je ne pouvais pas laisser les choses couler, l'angoisse m'en empêchait, il fallait que je maîtrise tout »*.

Lors des entretiens, j'ai eu l'impression qu'elles avaient gardé une part de ce besoin de maîtrise. B : *« mes plus grandes peurs c'était quand il fallait se retrouver devant un repas de famille, j'angoissais à l'avance, à vouloir me faire vomir avant pour compenser ce que j'allais prendre après »*.

Elles ont toutes gardé longtemps des difficultés de gestion alimentaire, de l'appréhension à ingérer certains aliments. De même encore maintenant, des tensions sont ressenties lors des achats alimentaires. C : *« je fais un vrai calcul : remplir ou laisser vide mon frigidaire, comme ça je ne suis pas tentée »*.

B : *« j'avais peur d'être aimée et peur de ne pas être aimée »*. Il y a une peur de l'inconnu, de ne pas être comprise, de se confronter à des refus, et surtout de ne pas être aimée.

Durant ces périodes d'anorexies les personnes ne s'aimaient pas ; elles avaient un regard sur elles mêmes très dur, très critique et dévalorisant. A : *« même si j'entendais dans mon entourage que je faisais quelque chose de bien*

et de difficile, je disais systématiquement le contraire ». Ces paroles, étaient en lien avec une image de soi négative, et un profond manque d'amour de soi. B : « *pour n'importe quel prétexte, je me disais pas belle et c'était comme si je ne voulais pas plaire* ». L'estime de soi était pour la plupart, très dépendante de la réussite : scolaire, sport ; comme si leur place, leur atout ne se situaient que dans ces domaines.

Le plaisir est aussi quelque chose de très difficile à vivre ; il est évoqué ainsi dans chacune des rencontres. B : « *je ne m'autorisais pas au plaisir, c'était comme si je ne le méritais pas, que je n'en avais pas le droit* ». Le plaisir reste longtemps un interdit, bien au-delà des problèmes d'anorexie, et ce quelque soit la situation et les histoires vécues sur le plan sentimentale.

La relation qu'elles avaient avec leur corps était compliquée ; celui-ci trop présent paraît ne pas leur appartenir ; alors que les vêtements, le maquillage ont paradoxalement une place importante. B : « *Je passais mes journées à me changer quand j'étais seule devant la glace, je mettais des vêtements très féminins* ». Alors que C dit : « *je m'habillais comme un sac, ce qu'il y avait de plus moche* ».

Les préoccupations alimentaires font la spécificité de l'anorexie mentale. Les repas sont sources de conflits avec la famille. A « *j'ai commencé par supprimer la viande et le beurre, ensuite je ne voulais plus manger de pain, et puis j'ai augmenté jusqu'à aller me faire vomir* ». Il est surprenant de voir que malgré l'amaigrissement, l'anorexique garde une place parfaitement adaptée dans son environnement, en apparence du moins.

De manière générale, il y avait un rapport de force avec la famille, avec le médecin traitant, qui perdure jusqu'à l'hospitalisation.

Les parents ressentent une culpabilité importante liée à la maladie de leur fille, un sentiment en relation avec l'impression de s'être longtemps voilé la face ; D (la mère) : *on ne voulait pas croire que c'en était rendu là, que c'était aussi grave* ». Cette prise de conscience ne se fait que face à la réalité de l'hospitalisation. D : *« nous étions incapables de bien la comprendre »*. Par contre il y a beaucoup d'espoir dès la prise en charge médicale. Le soulagement est ressenti dès les premiers pas vers une progression positive. Les parents se raccrochent avec confiance à l'équipe soignante, conscients et rassurés par les attitudes de non jugement.

D : *« la thérapie familiale nous a permis d'exprimer les non dits dans notre couple, et enfin ça fait du bien, ça amène une respiration »*. Pouvoir s'exprimer en présence d'un tiers, et à côté du père, enlève certaines peurs et relâche les tensions. Cette relation triangulaire prend une grande importance, elle devient la soupape qui permet d'être mieux au quotidien, d'être plus disponible.

Je leur ai demandé si, dans le cadre des soins, elles ont été plus sensibles à certains outils ou techniques. Le fait de recevoir des massages et faire de la relaxation, est ressorti positivement ; B : *« c'est le yoga qui m'a sauvé »*. J'ai trouvé intéressant que l'un des moteurs qui leur permet de reprendre pied, soit justement une approche de ce corps si douloureux au préalable. Avoir réussi à lâcher prise, accepter de le laisser s'exprimer dans la douceur, dans la détente, alors que ce corps était si maîtrisé, si contenu, si tendu.

Question posée : *« Comment une personne comme vous peut se reconstruire ? »* *« je ne sais pas, mais je sais que je ne dois pas me reconstruire mais me construire tout court car je n'ai jamais été quelqu'un. »*

Des entretiens qui font prendre conscience que pour travailler avec des malades anorexiques, il faut d'abord comprendre les bases et les repères que chacun a mis en place dans sa vie .

La réappropriation du corps pour une autonomie

Le patient nouvellement arrivé est dans un état d'épuisement, en souffrance physique et mentale. Face à sa maladie, il se positionne difficilement et sa réceptivité est limitée.

Certains outils et techniques qui pourraient être pertinents pour cheminer vers une réconciliation corporelle, cherchant en parallèle l'évolution et une progression pérenne. C'est pourquoi dans la pratique proposée, j'intègre la notion d'apprentissage (techniques et savoirs). Je fais le choix de présenter une approche individuelle qui viendrait en complément des ateliers collectifs, ceux-ci répondant à d'autres objectifs.

Apprivoiser le corps pour une autonomie

La première rencontre avec une patiente est primordiale. Le personnel soignant pose le cadre contenant, rassurant et chaleureux. Chaque personne est accueillie sans jugement ni préjugé, chacun est pris en compte dans sa différence. Dès lors, les soins sont proposés en réponse aux besoins de la personne et non d'une maladie. Cette approche me paraît essentielle pour choisir les outils pédagogiques et les supports pratiques de soins.

L'accueil

De même que pour toutes les séquences d'ateliers corporels, la phase d'accueil me paraît déterminante pour engager la suite du travail. Le thérapeute doit être capable d'orienter son travail en fonction de l'état

physique et mental du patient tel qu'il se présente devant lui. L'accueil est un moment décisif, qui doit se faire de manière individuelle.

Cette approche individuelle prend en compte l'historique, les aptitudes, les acquis, et la personnalité de chacun. En effet la relation que nous tissons au quotidien avec notre corps, et l'utilisation qui en est faite, est en lien direct avec nos émotions, nos verrouillages ou nos ouvertures, installés au fil de notre histoire. De même que face à une même situation vécue à différents moments, un même problème, une même maladie, chacun l'exprimera et y fera face à sa manière.

Un cadre d'accueil bien installé et réorganisé quotidiennement, prend en compte l'évolution et permet de proposer un travail adapté.

Dans chaque accueil il y a un bilan

La séance de travail doit passer par une phase de bilan support de la séance. Dans la question du bilan, il me paraît important de faire un tracer large mais précis, de l'état physique et émotionnel de la patiente. Ce bilan se fait à partir du moment présent, ni 5 minutes avant ni 5 minutes après. Au vu des évolutions individuelles, le bilan est comme une empreinte identitaire corporelle, offrant une photo, en lien avec le schéma corporel conscient et l'image de soi.

Ce travail d'observation des données se fait en binôme ; la communication entre le soignant et la patiente, est aussi une histoire de corps en relation. Le premier par une attitude d'empathie corporelle, comprend mieux la seconde ; pendant que celle-ci travaille sur sa conscience corporelle, en s'appropriant le cheminement du bilan effectué.

La patiente ajuste ses réponses au fil des séances et des informations. La mise en mots des sensations construit de façon consciente une image

proprioceptive liée au schéma corporel, que j'appelle : « construction du puzzle corporel ». Chaque réponse de stimulation physico-psychique provoque une sensation d'habiter son corps. Il est possible alors de toucher à l'organisation et d'entretenir ses bases cognitives.

Toutefois, la pratique a ses limites, en fonction des connaissances théoriques de la structure biologique et physiologique corporelle.

Mise en place des savoirs

il me semble important en parallèle, d'enrichir les connaissances théoriques de la patiente, de répondre à ses interrogations. L'acquisition de connaissances nouvelles peut permettre une meilleure compréhension de soi-même, c'est une transmission de savoir qui apporte des images claires, future partenaires d'une évolution. Des fiches personnalisées et réalisées au fil des apprentissages, prise de note personnelle (phénodescription) permettent de construire une passerelle pour communiquer avec le corps, mieux appréhender et accepter ce corps, comme par exemple les systèmes d'échanges organiques, aérodigestifs...

Ces apprentissages emmagasinés, répertoriés et classés, servent de banque de données sur le thème de : soi, son corps, sa sensation vécue. Les émotions nommées prennent alors d'autres couleurs.

Méthode de travail : valorisation de l'être pour une solidarité solidaire

La dysmorphophobie impose une image de soi déformée, incomplète, et négative. Il me semble important de valoriser comme une réussite, toute tentative de dialogue avec son corps. Approfondir ses connaissances permet d'évoluer, mais aussi d'entretenir une énergie positive.

Il me paraît important de faire émerger les acquis enfouis en chacun de nous, à partir d'un ancrage solide. Cette relation à la solidarité, se base sur la

complémentarité du bilan effectué, de la technique proposée, et des connaissances acquises au fil des séances. Chaque travail d'approche du corps, permet d'accéder à la profondeur. Recueillant au fil des introspections une masse d'informations, elles permettent la construction du « puzzle corporel », comme des petites pierres servant à l'édifice d'une identité corporelle.

Cette approche plurifocale, du corps a ses limites. En effet, c'est la patiente qui est moteur de son envie d'apprendre. Sans cette volonté, les enjeux et les orientations du travail peuvent la bloquer, car cela nécessite un lâcher prise. Cette approche deviendrait contrainte plutôt que soulagement, et la confronterait sûrement à une situation d'échec.

Présence et patience régulière

Un renforcement positif est long à mettre en place ; il est donc important d'être constant et patient avec le soigné. Le soignant doit faire attention à ses propres attentes, à ses envies de changement, pour ne pas impulser un rythme trop soutenu.

Chaque orientation de travail doit être simple. Il faut prendre en compte la mise en sommeil du tissu proprioceptif de l'anorexique. Les conditions particulières de chacune, empêche une approche en groupe efficiente : problème de consignes collectives. Il est plus difficile pour le thérapeute, de vérifier les acquisitions d'une séance.

La proprioception produit un flux constant d'informations sur le corps, permettant d'anticiper et de coordonner le mouvement.

Tisser les liens corporels, construire la sensation

Il me paraît également important d'éveiller l'interrelation des parties de notre corps. Cette notion basique, met en évidence les chaînes articulaires, les

relations de segments, dans la relation à l'espace. Chaque expérience ainsi vécue, déroule un fil d'Ariane, pour une relation intérieur / extérieur balisée. Cette démarche vise à consolider la relation à la terre. Le sol devient ainsi un support de consolidation pour l'enracinement et pour l'évolution de la marche. **Pour pouvoir évoluer dans l'espace avec aisance, les appuis : pieds, mains, regard, doivent être renforcés.** C'est pourquoi je propose de travailler sur la marche comme premier support.

La marche et le sol : un peu de technique, beaucoup d'écoute

Marcher, courir, sont des activités qui mettent en jeu l'intention d'avancer et de bouger une relation moteur de la vie. La variété de rythmes : lenteur, rapidité, et de présence : décidé, tête en l'air... permet d'ouvrir à différentes sensations. L'importance de bien marcher sur terre, ramène à la notion de rails, supports d'enracinement et de stabilité. La marche est un bon exercice pour prendre conscience de ses axes, tout en restant en relation à l'espace et à la terre.

Travailler au sol, par exemple sur un parquet qui est une matière dure, peut provoquer de la douleur. Parvenir à dépasser ses premières réactions permet d'accéder à des informations et des sensations corporelles variées. Pour cela il faut pouvoir se mettre dans la posture du petit enfant qui spontanément expérimente son environnement. Les pieds nus sont en contact direct avec la matière, de même le corps allongé doit pouvoir évoluer au sol. La perception osseuse permet de sentir la solidité interne.

Le sol devenu partenaire nous apporte force, équilibre, et souplesse. Toutefois, le travail de la patiente est limité par le regard qu'elle a d'elle-même, et par son manque d'assurance.

A partir du statique

La position statique, nous fournit également beaucoup d'informations. Il est possible de trouver du plaisir en variant régulièrement les positions. C'est pourquoi ce travail peut toucher en profondeur malgré le sentiment de ne pas faire grand chose.

Ces sensations sont en finesse et subtilité, il y a mouvement, même en position statique, ce qui fait découvrir des espaces souvent inexplorés. Il est possible dès lors de laisser faire, de lâcher prise, de se laisser guider par la curiosité de ces nouveaux espaces. Le regard que l'on porte sur soi peut prendre de la valeur et les attentes quant à ses capacités, sont plus accessibles.

Boris Cyrulnik, nous explique que *« la pédagogie de l'empathie sera possible en visitant le monde de l'autre, le monde social, culturel, religieux »*. Vivre dans le corps de l'autre n'est pas possible ; mais avec empathie, encouragement, et accompagnement, il est possible de le laisser se dévoiler à lui même et à l'autre. Comme une visite guidée, avec des repères communs entre la patiente et le thérapeute, le regard sur soi prend en compte la réalité de fait, la matière vivante, et le mouvement.

S'ouvrir au plaisir , pour une émergence du désir

Proposer un travail corporel, n'est pas forcément synonyme de plaisir. Mais sans ce dernier, il est plus difficile d'impulser un changement. Il n'est donc pas possible de passer à côté de la notion de plaisir, de joie et d'envie.

La joie de vivre, l'envie de découvrir, le partage, le faire, tout passe par le plaisir ; ce qui renvoie à la notion du système de récompense. Effectuer une tâche plus technique, plus rébarbative, sera mieux accepté si le plaisir ou la satisfaction en découlent. Le corps a sa propre intelligence, c'est lui qui nous transmet les informations qui sont source de plaisir. La mémoire de ces moments agréables nous invite à les revivre. C'est pourquoi il faut décoder et bien comprendre les informations afin de les capter et les éveiller.

Pas de vie sans désir, pas de vie sans plaisir, cette interdépendance est alimentée par la sensation et l'action. Je pense qu'il est possible de développer l'amour de soi grâce à cette boucle interdépendante, désirer c'est vivre, c'est se sentir comblé et trouver sa propre résonance.

Du plaisir vers un sentiment de liberté

Montaigne nous explique qu'il faut, pour se sentir soulagé, être en relation avec la nature. Sans mouvement, pas de vie ; renouer avec sa nature laisse la place pour la spontanéité. Il est possible d'apprendre à l'exprimer à travers le mouvement, de laisser parler la spontanéité des gestes, de laisser venir ce que j'appelle le mouvement libre.

L'homme est fait pour communiquer, pour s'exprimer et pour créer. Mais sa liberté dans les modes d'expression est limitée par les codes sociaux. Toutefois plusieurs disciplines artistiques permettent de mettre en jeu la création, comme la danse met en jeu le corps et valorise chaque impulsion.

Dans le cadre du travail proposé, l'expression de soi à travers le corps passe par le mouvement libre. Ainsi le travail en binôme thérapeute / patiente, à

partir de la relation de confiance et des exercices réalisés, met en place un espace pour expérimenter le mouvement libre, spontané.

Toutefois la pratique du mouvement libre nécessite un long apprentissage.

Tout d'abord, pour rappel, l'objectif essentiel de cette approche est de favoriser l'autonomie de la patiente anorexique. Il me paraît indispensable d'avoir une lecture relative de cet écrit, ce n'est pas un support de travail qui rentre dans le cadre d'un suivi post hospitalier.

Les personnes anorexiques sont diminuées physiquement, portant les symptômes d'une longue période sans prise en charge : perte d'équilibre, solidité affaiblie, corps fermé, sans souplesse...

L'importance de l'accueil de ces personnes se vérifie dans ces différentes responsabilités professionnelles, ce qui nécessite des capacités d'adaptation pour être en position d'ouverture et de disponibilité. Il est indispensable d'être à l'écoute du rythme et des besoins propres à chacun ; comme de comprendre les bases et les repères que chacun a mis en place dans sa vie. Cela nécessite d'être dans une situation de professionnel pour travailler avec ce public.

Réussir à lâcher prise, accepter de laisser le corps s'exprimer dans la douceur, dans la détente, est d'autant plus valorisant et moteur, que ce corps était maîtrisé, contenu, tendu. Aussi ce lâché prise doit être accueilli et accompagné par des personnes aux compétences reconnues.

Pour approcher une réconciliation corporelle, il faut pour le thérapeute, être disponible, patient et surtout que la patiente soit moteur de son changement, ce qui est plus difficile dans une demande d'urgence de traitement des symptômes. Ce qui implique un profond respect du rythme d'évolution de chacun.

C'est dans cet esprit qu'une approche plus individualisée dans les séances thérapeutiques corporelles, favoriserait, d'après moi, l'appropriation d'outils par les patientes.

Ces objectifs concourent, en même temps que les autres prises en charge hospitalières, au cheminement vers l'autonomie. Tout comme un entretien psychologique se fait en relation soignant soigné, une séance visant à valoriser le potentiel physique de la personne devrait se faire dans le cadre d'une approche individuelle.

Fabrice Guilloux.