



**Université Lille 2  
Droit et Santé**

**UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année: 2013**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

***Quand le conte va à la rencontre de l'anorexie mentale:***

***Réflexion autour d'un atelier conte, dans un service de psychiatrie adulte  
spécialisé dans les troubles alimentaires.***

**Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre à 16 heures  
au Pôle Formation  
par Coline Groulez-Drain**

**Jury**

**Président: Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs: Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Docteur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Professeur Vincent DODIN**

**Directrice de Thèse : Madame le Docteur Marion HENDRICKX**

# Sommaire

Introduction.....	13
<u>I) L'histoire d'une jeune fille anorexique.....</u>	17
<u>II) L'anorexie mentale: une pathologie complexe, aux multiples facettes.....</u>	25
<u>A- Une maladie à l'interface du psychique et du somatique.....</u>	25
<u>B- Le versant addictif de l'anorexie mentale.....</u>	28
<u>C- L'anorexie mentale et les conflits psychiques infantiles.....</u>	33
1) De la sexualité infantile à l'organisation sexuelle génitale.....	35
2) Oralité, liens précoces mère-bébé et archaïsme.....	37
3) Oralité et génitalité.....	48
4) Image du corps, temporalité, et narcissisme.....	54
5) Analité.....	64
6) Toute-puissance infantile.....	70
7) Féminité, relations mère-fille et place du père.....	79
<u>D- L'anorexie mentale et les bouleversements de l'adolescence.....</u>	86
1) Les métamorphoses de la puberté.....	86
2) Les remaniements psychiques à l'adolescence.....	89
3) Le deuil nécessaire des objets infantiles.....	93
4) Adolescence et archaïsme.....	96
5) La crise d'adolescence.....	99
6) La crise identitaire.....	101
7) L'organisation sexuelle définitive.....	105
<u>III) Le conte et ses richesses, intérêt pour la pratique clinique.....</u>	108
<u>A- Le conte au fil des âges.....</u>	108
<u>B- Classification des contes.....</u>	113
<u>C- Approche structuraliste du conte.....</u>	116
<u>D- Utilisation du conte en psychothérapie.....</u>	123
1) Le conte et le groupe.....	123
2) La théorisation des ateliers contes.....	128
3) L'expérience d'un atelier conte destiné à des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale.....	131
<u>E- Réflexion psycho-dynamique autour du conte.....</u>	149
1) Le scénario du conte comme organisateur du chaos psychique.....	149
2) Le conte et le rêve.....	152
3) Le conte et le symbolique.....	156
4) Le conte comme support à la rêverie, la créativité.....	164
5) Les critiques du conte.....	169
<u>F- Synthèse, entre théorie et pratique clinique.....</u>	172
Conclusion.....	175

# Introduction

Récits enchanteurs autant qu'initiatiques, les contes populaires ont toujours eu une double fonction d'émerveillement et de transmission inter-générationnelle. Ils font partie intégrante du patrimoine culturel des civilisations du monde entier depuis des temps immémoriaux, et ont baigné l'enfance de nombre d'entre nous. Nous les utilisons, depuis quelques décennies, comme supports de psychothérapie, notamment dans la prise en charge des enfants, en pédopsychiatrie, depuis les travaux de Bruno Bettelheim et de Pierre Lafforgue. De là à employer ce média chez des adolescentes souffrant d'anorexie mentale, il n'y avait qu'un pas.

En effet, si nous considérons que ces jeunes filles sont engluées dans une maladie qui paralyse leur pensée, leurs capacités cognitives, ainsi que leur capacité de rêverie, il semblait intéressant de trouver des médias susceptibles de les aider à retrouver le sentier de la créativité dans les moments les plus difficiles de leur parcours. Ces adolescentes se figent dans un refus actif du passage vers l'âge adulte et tout ce que cela entraîne, en terme de métamorphose corporelle, d'individuation par rapport aux parents, de rencontre avec des objets extérieurs, notamment avec l'autre sexe. N'ont-elles pas besoin de dédramatiser ces étapes de la vie en les vivant d'abord "pour du faux" et symboliquement dans une identification aux personnages des contes? Les contes de fées, qui se terminent toujours par une résolution des conflits, peuvent peut-être ouvrir la voie à quelque espoir, celui d'un avenir possible, même pour des jeunes filles n'arrivant pas à se projeter dans un corps vécu comme persécuteur. Le conte pourrait donc être un outil intéressant à ajouter à l'arsenal thérapeutique de la prise en charge des troubles alimentaires. De plus, au delà du récit en lui-même, le moment du conte, que ce soit en individuel ou en groupe pourrait

aussi permettre d'offrir à nos patientes anorexiques un espace transitionnel, pour les aider à faire face aux angoisses archaïques et aux conflits psychiques, contre lesquels elles luttent inconsciemment.

Evidemment, la psychopathologie complexe de l'anorexie mentale en fait une maladie nécessitant une prise en charge très étayée, s'appuyant sur différents axes de soins, souvent complémentaires. De plus, parce que chaque situation clinique est spécifique et que les besoins ne sont pas les mêmes selon le moment où l'on se situe dans l'évolution de la maladie, nous ne pouvons pas proposer de recette unique à toutes les patientes. La richesse et la diversité des recours thérapeutiques ne peuvent être que des atouts, dans cette maladie aux mille et une facettes. Le conte thérapeutique ne pourrait donc, en aucun cas, suffire à guérir à lui seul l'anorexie mentale, mais il nous semble être un apport intéressant dans les soins prodigués aux jeunes filles souffrant de cette pathologie.

En outre, ce sont, bien sûr, avec leurs oreilles d'adolescentes que les patientes recevront les contes proposés. Elles n'en tireront pas les mêmes enseignements que les enfants auxquels leurs parents lisent ces histoires à leur chevet. Mais ce sont, à la fois, aux problématiques adolescentes et aux conflits psychiques infantiles, qui sous-tendent le développement de l'anorexie mentale, que nous nous attaquons ici. Les troubles de l'oralité et de l'analité, les chamboulements provoqués par la puberté, l'individuation par rapport aux objets infantiles, la découverte de l'autre, l'accès à une autonomie progressive; tous ces problèmes universels, mais cristallisés chez les anorexiques, sont symboliquement représentés dans les contes populaires.

L'objectif de cette thèse est donc, au travers du cas clinique d'une jeune fille souffrant d'anorexie mentale, et en s'appuyant sur l'expérience d'un atelier conte, au sein du service de Psychiatrie Adulte du Professeur Dodin, à l'Hôpital Saint Vincent

de Paul à Lille, de montrer le parallèle existant entre les thèmes symboliquement abordés dans les contes de fées et les conflits psychiques inconscients à l'origine de l'anorexie mentale. Au-delà de ces réflexions théoriques, le but est de montrer l'intérêt du conte thérapeutique dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Nous commencerons donc par décrire l'histoire d'une patiente qui m'a interpellée lors de mon stage à l'Hôpital Saint Vincent de Paul et m'a amenée à réfléchir sur ce sujet. Nous aborderons ensuite la maladie anorexique d'un point de vue psycho-somatique, addictologique et psycho-dynamique. Puis, après quelques généralités sur les contes de fées, nous développerons le point de vue psychanalytique et l'utilisation pratique des contes en psychothérapie, dans le cas particulier de l'anorexie mentale chez des adolescentes ou jeunes adultes.

Laissez-vous guider, dans les méandres de l'imaginaire, par le réseau de fils qui relie les conflits inconscients de l'anorexique aux obstacles rencontrés et surmontés par les personnages des contes de fées. Que vos yeux et vos oreilles s'ouvrent à la magie et aux talents du conteur, et que la rêverie fasse son œuvre: il était une fois...

# I) L'histoire d'une jeune fille anorexique

## Blanche-Plume,

### la petite danseuse qui ne voulait pas devenir femme

Il était une fois une enfant douce et belle, aux cheveux blonds comme les blés, à la peau blanche et pâle comme la lune, à la silhouette fine et légère comme une plume. C'est pourquoi on l'appelait Blanche-Plume. Blanche-Plume vivait paisiblement avec ses parents, sa grande soeur et ses deux petits frères dans une grande et chaleureuse maison, à l'abri du besoin. Elle faisait de la danse classique et aimait se sentir légère, presque volatile, dans son tutu rose. Elle se plaisait à penser qu'elle resterait toujours la plus agile et gracieuse de son école de danse. La mère de Blanche-Plume voyait sa fille grandir avec une certaine nostalgie de sa jeunesse. Plus Blanche-Plume s'épanouissait, plus sa mère doutait de sa beauté, au point qu'elle se demandait parfois si son mari la désirait encore. Quand elle voyait son mari regarder leur fille avec fierté ou la serrer dans ses bras, il lui arrivait de ressentir de la jalousie. Chaque jour, elle disait à Blanche-Plume: "Ma fille, je me sens si laide...", et, chaque jour, Blanche-Plume répondait: "Mais non, maman, tu es la plus belle!". Un jour, alors qu'elle arborait fièrement son justaucorps, adhérent comme une seconde peau à sa silhouette élancée, et que son père devait la conduire à la danse, celui-ci lui dit: "Eh bien, ma chérie, c'est que tu commences à devenir une vraie femme, je n'avais pas remarqué que tu avais des formes!". Ces quelques mots, sans doute anodins voire flatteurs pour le père de Blanche-Plume, la plongèrent dans un désarroi profond.

Blanche-Plume est âgée de 17 ans quand elle se présente aux urgences, accompagnée de ses parents, pour une altération de l'état général. Elle a, en fait, présenté un amaigrissement rapide durant l'été, passant d'un poids de 43 à 35 kg en quelques semaines, soit un indice de masse corporelle estimé à 13. Le diagnostic d'anorexie mentale est d'emblée évoqué, après avoir écarté une cause somatique à l'amaigrissement. A la demande des urgentistes, Blanche-Plume est vue en consultation par le psychiatre d'astreinte. Celui-ci propose immédiatement une hospitalisation, que Blanche-Plume et sa famille acceptent, malgré quelques réticences. L'hospitalisation est ici justifiée, non seulement par l'IMC faible, mais aussi par des éléments thymiques en faveur d'un épisode dépressif majeur associé à l'anorexie mentale: tristesse pathologique de l'humeur, asthénie, ralentissement psycho-moteur, anxiété et verbalisation d'idées suicidaires.

Blanche-Plume vient de débiter sa terminale quand elle est hospitalisée. Elle pratique la danse classique depuis plusieurs années, à un rythme soutenu, de plusieurs heures par semaine. Blanche-Plume vit avec ses parents et ses deux petits frères. La famille a déménagé dans le Nord il y a 2 ans. Blanche-Plume a également une grande soeur, restée dans la région d'origine pour ses études.

L'histoire de la maladie retrouve une dégradation progressive depuis le début de l'année 2011, inaugurée par l'apparition d'une irritabilité et de troubles du sommeil. Les parents décrivent chez leur fille des préoccupations pondérales de plus en plus envahissantes et angoissantes, associées à une restriction alimentaire progressive. On retrouve également une hyperactivité physique dès le début des troubles. A noter que Blanche-Plume est en aménorrhée primaire. L'amaigrissement s'est accéléré durant l'été 2011. Cette évolution pondérale a été la source de disputes fréquentes entre Blanche-Plume et ses parents ces derniers temps. Blanche-Plume est dans un déni

complet des troubles et l'incompréhension mutuelle entre elle et ses parents est patente à l'arrivée dans le service. Au total, nous avons un tableau clinique classique d'anorexie mentale, associant une anorexie, un amaigrissement et une aménorrhée. Le trouble du comportement alimentaire se traduit essentiellement chez Blanche-Plume par une restriction alimentaire et une hyperactivité physique. On ne retrouve ni crises de boulimie, ni vomissements, ni prises de laxatifs. En revanche, la dysmorphophobie et le déni sont très marqués.

On peut remarquer que le poids habituel de Blanche-Plume, autour de 43 kg, soit un IMC à 17, la situe déjà dans la maigreur. De plus, Blanche-Plume associe d'emblée la pratique de la danse classique à un idéal de minceur. L'aménorrhée primaire à 17 ans est un argument supplémentaire pour supposer que le trouble du comportement alimentaire avait probablement débuté depuis plusieurs années.

Les antécédents personnels de Blanche-Plume sont un eczéma et une fracture de la cheville, suite à une chute à la danse, il y a un an et demi. Celle-ci laisse supposer qu'une déminéralisation osseuse, voire une ostéoporose, commençait déjà à s'installer. L'eczéma, classiquement d'origine psycho-somatique, n'est sans doute pas non plus anodin dans ce cas clinique.

Dans les antécédents familiaux, nous retiendrons deux décompensations thymiques du post-partum chez la mère, actuellement sous traitement thymorégulateur, et le décès par suicide d'un oncle paternel à l'âge de 21 ans (le père de Blanche-Plume avait 17 ans). A noter que cet événement est tabou dans la famille. Blanche-Plume ne l'a appris que récemment et il n'a pas été possible d'en reparler à son père, très fermé sur le sujet.

La prise en charge initiale consiste en une hospitalisation à temps plein, avec un isolement du milieu familial. Rapidement, Blanche-Plume est mise au repos strict



et, devant la quasi absence d'apports oraux, la pose d'une sonde naso-gastrique est décidée. Le traitement médicamenteux consiste en un traitement anxiolytique, associé à une supplémentation vitamino-calcique. Des rencontres régulières, avec deux psychologues du service, sont proposées à Blanche-Plume, qui s'en saisit, même si les capacités d'élaboration sont très limitées au départ. Elle profite tout de même de ces entretiens individuels pour exprimer sa colère, son agressivité, et la tension interne qui l'habite. Un accompagnement psychologique est aussi proposé aux parents. Les premières semaines, Blanche-Plume se montre passive, peu engagée dans les soins, presque trop docile. La séparation est dure à vivre, pour elle comme pour ses parents. Les premiers entretiens médicaux avec les parents sont monopolisés par des explications sur l'intérêt des soins et en particulier de l'isolement. L'ambivalence de la mère, concernant l'hospitalisation, transparait à chaque rencontre; son angoisse est manifeste. Le père, plus en retrait, n'en est pas moins inquiet. Il prétend s'en remettre aveuglément à nous, mais son désarroi, devant la dégradation continue de sa fille, est évident. Les parents culpabilisent d'avoir attendu si longtemps pour consulter et sont surpris d'apprendre que le déni familial est fréquent dans l'anorexie mentale. Il sont en colère contre leur médecin généraliste qui a proposé durant l'été des mesures jugées, après-coup, comme "légères" par la mère.

L'évolution est marquée par une prise de poids extrêmement lente, ce qui prolonge la nécessité de la sonde naso-gastrique. Ceci s'explique, en partie, par le fait que Blanche-Plume ne parvient toujours pas à s'alimenter par la bouche. Mais, au fil du temps, nous prenons aussi la mesure de l'importance de l'hyperactivité dans les rituels quotidiens que s'imposent Blanche-Plume. C'est un aspect de sa maladie difficilement verbalisable, et source d'une grande culpabilité. A ce moment de la prise en charge, la mise en place d'un contrat de poids rassure Blanche-Plume car il lui

permet de se réinscrire dans une temporalité et de la remobiliser. Par ailleurs, malgré une amélioration thymique, les angoisses sont toujours envahissantes, se traduisant par des plaintes somatiques multiples et des troubles du sommeil. Le comportement de Blanche-Plume, jusqu'alors très passif, est de plus en plus fréquemment émaillé d'attitudes d'opposition et de provocation. Parallèlement, Blanche-Plume commence petit à petit à pouvoir verbaliser ses émotions. Cela est contrebalancé par l'importance que Blanche-Plume accorde au regard des autres, et sa peur permanente de décevoir, en particulier les soignants.

Quelques semaines après l'entrée, alors que Blanche-Plume est en repos strict au lit, la lecture d'un conte dans la chambre, après le déjeuner, est proposée quotidiennement par un externe du service. La patiente semble apprécier ces moments. Et, bien qu'elle n'en dise pas grand chose sur le moment, elle pourra dire plus tard que certains contes l'ont marquée et l'ont fait réfléchir. Elle participe également à un atelier conte avec un groupe de patientes le dimanche soir. Nous reviendrons, plus tard, sur les soins autour du conte, qui nous intéressent spécifiquement dans cette thèse.

En outre, une thérapie familiale est débutée en décembre. Dans le cadre de cette thérapie, Blanche-Plume parvient à exprimer de la colère à ses parents. Mais, tout affect négatif verbalisé lors de la séance est lourdement payé ensuite par une culpabilité écrasante. Devant les difficultés de Blanche-Plume à supporter la séparation, et paradoxalement son angoisse à se retrouver seule avec ses parents, des visites médiatisées, en présence d'un soignant et autour d'une activité ludique, sont organisées.

Une prise en charge corporelle est aussi proposée avec notamment des séances de psychomotricité et des soins à médiation multi-sensorielle<sup>1</sup>. Ceux-ci sont marqués par des sensations corporelles très angoissantes chez Blanche-Plume: l'enroulement serré dans les serviettes chaudes l'opresse. Mais, au fil des séances, elle est plus détendue, et les odeurs senties lui évoquent de nombreux souvenirs d'enfance qu'elle pensait oubliés.

Environ trois ou quatre mois après le début de l'hospitalisation, la révolte commence à se faire sentir chez la patiente; elle se traduit par des fluctuations thymiques et émotionnelles. La petite fille trop sage arrive maintenant à exprimer sa colère. Néanmoins, la solidité de l'équipe est mise à l'épreuve par les tentatives de clivage de Blanche-Plume. La cohésion de l'équipe et le projet de soin commun doivent lui être rappelés régulièrement. L'évolution est marquée par un vécu persécutif, projectif, quasi-délinant de l'attitude des soignants à son encontre, qui fait envisager la prescription d'un traitement antipsychotique atypique à petite dose. De plus, Blanche-Plume évoque, en entretien, le sentiment d'être figée et des éléments dépressifs se dégagent de plus en plus. Aux affects dépressifs s'associe une recrudescence de l'hyperactivité, elle-même culpabilisante, ce qui entretient un cercle vicieux.

Au printemps suivant, après une évolution pondérale très lente, Blanche-Plume atteint un poids de 40 kg, soit un BMI à 15,8. Cela permet d'envisager un projet d'intégration, en septembre, dans une clinique soins-études où Blanche-Plume pourra reprendre son cursus scolaire.

<sup>1</sup> Les SMMS associent une stimulation des différents canaux sensoriels: enveloppement dans des serviettes chaudes, musique relaxante, pénombre, et odeurs choisies par la patiente avant la séance. "L'utilisation d'odeurs spécifiques créées par l'olfactothérapie (...) constituent le médiateur principal de cette thérapie. Grâce à la puissante résonance entre les odeurs et la mémoire, la stimulation sensorielle par l'odorat joue un rôle important dans la mise au travail psychique", Dodin V., 2012.

En juin, 8 mois après son entrée dans le service, il est enfin possible de retirer la sonde naso-gastrique. Malheureusement, alors que des projets de vacances à l'extérieur de l'hôpital se construisent, nous constatons que la relation thérapeutique ressemble de plus en plus à un bras de fer entre Blanche-Plume et l'équipe soignante, tandis que le poids s'effondre de nouveau. L'interprétation faite, à ce moment-là, est que Blanche-Plume nous fait une démonstration de sa toute-puissance, de sa capacité de maîtrise, malgré tous les moyens mis en œuvre pour la soigner, nous mettant ainsi face à notre propre impuissance. Nous pouvons aussi nous interroger sur le sevrage impossible de la sonde naso-gastrique, probable répétition douloureuse de la castration orale symboligène. C'est un moment très difficile pour l'équipe soignante. La tentation est évidemment de laisser tomber, de donner raison à la patiente. C'est justement là que l'équipe doit montrer sa solidité. L'omnipotence de Blanche-Plume va jusqu'à une attitude de plus en plus suicidaire, bien que cet aspect soit dénié, dans une défiance face à la mort. Devant l'état de plus en plus critique de Blanche-Plume, qui semble nous échapper, un transfert en médecine polyvalente est finalement décidé en août. Blanche-Plume y passera un mois, durant lequel elle continuera son suivi avec l'équipe de liaison de psychiatrie, afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

Un an après son arrivée aux urgences, Blanche-Plume est de nouveau transférée dans le service de psychiatrie adulte. Elle a toujours une sonde naso-gastrique. Grâce à une prise de poids cette fois-ci rapide, Blanche-Plume peut intégrer la clinique soins-études trois semaines plus tard. Son IMC est alors à 16. L'équipe est consciente que l'état de Blanche-Plume est encore fragile mais cette décision est prise dans le but de permettre à Blanche-Plume de faire l'expérience de la clinique et de la reprise des cours, hors du cercle familial. Une chute de l'IMC amène Blanche-Plume à

être réhospitalisée en psychiatrie un mois plus tard. Selon la patiente, la perte de poids serait liée au départ imminent pour une semaine de vacances, avec ses parents, dans leur région d'origine.

Dans les mois qui suivent, Blanche-Plume fera des allers et retours entre la clinique soins-études et le service de psychiatrie, sans que les choses puissent se stabiliser. La maladie est entretenue par le blocage qui persiste dans la relation avec ses parents. Toute tentative d'individuation, de prise de position autonome se solde par de la culpabilité et se traduit par une perte de poids.



## II) L'anorexie mentale: une pathologie complexe, aux multiples facettes

### A- Une maladie à l'interface du psychique et du somatique

L'anorexie mentale est une maladie à l'interface du psychique et du somatique. Nous évoquerons brièvement l'aspect somatique de l'anorexie mentale, même s'il en fait toute la gravité. Le corps est atteint dans ses grandes fonctions physiologiques, à commencer par l'alimentation et l'assimilation. Carencé à l'extrême, le corps porte très vite les stigmates de la maladie. L'amaigrissement n'est pas forcément le premier signe physique apparu dans l'histoire de la maladie, mais il est le plus impressionnant visuellement. C'est, en fait, tout le métabolisme qui tourne au ralenti. La fonction de reproduction est aussi très rapidement atteinte, ce qui se traduit par une aménorrhée, souvent avant que l'amaigrissement ne soit perceptible. Le corps doit donc faire face à des bouleversements hormonaux "contre nature". A une période où la puberté entraîne, en principe, une hyperstimulation ovarienne et un développement des attributs sexuels, les ovaires sont mis au repos, bloquant ainsi le passage "normal" d'un corps d'enfant à celui d'une femme sexuellement désirable et féconde. Cette "ménopause" précoce a aussi pour conséquence de stopper le renouvellement osseux. Une ostéoporose sévère peut ainsi s'installer en quelques mois. La jeune fille souffrant d'anorexie mentale est donc, à la fois, bloquée dans l'enfance, mais aussi projetée au-delà de la ménopause, avant d'avoir vécu une

quelconque sexualité, fantasmée ou réelle, comme suspendue dans une temporalité étrangère aux autres, à celles et ceux qui suivent le cours naturel de la vie. Heureusement, l'aménorrhée est réversible à l'arrêt de la maladie, il est donc possible de retrouver un équilibre hormonal et de se réinscrire dans une évolution sexuelle physiologique.

Même si ce n'est pas l'objet de notre réflexion, nous ne pouvons faire l'impasse sur le risque vital, majeur dans l'anorexie mentale. En effet, l'anorexie mentale est l'une des pathologies psychiatriques ayant le taux de mortalité le plus élevé<sup>1</sup>. 5 à 10 % des adolescents souffrant d'anorexie mentale décèdent des complications de leur pathologie, environ la moitié du fait des complications somatiques aboutissant à un arrêt cardiaque, l'autre moitié par suicide. Le risque d'arrêt cardiaque est souvent lié aux déséquilibres ioniques et, en particulier, à l'hypokaliémie, majorée par les vomissements et les prises de laxatifs. En outre, le risque vital dans l'anorexie est aussi du à un risque élevé de suicide, les tentatives de suicide étant plus souvent graves, voire réussies, que dans une population de suicidants ne souffrant pas d'anorexie mentale<sup>2</sup>.

Devant la gravité de l'anorexie mentale et le risque vital majeur, la prise en charge aura pour objectif premier de prévenir ou traiter les complications somatiques. En deçà d'un certain indice de masse corporelle (14 selon les recommandations de l'HAS), l'hospitalisation, plus ou moins associée à une période d'isolement, est de mise. Pourtant, une fois l'urgence somatique écartée, il ne faut pas oublier la dimension psychique de l'anorexie qui fait que la maladie s'installe et se chronicise.

<sup>1</sup> Harris E.C., Barraclough B., Excess mortality of mental disorder, Br J Psychiatry, 1998.

<sup>2</sup> Guillaume S. et al., Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study, PLoS One, 2011.

Par ailleurs, il est important de préciser que l'anorexie mentale est une pathologie relativement rare en population générale avec une prévalence chez les femmes de 0,9 % à 1,5 %<sup>1</sup> et chez les hommes autour de 0,25 % à 0,3 %<sup>2</sup>. L'incidence est de 8 nouveaux cas pour 100000 personnes et par an, selon la revue de la littérature de Hoek et al.<sup>3</sup>. Cependant, cette incidence passe à 270 cas pour 100000 et par an si nous ciblons la recherche sur une population de jeunes filles de 15 à 19 ans. En effet, bien que la proportion d'hommes atteints d'anorexie mentale ait tendance à augmenter, c'est une pathologie essentiellement féminine, qui touche environ 8 femmes pour 2 hommes<sup>4</sup>. En outre, l'anorexie mentale touche en majorité une population jeune. L'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de 10 et 19 ans<sup>5</sup>. Selon Hudson et al.<sup>1</sup>, l'âge de début moyen est de 17 ans.

C'est donc à cette population d'adolescentes et jeunes adultes souffrant d'anorexie mentale que nous nous intéresserons en particulier.

<sup>1</sup> Hudson J.I. et al., The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biol Psychiatry*, 2007.

<sup>2</sup> Raevuori A., Hoek H.W. et al., Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins, *PLoS One*, 2009.

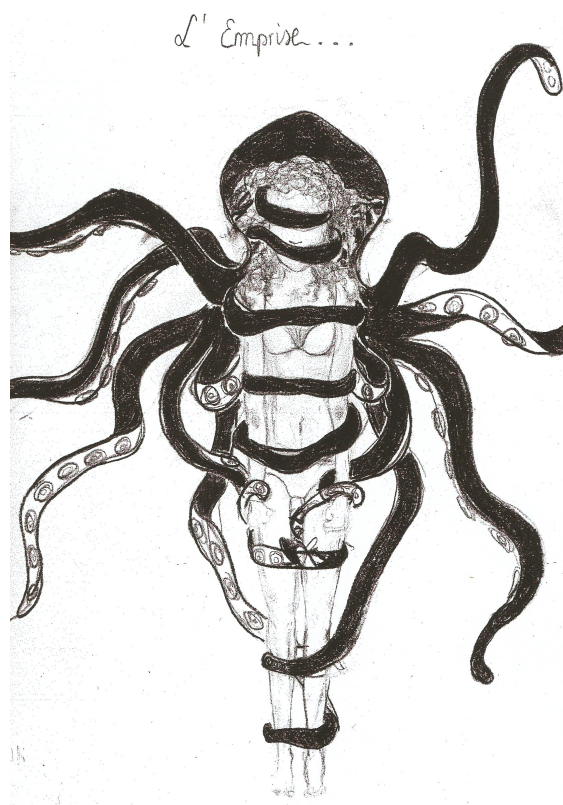
<sup>3</sup> Hoek H.W., Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders, *Curr Opin Psychiatry*, 2006.

<sup>4</sup> American Psychiatric Association, Practice guideline for the Treatment of patients with eating disorders - third edition, 2006.

<sup>5</sup> Van Son G.E. et al., Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands, *Int J Eat Disord*, 2006.



## B- Le versant addictif de l'anorexie mentale



L'origine étymologique du terme anglo-saxon "addiction" donne l'idée que le sujet addicté est "l'esclave d'une seule solution pour échapper à la douleur mentale"<sup>1</sup>. L'objectif de l'addicté est donc d'échapper à une souffrance morale, à un conflit psychique insoutenable. Bien sûr, la dépendance, l'esclavage du sujet envers l'objet de son addiction n'est pas le but recherché au départ, mais plutôt une conséquence du plaisir procuré par l'addiction. Car c'est bien aussi d'une recherche de plaisir qu'il s'agit, du moins au début de la maladie. Dans le cas de la personne souffrant d'anorexie, le jeûne se traduit au début par un état d'euphorie, procurant performance intellectuelle et physique. L'hyperactivité physique est à la fois un moyen de maigrir mais aussi un pourvoyeur de plaisir. Les résultats scolaires sont, souvent, longtemps maintenus, voire particulièrement bons, chez des jeunes filles qui

<sup>1</sup> McDougall Joyce, « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, 2004.

surinvestissent leur travail. Cet état d'extase permet de cacher un temps des conflits psychiques trop douloureux à affronter pour ces adolescentes. Pour Joyce McDougall, "la solution addictive est une tentative d'auto-guérison face à la menace du stress psychique"<sup>1</sup>. Parallèlement, ces jeunes filles s'excluent peu à peu d'une vie sociale et amicale, pourtant primordiale chez la plupart des adolescents.

Pour Colette Combe, "la découverte de l'effet psycho-stimulant du jeûne prolongé (...) va diminuer la douleur et l'angoisse, mais en même temps il va faire le malheur de la malade. Car l'anorexie passe alors par un palier de désorganisation, lourd de conséquences ultérieures. La découverte de cet effet euphorisant et anesthésiant de l'anorexie est le facteur déclenchant d'une autre maladie qui s'installe (...): l'anorexie devient une toxicomanie du jeûne"<sup>2</sup>. De la même manière que le sevrage d'une substance psycho-active, comme les opiacés par exemple, le sevrage de la restriction alimentaire est source de douleur morale, d'angoisses, mais aussi de douleur physique. En effet, le tube digestif qui tournait au ralenti doit reprendre sa fonction de digestion et d'assimilation, provoquant douleurs, coliques, troubles du transit. A cela s'ajoute le risque de syndrome de renutrition inappropriée. La reprise de l'alimentation orale doit donc être progressive. Cette période de réalimentation est un moment angoissant, malheureusement parfois propice à l'apparition des vomissements: "Vomir de culpabilité et d'angoisse puis découvrir que le vomissement rétablit le jeûne et l'euphorie"<sup>3</sup>. Mais le soulagement procuré par le jeûne n'est que temporaire. L'euphorie puis l'anesthésie ne font que remettre à plus tard des conflits psychiques internes bien ancrés, qui se rappellent régulièrement au bon souvenir de la personne addictée.

<sup>1</sup> McDougall Joyce, « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, 2004.

<sup>2</sup> Combe Colette, *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris, 2009, p.55-56.

<sup>3</sup> Ibid.

Pour Joyce McDougall , comme le comportement addictif ne peut “réparer des manques dans le monde psychique interne, (il) souffre inévitablement d’une dimension compulsive”<sup>1</sup>, que l’on retrouve encore plus dans les formes d’anorexie avec vomissements et/ou crises de boulimie associées. Ces formes sont d’ailleurs souvent secondaires dans l’évolution de la maladie.

Michela Marzano défend l’idée que, si l’anorexique s’astreint à un rituel de contrainte aussi rigide, c’est pour ne pas s’effondrer. Etant "incapable de reconnaître et d’identifier son désir"<sup>2</sup>, elle trouve dans cette illusion de maîtrise une porte de sortie. Le déni et l’assujettissement compulsif aux rituels, qu’elle s’impose, donnent à l’anorexique l’illusion d’un contrôle sur son corps et sur les aliments, alors qu’ils deviennent justement sa seule préoccupation. "L’idéal du contrôle, construit afin de modeler la réalité et de la transformer, aboutit à la destruction de toute réalité"<sup>3</sup>.

Pour Madeleine et Henri Vermorel, le problème initial se situe lors des relations précoces mère-bébé, supposées permettre la mise en place de la pulsion orale et de l’auto-érotisme. Si le nourrisson n’est pas confronté à une mère "suffisamment bonne", pour reprendre l’expression de Winnicott, mais qu’il est face à une mère, soit trop bonne, ne laissant pas de place au manque, soit pas suffisamment bonne, le développement de l’auto-érotisme peut échouer. Dans ce cas, à l’adolescence, il se peut que la jeune fille mette en place "des procédures substitutives qui sont de l’ordre des comportements autocalmants"<sup>4</sup>. Il s’agit des rituels de contrainte, des crises compulsives de boulimie et des vomissements retrouvés dans l’anorexie mentale.

<sup>1</sup> McDougall J., « L’économie psychique de l’addiction », *Revue française de psychanalyse*, 2004.

<sup>2</sup> Marzano M., « Qui suis-je ? Que puis-je ? » L’anorexie, le corps du vide et le regard d’autrui, *Le Télémaque*, 2004.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Vermorel H. et M., « Abord métapsychologique de l’anorexie mentale », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

M. et H. Vermorel ajoutent que "l'envers de ces comportements est la jouissance qui en est retirée (...) qualifiée d'*orgasme du moi*, par opposition à l'orgasme sexuel chez des sujets pour qui l'autre est présent"<sup>1</sup>. Ce qui entretient ces processus autocalmants serait la libération de substances, comme les endorphines, qui provoquent une "euphorie anesthésiante".

Toutefois, selon Joyce McDougall, l'addiction n'est pas seulement un moyen de se débarrasser du "fardeau des pressions affectives". C'est également une tentative de "réparer l'image endommagée de soi-même"<sup>2</sup>. Dans le cas de l'anorexie mentale, l'image du corps est mise à rude épreuve par tous les changements qu'implique la puberté. Le corps enfantin de la pré-adolescence se féminise peu à peu. La jeune femme en devenir se métamorphose progressivement en un objet d'attrance pour l'homme. Elle-même peut ressentir du désir pour le sexe opposé, ce qui est source d'angoisse. L'addiction est enfin un moyen "de régler des comptes avec les figures parentales du passé", McDougall décrit, d'une part, une "défiance devant l'objet maternel interne", les comportements addictifs étant là pour "compenser les fonctions maternelles défaillantes"; d'autre part, une "défiance devant le père interne ressenti comme défaillant dans ses fonctions paternelles"<sup>3</sup>. On peut faire le parallèle avec les images parentales dans les contes: par exemple dans *Cendrillon*, l'image de la mère est clivée entre une mère "toute bonne", la bonne fée, et une mère "toute mauvaise", la marâtre. Si l'adolescente n'a pas intériorisé une imago rassurante de la bonne mère, elle peut avoir recours à la restriction alimentaire, voire aux vomissements, pour se protéger des attaques de la mauvaise mère introjectée. Ce conte illustre aussi l'image d'un père faible, qui ne remplit pas sa fonction de tiers entre la mère et la fille.

<sup>1</sup> Vermorel Henri et Madeleine, « Abord métapsychologique de l'anorexie mentale », 2001.

<sup>2</sup> McDougall Joyce, « L'économie psychique de l'addiction », 2004.

<sup>3</sup> Ibid.

*Il était une fois un Gentilhomme qui épousa en secondes noces une femme, la plus hautaine et la plus fière qu'on eût jamais vue. Elle avait deux filles de son humeur, et qui lui ressemblaient en toutes choses. Le Mari avait de son côté une jeune fille, mais d'une douceur et d'une bonté sans exemple ; elle tenait cela de sa Mère, qui était la meilleure personne du monde. Les noces ne furent pas plus tôt faites, que la Belle-mère fit éclater sa mauvaise humeur ; elle ne put souffrir les bonnes qualités de cette jeune enfant, qui rendaient ses filles encore plus haïssables. Elle la chargea des plus viles occupations de la Maison : c'était elle qui nettoyait la vaisselle et les montées, qui frottait la chambre de Madame, et celles de Mesdemoiselles ses filles ; elle couchait tout au haut de la maison, dans un grenier, sur une méchante paillasse (...). La pauvre rifle souffrait tout avec patience, et n'osait s'en plaindre à son père qui l'aurait grondée, parce que sa femme le gouvernait entièrement.*

*Cendrillon, Charles Perrault*

“La défiance finale est à la mort elle-même”<sup>1</sup>. L’anorexique se pense invulnérable, elle ne craint même plus la mort, bien qu’elle l’incarne et la frôle en permanence; la mort c’est pour les autres. A la limite, "le risque de mourir physiquement tranquillise paradoxalement l'anorexique, en la libérant du risque bien plus terrible de mourir psychiquement par la prise des autres"<sup>2</sup>. Dans un second temps, quand la maladie s’aggrave et que le déni se lève en partie, il peut y avoir une soumission devant les pulsions de mort, voire un désir de mort, apparemment seule issue susceptible de faire cesser les souffrances endurées. Rappelons que l’anorexie mentale est l’une des pathologies psychiatriques dans laquelle la mortalité par suicide est la plus élevée.

<sup>1</sup> McDougall Joyce, « L’économie psychique de l’addiction », 2004.

<sup>2</sup> Ibid.

## C- L'anorexie mentale et les conflits psychiques infantiles

On peut supposer que les pressions esthétiques permanentes subies par les adolescentes, et plus largement les femmes, dans les sociétés actuelles jouent un rôle dans la genèse de la maladie. En effet, l'image de la femme, véhiculée par la société de consommation, n'est pas sans donner des complexes à nombre de filles qui voudraient ressembler aux silhouettes longilignes peuplant les magazines. Toutefois, l'anorexie mentale est une maladie ancienne qui n'a pas attendu que les médias exhibent des corps de plus en plus maigres pour apparaître. C'est sans doute parce que les mécanismes psycho-pathologiques de l'anorexie mentale sont très complexes et ne se résument pas au besoin des jeunes filles de s'identifier aux canons de beauté actuels. En effet, on trouve des traces d'ascétisme dès le Moyen-Age, parmi les religieuses vivant dans les monastères. Cet exemple du "jeûne des mystiques"<sup>1</sup> illustre bien le "lien de l'affection avec la recherche d'une pureté qui va jusqu'à tenter d'exclure la sexualité et même toute pulsion vitale"<sup>2</sup>.

D'un point de vue psycho-dynamique, on peut faire le parallèle entre les atteintes corporelles de l'anorexie et les conflits psychiques qu'elles sous-tendent: l'aménorrhée comme refus de la féminité et de la génitalité ; l'arrêt de l'alimentation comme défense face au retour des angoisses archaïques infantiles issues de l'oralité.

<sup>1</sup> Micheli-Rechtman, « Anorexie et pulsion de mort: une perspective lacanienne », *Analyse Freudienne Presse*, 2002.

<sup>2</sup> Vermorel Henri et Madeleine, « Abord métapsychologique de l'anorexie mentale », 2001.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'anorexie mentale se développe le plus souvent à l'adolescence, période à laquelle la puberté va de pair avec la pression exercée par les pulsions sexuelles génitales. La réalisation des fantasmes infantiles pré-œdipiens devient alors théoriquement possible, ce qui est source d'angoisse. Le recours extrême à l'anorexie permet alors d'effacer toute trace de la puberté et de conserver un corps "pur", dénué de désir et non désirable. "Les ovaires, mis en défaillance temporaire (...) sont endormis sous un sortilège comme la belle au bois dormant du conte"<sup>1</sup>.

*Une vieille femme filant son lin avec application, était assise dans une petite chambre.*

*"Bonjour, grand-mère, dit la jeune fille. Que fais-tu là?"*

*- Je file, dit la vieille en branlant la tête.*

*- Qu'est-ce donc que cette chose que tu fais bondir si joyeusement", demanda la jeune fille. Elle s'empara du fuseau et voulut filer à son tour. À peine l'eut-elle touché que le mauvais sort s'accomplit: elle se piqua au doigt. À l'instant même, elle s'affaissa sur un lit qui se trouvait là et tomba dans un profond sommeil.*

*La Belle au bois dormant, les frères Grimm*

Néanmoins, et heureusement, toutes les adolescentes ne passent pas par les souffrances de l'anorexie mentale pour surmonter leurs conflits psychiques. Comment expliquer que certaines d'entre elles n'arrivent pas à surmonter cette épreuve? Les explications viennent en partie de la petite enfance et de l'oralité.

<sup>1</sup> Combe Colette, *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris, 2009.

## 1) De la sexualité infantile à l'organisation sexuelle génitale

Freud est le premier à théoriser une sexualité chez l'enfant, jusqu'alors déniée. Il s'agit selon lui d'une activité sexuelle sans objet, auto-érotique, déterminée par l'activité d'une zone érogène. Cette zone érogène est définie comme "une région de l'épiderme ou de la muqueuse qui, excitée de certaine façon, procure une sensation de plaisir d'une qualité particulière"<sup>1</sup>. Freud ajoute que cette sexualité se développe en s'étayant sur une fonction physiologique essentielle à la vie. En l'occurrence, chez le nourrisson, cette fonction est l'alimentation et cette zone érogène privilégiée, la bouche. La bouche, lieu d'échange du nourrisson avec sa mère lors de l'allaitement, lieu de découverte des mains, des objets portés à la bouche. Le but de la sexualité infantile orale est l'apaisement d'un état de tension (provoqué par la faim) qui permet d'aboutir à un sentiment de satisfaction. L'expérience de la satisfaction entraîne chez le nourrisson le besoin de répétition de cette activité auto-érotique.

Freud décrit également des phases de développement de l'organisation sexuelle, à partir de l'observation des névroses. Il existe selon lui une première organisation sexuelle pré-génitale, auto-érotique, qui débute par le stade oral, ayant pour but "l'incorporation de l'objet, prototype de ce que sera plus tard l'identification"<sup>2</sup>. Puis une seconde phase pré-génitale, appelée sadique-anale, prend le relais, dont la zone érogène est la muqueuse intestinale et anale. Après l'organisation sexuelle pré-génitale, se met en place le choix de l'objet, en deux temps, qui encadrent la phase de latence. Entre deux et cinq ans, se joue le complexe d'Œdipe. L'enfant est attiré par le parent de sexe opposé. Ce désir, non réalisable,

<sup>1</sup> Freud S., « La sexualité infantile », 1905, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*.

<sup>2</sup> Ibid



finit par être refoulé lors de la période de latence. Durant cette période, la pulsion sexuelle est tournée vers des activités d'ordre intellectuel et représente un moteur pour les apprentissages.

Ensuite, à la puberté, une deuxième poussée permet le choix d'un objet sexuel extérieur à la famille. Mais Freud précise que l'adolescent ne peut faire le choix d'un nouvel objet sexuel qu'après avoir renoncé aux objets de son enfance. Les adolescentes souffrant d'anorexie mentale n'ont d'ailleurs probablement pas renoncé à leurs objets infantiles, et il est remarquable de voir tous les moyens qu'elles mettent en œuvre pour rendre impossible la recherche d'objets extérieurs à la famille. Freud fait ainsi l'hypothèse que des troubles de la génitalité à l'adolescence pourraient s'exprimer au niveau de la zone orale, comme dans l'anorexie mentale. La bouche ayant à la fois une fonction sexuelle (comme zone érogène) mais aussi non sexuelle (l'alimentation), Freud propose que des troubles alimentaires pourraient être l'expression de troubles de la génitalité. En outre, l'hyperinvestissement intellectuel des anorexiques ne peut-il pas être considéré comme un moyen de défense, une forme de refoulement des désirs sexuels de l'adolescente, comparable aux mécanismes de la période de latence?

*"Raiponce, Raiponce, laisse descendre ta chevelure."*

*La chevelure tomba, le fils du roi grimpa. Raiponce fut d'abord saisie d'effroi quand un homme, tel que ses yeux n'en avaient jamais vu, s'approcha d'elle, mais le prince lui parla avec douceur, lui expliqua que son chant l'avait tellement troublé qu'il ne connaissait plus le repos et qu'il avait dû trouver un moyen de la voir. La peur de Raiponce s'évanouit et bientôt elle trouva le prince à son goût. Elle lui permit de lui rendre visite chaque jour et de monter en s'aidant de sa chevelure. Les deux jeunes gens connurent des moments de bonheur, et quand le prince demanda à Raiponce si elle voulait de lui pour mari, elle répondit oui et mit sa main dans la sienne.*

*Raiponce, les frères Grimm*

## 2) Oralité, liens précoces mère-bébé et archaïsme.

*Le frère prit la main de sa soeur et lui dit: "Depuis que notre mère est morte, nous n'avons pas eu un jour de bonheur. Notre belle-mère nous bat et si nous approchons d'elle, elle nous repousse d'un coup de pied. Nous n'avons à manger que les croûtons durs laissés par les autres. Le chien, sous la table, est mieux traité que nous car, de temps en temps, on lui jette un bon morceau. Si seulement notre mère savait, comme elle aurait pitié de nous! Viens, allons-nous-en de par le vaste monde!"*

*Petit frère et petite soeur, les frères Grimm*

Contrairement à Freud, Mélanie Klein a bâti ses théories sur le développement psychique infantile à partir d'un travail psychanalytique auprès d'enfants. Elle a ainsi élaboré toute une théorie sur le développement précoce de l'enfant et les mécanismes archaïques qui le régissent. Selon M. Klein, le bébé présente, dès la naissance, une agressivité se traduisant par des tendances sadiques envers le sein maternel, son premier objet. De plus, le fonctionnement du petit enfant est régi par deux mécanismes primordiaux: l'introjection et la projection. L'introjection ou incorporation, est l'intériorisation d'une représentation interne de l'objet, ou imago. Le sein maternel est ainsi clivé en imagos bonnes ou mauvaises. En effet, au début, l'objet n'est pas considéré par le nourrisson comme un tout mais comme des parties distinctes. L'objet est donc dit partiel, jusqu'à ce que l'enfant soit capable d'unifier ces objets partiels en un objet total, et de les relier à la mère réelle. Le sein peut ainsi être à la fois le bon objet quand il est présent et satisfait le nourrisson, mais aussi le mauvais objet quand il est absent et frustre l'enfant.

Par ailleurs, le petit enfant est assailli par des angoisses archaïques, comparables à certaines angoisses psychotiques. Pour commencer, M. Klein parle du

"traumatisme de la naissance"<sup>1</sup>, qui est à l'origine des premières angoisses de séparation. Ensuite, le nourrisson doit faire face à des angoisses de morcellement. En effet, de la même façon qu'il n'a de relation qu'avec des objets partiels, le nourrisson n'a pas une image unifiée de lui-même.

A ce propos, les apports de Winnicott sont très importants. Winnicott parle de "non-intégration primaire", c'est-à-dire la méconnaissance par le nourrisson de l'intégration du Moi primitif dans son propre corps. En effet, les premiers mois, le bébé est indifférencié de sa mère, mais il va peu à peu distinguer son propre corps de celui de sa mère. Progressivement, "la peau devient la frontière entre le moi et le non-moi"<sup>2</sup>. Il existe une tendance à l'intégration, grâce aux soins quotidiens prodigués à l'enfant (portage, bercement, dénomination du bébé par son prénom) et aux expériences instinctuelles aiguës (faim, émotions, agressivité...etc), mais l'intégration définitive du Moi met du temps à s'établir. Les premiers mois de son développement affectif, le nourrisson va ainsi alterner entre des états d'intégration et de désintégration. Winnicott décrit la désintégration comme "un abandon aux pulsions non contrôlées"<sup>3</sup>. Les moments de désintégration sont comparables aux états de dissociation chez le psychotique. Si le bébé ne bénéficie pas des soins requis par une personne source, le plus souvent sa mère, il peut y avoir un défaut dans l'intégration. Par ailleurs, si la non-intégration est indolore, à mesure que l'intégration s'acquière, la désintégration est source d'angoisse.

Pour M. Klein, ces états de désintégration correspondent à un clivage du Moi, comme pour les objets internes, clivés en bons et mauvais objets. Le bébé fait alors l'expérience, normalement transitoire, d'un Moi morcellé. C'est la mère, par ses

<sup>1</sup> Klein M., « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », 1946.

<sup>2</sup> Winnicott, « Intégration du moi au cours du développement de l'enfant », 1962.

<sup>3</sup> Ibid.

gratifications et ses marques d'amour, qui permet à l'enfant de surmonter les états de désintégration et les angoisses de morcellement qui les accompagnent. On suppose que si la mère ne remplit pas suffisamment ce rôle de tendresse et de contenance auprès de son enfant, cela peut contribuer à la genèse de troubles graves de la personnalité, de troubles psychotiques ou de troubles de l'image de soi. Nous aborderons plus loin les troubles de l'image de soi, majeurs dans l'anorexie mentale. Ajoutons que la finesse d'adaptation de la mère aux besoins du bébé est importante mais que les capacités du nourrisson à tenir compte des carences d'adaptation de sa mère jouent aussi leur rôle. Citons Winnicott: "Il est évident que, d'un enfant à l'autre, la capacité mentale à aider la mère dans sa conduite (management) à son égard varie beaucoup. La plupart des mères savent s'adapter aux capacités mentales bonnes ou médiocres de chaque nourrisson (...). Il n'est cependant que trop facile à une mère vive de ne plus être au pas de l'un de ses enfants de capacité intellectuelle limitée; et l'enfant rapide peut également perdre la contact avec une mère lente"<sup>1</sup>.

M. et H. Vermorel se sont penchés sur la question du clivage de la personnalité chez les jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale. Pour eux, il existerait chez les patientes souffrant d'anorexie "une structure s'exprimant sous la forme d'un noyau autonome"<sup>2</sup>, qui résulterait de la condensation de deux noyaux traumatiques: l'un sexuel, constitué à la puberté, l'autre oral, installé dans la petite enfance, en raison de troubles dans l'établissement des premiers liens mère-bébé. Ce noyau anorexique pourrait toutefois coexister avec des structures de personnalité variées. Le clivage entre ce noyau autonome et le reste de la personnalité expliquerait en partie le mécanisme du déni; déni "de la souffrance, des affects et de l'image du corps"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Winnicott, « La première année de la vie », 1958.

<sup>2</sup> Vermorel Henri et Madeleine, « Abord métapsychologique de l'anorexie mentale », 2001.

D'autres angoisses archaïques prennent leur source dans l'oralité. L'agressivité primaire du bébé et son omnipotence lui font craindre qu'en s'attaquant au sein, il pourrait dévorer sa mère, et donc la faire disparaître. Les angoisses de dévoration s'associent aux angoisses cannibaliques, qui représentent la possible vengeance de la mère face à l'agressivité du nourrisson. Ces angoisses se traduisent bien dans le refus actif de s'alimenter, chez les jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale.

*Hansel grimpa sur le toit et en arracha un petit morceau pour goûter. Grethel se mit à lécher les carreaux. On entendit alors une voix suave qui venait de la chambre:*

*" Langue, langue lèche! Qui donc ma maison lèche?"*

*Les enfants répondirent: - C'est le vent, c'est le vent. Ce céleste enfant."*

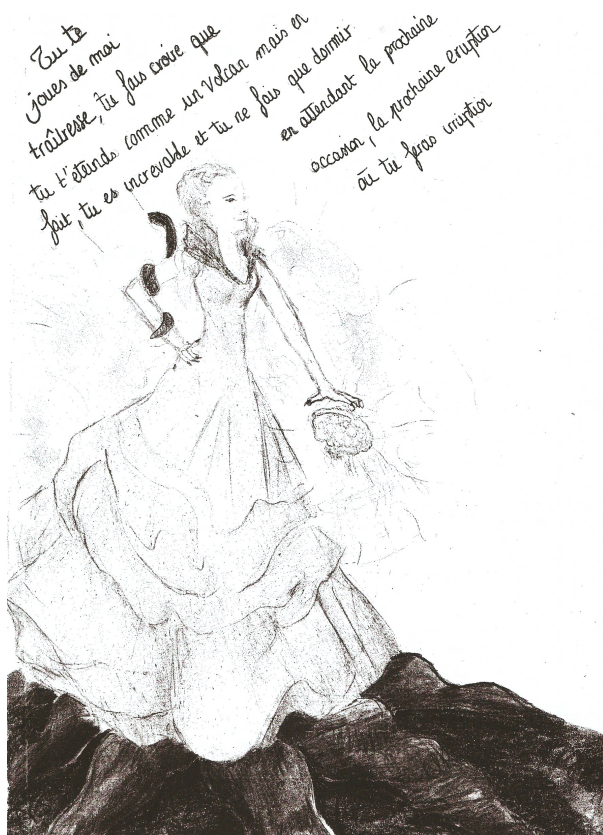
*Et ils continuèrent à manger sans se laisser détourner de leur tâche. Hansel, qui trouvait le toit fort bon, en fit tomber un gros morceau par terre et Grethel découpa une vitre entière, s'assit sur le sol et se mit à manger. La porte, tout à coup, s'ouvrit et une femme, vieille comme les pierres, s'appuyant sur une canne, sortit de la maison. Hansel et Grethel eurent si peur qu'ils laissèrent tomber tout ce qu'ils tenaient dans leurs mains.*

*Hansel et Grethel, les frères Grimm*

Mélanie Klein parle, chez le petit enfant, de pulsions sadiques-orales et sadiques-anales, nous nous intéresserons ici aux premières. Poussé par ses pulsions sadiques-orales, et dans son besoin d'incorporer le sein maternel, le nourrisson a le fantasme de dévorer la "bonne" mère. L'introjection du bon objet donne au nourrisson l'illusion de le posséder, mais cela s'associe à une grande responsabilité: celle de protéger l'objet aimé de ses persécuteurs internes et des pulsions du Ça. Or, le nourrisson peut se sentir impuissant dans cette mission. De plus, quand la mère s'absente, le nourrisson omnipotent croit l'avoir mangée et détruite. La pulsion cannibalique s'accompagne donc inexorablement d'une angoisse terrible chez le bébé,

celle de la "perte de l'objet aimé"<sup>1</sup>. L'introjection du bon objet est pourtant indispensable à un développement normal. Selon M.Klein, L'imgo du bon sein maternel forme dans le Moi un "point nodulaire", dont il appuie la cohésion et l'intégration. "Dans des états de frustration ou d'angoisse accrue, le bébé est amené à s'enfuir vers son objet idéalisé interne comme moyen d'échapper à ses persécuteurs"<sup>2</sup>.

En outre, par un mécanisme de projection de sa propre agressivité sur les objets extérieurs, le nourrisson craint d'être empoisonné ou dévoré. Au travers des angoisses de dévoration, le mauvais objet devient persécuteur. Or, "quand la crainte de persécution est trop forte, la fuite vers l'objet idéalisé devient excessive et cela gêne considérablement le développement du moi et perturbe les relations objectales. Il peut en résulter que le moi se sente entièrement asservi à son objet interne et entièrement dépendant de lui"<sup>3</sup>.



<sup>1</sup> Klein M., « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », 1946.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

Plus généralement, M.Klein défend l'hypothèse d'une angoisse primaire, générée par la pulsion de mort, et ressentie comme une angoisse d'anéantissement; d'où la nécessité pour le Moi d'administrer cette angoisse. Cela oblige le premier Moi à développer des mécanismes de défenses archaïques comme la projection et l'introjection, l'idéalisation du bon sein, le clivage et le déni. Les patientes anorexiques ont recours à des mécanismes de défense archaïques mais sont, en revanche, incapables de refouler leurs pulsions génitales. En effet, le refoulement est considéré comme un mécanisme de défense névrotique, plus évolué, qui suppose d'avoir surmonté les angoisses archaïques et d'avoir intégré le Moi.

Selon Micheli-Rechtman, l'anorexie est une "lutte interminable contre les exigences de la pulsion orale"<sup>1</sup>. Devant la poussée pulsionnelle génitale à la puberté, et le risque d'incorporation des objets infantiles, la pulsion de mort prend le dessus sur la pulsion de vie. "La pulsion de mort est ce qui tendrait en premier lieu à annuler tout ce qui serait du registre de l'excitation, comme si la tendance était à l'annihilation complète des tensions, à une espèce d'homéostasie"<sup>2</sup>. L'anorexique pousse l'homéostasie à l'extrême puisque tout son fonctionnement biologique et physiologique tourne au ralenti. Ses ovaires sont mis au repos, bloquant l'horloge biologique des cycles menstruels. Le corps décharné et indifférencié incarne ce temps suspendu entre l'enfance et l'âge adulte, entre la vie et la mort.

Quand le nourrisson est capable d'entrer dans un mode de relation à un objet total, il passe pour M.Klein de la position schizo-paranoïde à la position dépressive, que Winnicott appelle le stade de la sollicitude. Le petit enfant est alors en capacité de se sentir coupable en raison de la haine qu'il ressent pour sa mère. Néanmoins, il est

<sup>1</sup> Micheli-Rechtman, « Anorexie et pulsion de mort: une perspective lacanienne », *Analyse Freudienne Presse*, 2002.

<sup>2</sup> *Ibid.*

normalement capable de supporter cette culpabilité grâce à l'utilisation de la réparation. C'est à ce stade qu'apparaît chez l'enfant l'ambivalence, qui permet un va et vient des imagos bonnes aux mauvaises, tout en maintenant une cohésion des objets totaux, intériorisés et réels.

Dans la théorie de Bion, les impressions sensorielles et les expériences émotionnelles primitives du nourrisson existent initialement sous forme de "choses-en-soi", non métabolisées, qu'il nomme "éléments-bêta". Ces éléments-bêta pré-existent à la capacité de penser. Ils sont projetés, par le nourrisson, sur sa mère qui est supposée assurer une fonction contenant et métabolisante des éléments-bêta. Il s'agit de la "fonction-alpha", normalement soutenue par "l'appareil à penser les pensées" de la mère, et sa "capacité de rêverie". La fonction-alpha permet de transformer les éléments-bêta en éléments-alpha, qui correspondent à des images servant à former les pensées oniriques, les rêves et les souvenirs. Contrairement aux éléments-bêta, les éléments-alpha sont assimilables par le narcissisme fragile du nourrisson; il peut ainsi les réintrojecter sans dommage. Deux composants essentiels entrent en compte dans la mise en place de la fonction-alpha: la capacité de rêverie de la mère, d'une part, et la capacité à tolérer la frustration du nourrisson, d'autre part<sup>1</sup>.

Ainsi, par exemple, lorsque le nourrisson est confronté à des frustrations, comme l'absence du sein, il est plus ou moins en capacité de gérer ce manque, selon sa capacité innée de tolérance à la frustration. Un nourrisson ayant une grande capacité de tolérance à la frustration, aura tendance à projeter cette frustration sous forme d'éléments-bêta et donc à les modifier par la fonction-alpha. En revanche, si l'intolérance à la frustration est limitée, le nourrisson aura recours à l'identification

<sup>1</sup> Bion, « Une théorie de l'activité de pensée », 1962.



projective au mauvais objet. Ce mécanisme contribue pour Bion à empêcher la distinction entre le soi et l'objet externe.

Pour que la fonction-alpha existe, il y a une deuxième condition: la mère doit être capable de tolérer les projections de son enfant et de les digérer grâce à sa capacité de rêverie. Dans le cas contraire, si les projections ne sont pas acceptées par la mère, le bébé les réintrojecte et il en résulte une angoisse, voire une "terreur sans nom"<sup>1</sup>. Si la fonction-alpha est assurée et que la relation mère-enfant est contenante, le nourrisson va progressivement acquérir son propre appareil à penser les pensées et se différencier de sa mère.

Geneviève Bourdellon reprend la théorie de Bion dans le cas de l'anorexie mentale. Elle fait l'hypothèse d'un défaut d'accordage mère-enfant dès les premiers liens. Elle montre ainsi comment le retrait libidinal d'une mère endeuillée, en raison de l'échec des relations avec sa propre mère, peut influencer sur le développement narcissique de son enfant. La mauvaise interprétation des besoins du nourrisson par la mère, au travers du prisme de ses propres failles narcissiques, ajoutée à l'absence de tendresse, et aux carences, désorganisent la fonction contenante maternelle. "Le défaut d'interprétation du plaisir de la mère par l'enfant, et réciproquement celle du plaisir de l'enfant par la mère ne peut permettre l'introjection pulsionnelle d'un objet interne gardien de vie, ne peut permettre l'investissement du corps, de ses éprouvés (faim, satiété), de ses désirs naissants. L'enfant se sent nié dans son être. La non-authentification des éprouvés de l'enfant par la mère font le lit d'une incapacité à différencier suffisamment corps maternel et corps infantile"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Bion, « Une théorie de l'activité de pensée », 1962.

<sup>2</sup> Bourdellon G., « L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc" », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

Selon de nombreux auteurs, il y aurait eu, chez les adolescentes souffrant d'anorexie mentale, des troubles lors de la mise en place des relations précoces mère-bébé. Que l'on parle de défaut d'accordage, de défaillance du "holding" de Winnicott ou de la contenance mère-enfant de Bion, le résultat est l'impossible mise en place de "la créativité d'une vie fantasmatique sexuelle infantile alimentant la vie relationnelle. La dépendance à l'objet maternel devient aliénante, voire intrusive, circulairement nouvelle source de haine et d'indifférenciation"<sup>1</sup>. Pour Evelyne Kestemberg, ce qui "pourrait être déterminant, c'est la rencontre entre les inhibitions et les contraintes dont souffrent les parents et l'intensité des besoins pulsionnels des enfants dans leur premier âge. Ces derniers semblent, en effet, présenter dès la naissance des exigences pulsionnelles libidinales très importantes, bien au-delà de ce qui peut leur être offert"<sup>2</sup>. On peut faire l'hypothèse que les liens précoces mère-bébé ont ainsi été perturbés entre Blanche-Plume et sa mère, déprimée après son accouchement. Nous apprendrons d'ailleurs au cours de la thérapie familiale que la naissance de ses filles a réactivé des carences dans les relations premières avec sa propre mère, la grand-mère de Blanche-Plume.

Dans *L'image inconsciente du corps* (1984), Françoise Dolto décrit le développement du petit enfant marqué, selon elle, par plusieurs castrations symboligènes. Parmi ces étapes, "la castration orale signifie la privation imposée au bébé de ce qui est pour lui le cannibalisme vis-à-vis de sa mère, c'est-à-dire le sevrage (...) Cette castration orale de la mère implique qu'elle-même soit capable de

<sup>1</sup> Bourdellon G., « L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc" », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., *La faim et le corps*, 1972, Paris, PUF.

communication avec son enfant autrement qu'en lui donnant de l'alimentation, en lui prenant ses excréments et en le dévorant de baisers et de caresses"<sup>1</sup>. Il s'agit donc bien, à la fois, de la castration orale du bébé, et de la mère. Ce double sevrage aboutit souvent à la mise en place d'un auto-érotisme oral chez le bébé, qui reporte "ses pulsions cannibales sur ses propres mains (...) avec l'illusion qu'il continue ainsi d'être au sein de sa mère"<sup>1</sup>. Ce besoin de suçotement est pour F.Dolto le signe d'une castration orale en partie manquée, car c'est le langage qui doit prendre la place du sein. La castration orale symboligène est ainsi nécessaire à "l'introduction de l'enfant, en tant que séparé de la présence absolument nécessaire de sa mère, à la relation avec autrui"<sup>1</sup>. On peut faire l'hypothèse que, chez une jeune fille ayant vécu une castration orale perturbée, le langage et la relation à l'autre n'a pas pu complètement s'installer, et le langage du corps reste le seul moyen de communiquer avec ses parents sur des angoisses indicibles, réveillées par la puberté.

B. Lewin utilise la triade "manger, être mangé, dormir"<sup>2</sup>, pour décrire la situation de l'enfant allaité. En effet, en étant nourri au sein, l'enfant obtient la satisfaction de ses pulsions orales. Comme juste retour des choses, il désire lui-même être mangé par sa mère. Ainsi, le désir d'être mangé par la mère, renversement de la pulsion orale active chez le nourrisson, "s'inscrit dans le désir et l'illusion qui animent l'enfant d'être pour elle non seulement un objet de jouissance mais la source même de sa jouissance"<sup>2</sup>. Pour André Bauduin, "L'enfant par là exprime son illusion d'être tout pour elle"<sup>3</sup>. Remarquons que, en dehors de l'adolescence, l'anorexie se développe le plus souvent chez le nourrisson, et traduit sans doute des troubles de l'oralité et de la

<sup>1</sup> Dolto Françoise, *L'image inconsciente du corps*, 1984, éditions du Seuil, collection Points.

<sup>2</sup> Lewin B., « The body as phallus », 1933.

<sup>3</sup> Bauduin Andrée, « Variations sur le thème d'être mangé », 2001.

mise en place des relations précoces mère-bébé. On retrouve d'ailleurs une anorexie du nourrisson chez de nombreuses jeunes filles souffrant d'anorexie mentale.

Madeleine et Henri Vermorel décrivent les crises de boulimie comme un processus autocalmant pour lutter contre les angoisses qui submergent le Moi. Néanmoins, tout de suite après la crise, les patientes sont souvent prises d'un besoin irrésistible de vomir car l'ingestion incontrôlée de nourriture est ressentie "comme l'envahissement interne d'un sein monstrueux"<sup>1</sup> qu'il faut expulser à tout prix. Au travers du cas de Séverine, on comprend comment le fait de manger pouvait donner l'impression à cette jeune femme anorexique d'être "envahie par le corps maternel qui à la fois la pénètre du dedans et enveloppait son corps dans une perception horrible"<sup>2</sup>. La confusion entre le corps de la mère et celui de l'adolescente, aboutissait à une vision "monstrueuse à cause de son caractère incestuel"<sup>3</sup>.

Paradoxalement, on retrouve souvent chez ces patientes des angoisses de séparation, même si elles ne sont pas mentalisées, s'exprimant par une recrudescence des symptômes lors de la séparation avec un proche. L'image clivée de la mère, à la fois attirante et dangereuse, donne naissance à un dilemme: détruire ou être détruite. La néantisation du corps par le jeûne est une manière de mettre fin à ce conflit. L'angoisse de séparation est très marquée chez Blanche-Plume, bien qu'elle ne supporte plus de passer du temps seule avec ses parents car leur relation est destructrice.

Pour apprendre à gérer les angoisses de séparation, le rituel de lecture d'un conte au coucher, par les parents au petit enfant, a toute son importance. Dans les contes, l'image des parents qui abandonnent leurs enfants (comme dans *Le Petit*

<sup>1</sup> Vermorel Henri et Madeleine, « Abord métapsychologique de l'anorexie mentale », 2001.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

*Poucet* ou *Hansel et Gretel*) incarne cette angoisse de séparation mais, quels que soient les obstacles traversés, les enfants arrivent toujours à revenir vers la maison familiale, tout en acquérant une certaine autonomie. C'est l'adulte-conteur qui est garant de la continuité de la relation en répétant ce rituel tous les soirs. Pour Florian Houssier, "L'adulte secourable serait celui qui est sollicité par l'enfant pour répéter la même belle histoire avant de se coucher, comme préparation au monde nocturne de la vie des rêves; cet adulte est (...) capable de rêver-crée et jouer lui-même, et de transmettre les éléments de sa capacité à rêver comme matériel à intérioriser pour l'enfant (...) Cette conception de la transmission et de l'accompagnement de l'enfant vers le monde des rêves est aussi traversée par la préparation à un nécessaire abandon"<sup>1</sup>, pour permettre une autonomisation progressive.

### 3) Oralité et génitalité

*Lorsque le Loup eut apaisé sa faim, il se recoucha, s'endormit et commença à ronfler bruyamment. Un chasseur passait justement devant la maison. Il se dit: "Comme cette vieille femme ronfle! Il faut que je voie si elle a besoin de quelque chose." Il entre dans la chambre et quand il arrive devant le lit, il voit que c'est un Loup qui y est couché. "Ah! c'est toi, bandit!" dit-il. "Voilà bien longtemps que je te cherche." Il se prépare à faire feu lorsque tout à coup l'idée lui vient que le Loup pourrait bien avoir avalé la grand-mère et qu'il serait peut-être encore possible de la sauver. Il ne tire pas, mais prend des ciseaux et commence à ouvrir le ventre du Loup endormi. À peine avait-il donné quelques coups de ciseaux qu'il aperçoit le Chaperon Rouge.*

*Le Petit Chaperon rouge, les frères Grimm*

<sup>1</sup> Houssier Florian, « Pierre l'Ébouriffé et les souhaits infanticides : du conte à la clinique de la parentalité », *La psychiatrie de l'enfant*, 2007.

Même si la zone érogène principale se déplace de la bouche aux organes génitaux lors de la puberté, des liens très forts entre oralité et génitalité persistent à l'adolescence. Les fantasmes infantiles, tels que le fantasme de fécondation orale, ancrent profondément la sexualité au niveau de la zone orale. On comprend alors que les anorexiques, dans leur lutte contre toute pulsion génitale, se mettent de telles barrières orales par un jeûne drastique, ou présentent des crises de boulimie lors de pertes momentanées de contrôle. Pour Blanche-Plume, la restriction alimentaire est quasi-totale et mettra plusieurs mois à se réinstaurer, au prix d'une nutrition entérale prolongée.

En s'appuyant sur la psychothérapie individuelle de Séverine, une patiente anorexique, H. et M. Vermorel montrent la confusion qui peut exister entre l'oralité et la féminité<sup>1</sup>. Cette patiente, dans le contexte de ses premières expériences sexuelles, et devant les menaces d'un père violent, a brutalement cessé de s'alimenter car elle avait peur d'être enceinte. Être "grosse" était confondu avec être enceinte. Maigrir était aussi un moyen de lutter contre ses formes féminines. Chez Séverine, les affects réprimés (notamment le désir sexuel) étaient alors remplacés par des comportements autocalmants, comme les crises de boulimie suivies de vomissements, une hyperactivité physique et un hyperinvestissement intellectuel. Le recours à de tels processus autocalmants résulterait de l'échec de la constitution d'un auto-érotisme à l'adolescence. Pour Blanche-Plume, l'auto-érotisme est totalement absent, et la zone génitale non investie. Elle peut dire à quel point la zone floue, que constituent ses organes génitaux externes, lui est étrangère.

Selon André Bauduin, avant de devenir un objet total pour la mère, l'enfant est d'abord un objet partiel, identifié au pénis de son père: "l'enfant est progressivement

<sup>1</sup> Vermorel Henri et Madeleine, « Abord métapsychologique de l'anorexie mentale », 2001.

"mis au jour" dans une oscillation constante entre ce qu'il est dans le rêve de la mère: corps-enfant-pénis de son propre père (...) et ce qu'il est dans la réalité, corps entier fruit d'une union avec le père réel"<sup>1</sup>. Il y a ainsi une "oscillation dans l'investissement maternel entre l'enfant objet de ses pulsions partielles et l'enfant objet total. Oscillation nécessaire à l'organisation de l'inconscient et plus tard du préconscient de l'enfant"<sup>2</sup>. Par la suite, l'enfant "garde des traces de tous les investissements de lui-même par sa mère et ceci sous forme d'identifications à ces objets partiels"<sup>3</sup>. Ainsi, l'enfant, fille ou garçon, aura lui-même tendance à identifier son corps à un pénis.

*Jack sortit de sa cachette et prit la harpe. Mais, en quittant le château, il cogna la harpe contre la porte et elle résonna : doïng ! doïng ! A ce bruit, le géant se réveilla en sursaut et poussa un cri terrible en voyant Jack emporter la harpe. Il s'élança aussitôt pour le rattraper. Ah ! mes amis, quelle course ! le géant allait saisir le garçon mais celui-ci sauta sur la tige du haricot et commença à descendre. Comme une sauterelle, le petit bondissait de feuille en feuille, tandis que le géant descendait lourdement. Il n'avait pas fait la moitié du chemin que Jack était déjà par terre et courait chercher un hache dans la grange, pour couper le pied du haricot. Vite ! Le géant arrive... Trop tard pour lui ! Crraac ! le haricot s'écroule comme un arbre sous les coups du bûcheron et le géant s'écrase par terre !*

*Jack et le haricot magique*

A.Bauduin interprète ainsi l'histoire d'Alice de Lewis Carroll: Alice, une enfant en plein stade de latence, est "précipitée dans le monde fou du rêve"<sup>4</sup>, où les fantasmes prennent vie. Les changements de taille suggèrent l'identification du corps d'Alice au pénis. Or les métamorphoses d'Alice sont toujours provoquées par

<sup>1</sup> Bauduin Andrée, « Variations sur le thème d'être mangé », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

l'ingestion de nourriture ("mange moi", "bois-moi"). On retrouve ici le lien entre oralité et génitalité.

Les rêves témoignent également des liens entre l'oralité et la génitalité. En effet, beaucoup de rêves à thématique sexuelle se traduisent par des contenus manifestes oraux. Freud, dans le cas de *l'Homme aux loups*<sup>1</sup>, montre le lien entre oralité et génitalité dans les rêves. Durant son analyse, ce patient décrit un rêve qu'il faisait régulièrement dans la petite enfance, entre trois et cinq ans: alors qu'il est couché dans son lit, il voit la fenêtre de sa chambre s'ouvrir, et découvre que plusieurs loups (six ou sept) sont perchés sur le vieux noyer en contrebas et l'observent. Il est alors pris d'une grande angoisse, celle d'être dévoré par les loups, et se réveille en criant. Freud fait le lien entre ce rêve et deux contes: *Le Loup et les sept Chevreaux* et *Le Petit Chaperon rouge*. On retrouve en effet dans ces contes le thème du loup et de la dévoration. Le patient ayant entendus ces contes dans son enfance, ceux-ci sont probablement à l'origine du contenu manifeste du rêve. Mais le rêve fait également référence à une histoire racontée par le grand-père du patient: un loup se fait arracher la queue par un tailleur alors qu'il vient de pénétrer par la fenêtre dans son atelier. Derrière ces angoisses de dévoration, le contenu latent du rêve porte donc sur le complexe de castration. Le patient, à l'époque du rêve est en plein complexe d'Œdipe. On peut facilement faire le rapprochement entre le loup et le père castrateur. Parallèlement, le patient débute à la même époque une névrose phobique envers certains animaux (les chevaux et les papillons) qui traduisent aussi pour Freud ses angoisses de castration. On peut ajouter, dans l'anamnèse de ce patient, une période de

<sup>1</sup> Freud S., « L'Homme aux loups, A partir de l'histoire d'une névrose infantile (1918b) », dans *Cinq psychanalyses*.



troubles alimentaires se traduisant par un refus de s'alimenter, excepté avec des bonbons, des "douceurs". Ces aliments, pour Freud, représentent les caresses, les satisfactions sexuelles. Ces troubles alimentaires apparus à la même époque que le rêve traduisent une régression au stade oral. Comme les rêves, les contes et les mythes regorgent de contenus sexuels, sous des représentations orales. Nous y reviendrons plus tard dans le chapitre consacré aux contes.

Au travers de l'analyse de Hans<sup>1</sup>, menée par son propre père et supervisée par Freud, on retrouve également des liens entre oralité et génitalité. Cette analyse, originale car menée chez un enfant de cinq ans en plein complexe d'Œdipe, permet d'en comprendre les mécanismes. Désirant ardemment posséder sa mère, Hans doit faire face à des angoisses de castration par son père, qui est le garant de l'interdit de l'inceste. Vis-à-vis de son père, Hans est sans cesse dans l'ambivalence. Le père est à la fois admiré et redouté, aimé et haï. Les angoisses de castration de Hans se traduisent par une névrose phobique à contenu oral: Hans est très angoissé en présence de chevaux car il a peur de se faire mordre. Cette crainte répond au désir secret de Hans que le cheval meure. Le cheval est ici un substitut du père, rival de Hans dans la séduction de la mère. La morsure est une forme déguisée de la castration.

Dans *Totem et Tabou*<sup>2</sup>, Freud s'intéresse aux sociétés primitives animistes, dans lesquelles le totem avait une grande importance dans la mise en place et le maintien de la structure sociale. En effet, le totem est héréditaire et définit l'appartenance à une famille. Mais le totem est avant tout, pour Freud, le garant de l'interdit de l'inceste. C'est grâce aussi à l'existence de règles unanimement reconnues

<sup>1</sup> Freud S., «Le petit Hans, analyse de la phobie d'un garçon de 5 ans (1909b)», dans *Cinq psychanalyse*.

<sup>2</sup> Freud S., *Totem et Tabou*, 1912-1913.

par le groupe comme inviolables, les tabous, que l'ordre social est maintenu. Les tabous sont ainsi à l'origine de la conscience morale, commune aux membres du groupe. Les deux tabous fondamentaux sont de ne pas tuer l'animal totem et d'éviter les relations sexuelles avec les compagnons totémiques de l'autre sexe. Evidemment, la tentation de transgresser les tabous est grande. Toutefois, comme le tabou est profondément ancré dans la conscience commune, le désir de transgression s'accompagne d'une culpabilité et d'une angoisse qui garantissent en principe le respect du tabou. Freud compare le rapport des peuples primitifs au totem (souvent un animal) et le rapport de l'enfant à l'animal: "Il reconnaît sans hésitation l'animal comme son égal; adhérant sans aucune inhibition à ses besoins, il se sent certainement plus proche de l'animal que de l'adulte, qui est probablement une énigme pour lui". Il souligne également la fréquence des phobies d'animaux chez les enfants. Comme pour le totem chez le primitif, l'animal est un équivalent de l'autorité paternelle et le garant de l'interdit de l'inceste. Les phobies d'animaux traduisent la rivalité avec le père et la crainte de la castration.

*Pour vous rendre méconnaissable, la dépouille de l'âne est un masque admirable. Cachez-vous bien dans cette peau, on ne croira jamais, tant elle est effroyable, qu'elle renferme rien de beau. La princesse ainsi travestie de chez la sage fée à peine fut sortie, pendant la fraîcheur du matin, que le prince qui pour la fête de son heureux hymen s'apprête, apprend tout effrayé son funeste destin. Il n'est point de maison, de chemin, d'avenue, qu'on ne parcoure promptement ; mais on s'agite vainement, on ne peut deviner ce qu'elle est devenue.*

*Peau D'Âne, Charles Perrault*

#### 4) Image du corps, temporalité et narcissisme.



Dans une étude comparative portant sur les représentations du système digestif et des fonctions ingestion-assimilation-expulsion, dans la population générale d'une part, et chez des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale d'autre part, Christine Durif-Bruckert étudie la problématique de "l'interdépendance entre la perception de l'image du corps et les capacités d'élaboration et de construction du phénomène de l'ingestion/digestion"<sup>1</sup>. Cette étude montre également comment les rythmes physiologiques, en instaurant une rythmicité, une temporalité et une continuité, participent à l'appropriation d'une image cohérente de soi. Dans les représentations populaires, l'axe oral/anal, "véritable axe anthropologique de structuration (et de

<sup>1</sup> Durif-Bruckert C., « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psychosomatique*, 2003.

possible désintégration) de l'image du corps", assure, "en une armature symbolisante, la verticalité du corps"<sup>1</sup>.

Les représentations du processus d'assimilation-digestion rejoignent les problématiques de l'oralité. Ainsi, pour C.Durif-Bruckert, l'incorporation, sur le plan physiologique comme imaginaire, représente l'intériorisation des objets extérieurs. A propos du cannibalisme, Freud écrit, dans *Totem et Tabou*<sup>2</sup>, que l'acte de manger le corps d'une personne permettait, pour les peuples primitifs, de s'approprier ses qualités. Cela réactive en tant que "potentiel de destruction"<sup>3</sup> de l'objet consommé des menaces très archaïques. Comme nous l'avons vu précédemment, les pulsions cannibaliques sont liées par projection aux angoisses de dévoration et aux angoisses d'annihilation.

*Et parce qu'elle était belle, le chasseur eut pitié d'elle et dit: - Sauve-toi, pauvre enfant! Les bêtes de la forêt auront tôt fait de te dévorer! songeait-il. Et malgré tout, il se sentait soulagé de ne pas avoir dû la tuer. Un marcassin passait justement. Il le tua de son poignard, prit ses poumons et son foie et les apporta à la reine comme preuves de la mort de Blanche-Neige. Le cuisinier reçut ordre de les apprêter et la méchante femme les mangea, s'imaginant qu'ils avaient appartenu à Blanche-Neige.*

*Blanche-Neige, les frères Grimm*

En outre, les aliments sont, dans la pensée commune, distingués en bons ou mauvais. C'est pourquoi une action aussi simple que de manger implique en fait "que les critères de protection des territoires du "privé" se réajustent en permanence dans

<sup>1</sup> Durif-Bruckert C., « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psychosomatique*, 2003.

<sup>2</sup> Freud S., *Totem et Tabou*, 1912-1913.

<sup>3</sup> Sagne J.C., « Le repas, acte d'alliance : l'oralité, fondement de la personnalité individuelle et du lien social », 1990.

cette expérience qui met le corps à l'épreuve de l'altérité et de l'impossible fusion (la recherche de l'assimilation cannibalique de l'autre à soi)"<sup>1</sup>.

L'étude fait ressortir des distorsions profondes, dans la représentation du "corps digestif", chez les jeunes femmes anorexiques. Pour certaines, les processus de l'incorporation et de l'introjection sont carrément irreprésentables. "Ces distorsions affectent fondamentalement la spatialisation et la temporalisation du corps digestif"<sup>2</sup>. Les organes composant le système digestif se résument en un tube unique, duquel l'aliment tombe "tout droit". Parfois c'est le corps entier qui est assimilé à un estomac qui se dilate à l'infini. A ce propos, Durif-Bruckert reprend le concept de "corps-tube", employé par E. Kestemberg et S. Decobert, qui révèle "aussi bien leur sentiment de fusion que de la confusion de la génitalité avec l'oralité et dans l'analité"<sup>3</sup>.

D'autre part, la mise au repos du désir oral par le jeûne est un moyen de lutte contre la "peur cannibalique". On peut citer l'exemple d'une patiente suivie par H.Bruch, ayant un vécu phobique de ce fantasme cannibalique: "je me suis vue mangeant les gens de la même façon que la nourriture"<sup>4</sup>.

*Mais l'amitié de la vieille n'était qu'apparente. En réalité, c'était une méchante sorcière à l'affût des enfants. Elle n'avait construit la maison de pain que pour les attirer. Quand elle en prenait un, elle le tuait, le faisait cuire et le mangeait. Pour elle, c'était alors jour de fête. La sorcière avait les yeux rouges et elle ne voyait pas très clair. Mais elle avait un instinct très sûr, comme les bêtes, et sentait venir de loin les êtres humains.*

*Hansel et Grethel, les frères Grimm*

<sup>1</sup> Durif-Bruckert C., « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psychosomatique*, 2003.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid

<sup>4</sup> Bruch H., *Les yeux et le ventre*, Paris, Payot, 1975.

Dans le cas des crises de boulimie, ce sont typiquement des aliments "lourds", hypercaloriques qui sont recherchés par les patientes, dans le but de compenser la frustration mais aussi de "faire du poids" à l'intérieur. "Ce n'est plus le corps qui reçoit et prend l'aliment, mais c'est l'aliment qui possède le corps, qui "le tient", jusqu'à le dévorer". Dans cette situation, les aliments de "l'orgie boulimique" sont "perçus comme d'irrésistibles objets de transgression, tout en étant méprisés", ainsi que comme "d'impossibles objets de réparation"<sup>1</sup>. Plus simplement, les aliments, impuissants à nourrir le corps, sont des objets étrangers qu'il faut éliminer, rejeter dès que possible.

Par ailleurs, pour Durif-Bruckert, les anorexiques ont tendance à "personnifier les aliments sur le mode de la persécution". Les aliments sont ainsi "conçus comme les représentants d'objets destructeurs qui cherchent, comme par une force propre, à s'imposer et pénétrer le corps par effraction"<sup>2</sup>. On comprend, sous cet angle, que les aliments soient vécus comme des ennemis contre lesquels il faut résister à tout prix. "L'aliment est bien cette "chose" qui s'oppose de façon indécente à l'idéal "d'un être sans corps", nous dit C.Durif-Bruckert, et de poursuivre: "inévitablement vidé de tout poids (de sens et d'existence) et de toute limite, le corps est noyé dans la non reconnaissance de l'espace propre et de l'espace étranger"<sup>3</sup>. L'aliment, qui est, chez le nourrisson, prodigué par la mère, vient incarner une mère envahissante et destructrice, dont il faut se protéger. De plus, pour J-P. Guéguen, "Les anorexiques comptent les calories pour enlever aux aliments tout mystère, toute rêverie ou saveur, c'est-à-dire tout imaginaire"<sup>4</sup>. Privés de leur saveur, les aliments ne peuvent être source de plaisir,

<sup>1</sup> Durif-Bruckert C., « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psychosomatique*, 2003.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Guéguen J-Ph., « L'anorexie mentale: une pathologie féminine », 2003.

de rêverie, de créativité. L'aliment est donc vécu comme un objet persécuteur, représentant de la mère, qui fait intrusion dans un corps blessé, fragilisé par des assises narcissiques frêles. Il est alors vital pour l'anorexique de maîtriser ce persécuteur en le rendant insipide.

L'image spatiale du corps est en lien avec la temporalité, régie par les rythmes physiologiques. Ceux-ci sont comme figés par le contrôle permanent exercé par l'anorexique sur son corps. La mise en pause de la temporalité est ainsi exprimée par des patientes: "j'ai l'impression d'un corps inerte, ça bouge plus...le temps est mort", "je pense même pas, y'a pas de temps dans ma vie, c'est seulement les jours qui passent". Pour reprendre les termes de C. Durif-Bruckert, "le temps de l'anorexique est ainsi un temps inachevé, dissocié et en morceaux, tout comme l'espace est dissocié en une multiplicité de parties disparates et isolées"<sup>1</sup>.

En plus des rythmes biologiques, c'est aussi le rythme journalier qui est déstructuré dans l'anorexie mentale. Ce rythme est habituellement donné par l'alternance veille-sommeil et la succession des repas au cours de la journée. Le repas est un moment d'échange primordial entre les membres d'une famille, partageant des aliments, en même temps qu'une même "nourriture symbolique". Dit autrement, le repas est "une scène de structuration identitaire fondamentale", qui fait défaut chez les anorexiques. Citons encore C.Durif-Bruckert: "asséchés de leurs belles fluidités temporalisantes, ces corps en souffrance s'offrent au déploiement du sacrifice et au travail de la pulsion de mort"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Durif-Bruckert C., « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psychosomatique*, 2003.

<sup>2</sup> Ibid.

Le point de vue de M.Marzano nous éclaire encore sur ce problème de la suspension dans un espace-temps figé de la personne souffrant d'anorexie: "le temps n'offre ni cohérence, ni stabilité, ni consistance. (...) Le passé et l'avenir échappent. Le présent, quant à lui, n'est qu'un point gris d'attente et d'oubli". Dans le refus de son corps qui est source d'angoisse, dans le refus de grandir et devenir femme, l'anorexique "vise un vide spatio-temporel qui ne peut se réaliser. Elle cherche à fixer son existence dans une image unidimensionnelle et virtuelle. Le refus de se nourrir exprime ainsi l'illusion de ne plus dépendre des autres, de même que le rêve de fuir la douleur et l'abandon"<sup>1</sup>.

On serait tenté de croire qu'en faisant tout pour effacer les volumes de son corps, l'anorexique tente de s'effacer elle-même. Au contraire, selon Marzano, elle cherche, en s'affranchissant du besoin de se nourrir et dans l'illusion du contrôle de toute forme de dépendance, "à lutter contre l'effacement de sa subjectivité". La maîtrise de son corps est un moyen "de ne pas disparaître et de ne pas éclater en mille morceaux". Le jeûne est donc un moyen de survivre, de lutter contre les angoisses de morcellement. Ce n'est pas que l'anorexique n'ait pas de besoin, elle est au contraire "enragée de faim, de vie et d'amour". Cependant, elle préfère s'enfermer dans un système rigide de règles et d'interdictions, plutôt que d'avoir à affronter ses émotions et les conflits psychiques inhérents à l'adolescence. Marzano explique la rigidité extrême des interdits que l'anorexique s'impose comme une tentative de se forger un Idéal du Moi inébranlable, dans une poussée narcissique désespérée: "idéal de minceur, idéal d'émancipation des besoins corporels, idéal de désincarnation"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Marzano M., « Qui suis-je ? Que puis-je ? » L'anorexie, le corps du vide et le regard d'autrui, *Le Télémaque*, 2004.

<sup>2</sup> Ibid.



Comme nous l'avons vu plus haut, l'image du corps est gravement endommagée dans l'anorexie mentale. Marzano fait l'hypothèse qu'il y aurait eu un dysfonctionnement dans les relations précoces mère-enfant. Ainsi, l'anorexique n'aurait pas eu accès "à une image unitaire d'elle qui lui aurait servi de support identificatoire"<sup>1</sup>. Soit la mère n'aurait pas pu être suffisamment disponible pour permettre à sa fille de s'identifier à elle, car centrée sur sa propre souffrance (dans le cas d'une mère déprimée par exemple); soit, au contraire, dans une relation fusionnelle, excluant toute séparation, la fille serait considérée comme un prolongement de sa mère, sans existence propre. Dans les deux cas, Marzano insiste sur le fait que la restriction alimentaire traduit une lutte contre la fusion et une tentative de construire sa propre identité. Donc l'adolescente anorexique "cherche à fuir le contrôle que les autres semblent exercer sur son existence" mais c'est "une fuite impossible qui rend presque définitive la perte de son identité". Il ne reste alors qu'un vide, qui la terrorise. "Rien n'existe en elle. (...) Aucun désir. Aucune identité"<sup>2</sup>.

Pour Marzano, la patiente anorexique se vit comme insignifiante et transparente. Malgré ses efforts pour s'affranchir des autres, elle n'existe pas sans eux, sans leurs regards posés sur elle. Comment, en effet ne pas être hapé par la vision à la fois dérangeante et fascinante d'un corps-squelette. "Perdue dans le regard des autres et dans leurs attentes, elle n'existe pas en dehors d'eux"<sup>3</sup>. Ainsi, le regard d'autrui la fait exister, l'unifie mais est aussi une menace, susceptible de la détruire, car ce regard extérieur est pour elle un miroir déformant. Dans une dynamique très archaïque, l'anorexique angoisse à l'idée que l'image, reflétée dans les yeux de l'autre, ne se

<sup>1</sup> Marzano M., « Qui suis-je ? Que puis-je ? » L'anorexie, le corps du vide et le regard d'autrui, *Le Télémaque*, 2004.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

fissure. Marzano cite V.Marinov: "L'anorexique présente une sorte d'enveloppe corporelle et psychique caractérisée par une angoisse d'écoulement, de vidage, d'effondrement. Si j'avais à choisir une image pour caractériser cette angoisse, je choisirais l'exemple d'un saignement ininterrompu"<sup>1</sup>.

*Et voilà que, lorsqu'il alluma sa lampe à huile de baleine, c'était là, elle était là, recroquevillée sur le sol de neige, un talon par dessus l'épaule, un genou contre sa cage thoracique, un pied sur le coude. Plus tard, il serait incapable de dire ce qui le poussa - peut-être la lueur du feu adoucit-elle ses traits, ou bien c'était le fait qu'il était un homme seul. Toujours est-il que la respiration du pêcheur se fit plus attentive, que, doucement, il tendit ses mains rudes et, avec les mots d'une mère à son enfant, il se mit à la désenchevêtrer de la ligne.*

*"Na, na..." Il commença par désentortiller la ligne de ses doigts de pied, puis de ses chevilles. "Na, na..." Il travailla jusqu'à la nuit, jusqu'à ce qu'il la vête de fourrures pour lui tenir chaud. Et les os de la femme squelette étaient dans l'ordre qui convenait.*

*Il fouilla dans ses parements de cuir, prit son silex et se servit de quelques-uns de ses cheveux pour faire un supplément de feu. Tout en huilant le bois précieux de sa canne à pêche, et en moulinant la ligne, il la regardait. Elle, dans ses fourrures, ne disait mot - elle n'osait pas - de peur qu'il s'empare d'elle, la jette sur les rochers et la mette en pièce.*

*La femme squelette, conte inuit.*

Le symptôme anorexique vient prendre la place du vide, de cette absence d'identité. "C'est l'objet-nourriture qui prend la place du moi"<sup>2</sup>. Cet objet-nourriture est décrit par Marzano comme une sorte d'objet magique, permettant à l'anorexique d'échapper à "la peur de la fragmentation"<sup>3</sup>. Dans le refus de s'alimenter, la bouche ne

<sup>1</sup> Marinov V., « Le narcissisme dans les troubles des conduites alimentaires », dans *Anorexia, additions et fragilités narcissiques*, 2001.

<sup>2</sup> Marzano M., « Qui suis-je ? Que puis-je ? » *L'anorexie, le corps du vide et le regard d'autrui*, 2004.

<sup>3</sup> Ibid.

véhicule plus la parole, elle n'est plus "une ouverture sur le monde", elle est au contraire "un symbole du refus". Ainsi l'anorexique, dans une illusion de séparation-individuation, s'isole derrière une forteresse qu'elle bâtit à mesure que son corps s'efface, "son identité ne pouvant émerger dans le désert relationnel".

Bernard Brusset s'intéresse aussi aux liens entre oralité et narcissisme. Pour lui, "L'oralité est d'abord un stade du développement libidinal, un type de relation d'objet, un mode de symbolisation, une clé de l'interprétation des symptômes névrotiques"<sup>1</sup>. Pour nous aider à comprendre les mécanismes de l'oralité, il distingue trois types de modèles: l'oralité "hystérique", "archaïque" et "limite".

L'oralité hystérique désigne ainsi ce qui correspond au premier stade de la sexualité infantile chez Freud. Cette oralité "nie la triangulation et la différence des sexes et laisse sans issue le conflit activité-passivité confondu avec la différence masculin-féminin"<sup>2</sup>, nous dit Brusset. Cela peut expliquer que l'anorexique, fuyant sa féminité naissante, se réfugie dans une régression centrée sur l'oralité. Le fantasme de fécondation orale est caractéristique de l'oralité hystérique, d'où le refus d'ingérer des aliments, potentiellement dangereux. Dans "Deuil et mélancolie"<sup>3</sup>, Freud montre comment les reproches que le sujet mélancolique se fait à lui-même, sont en fait des reproches faits à l'objet d'amour introjecté. Le sujet croit avoir perdu cet objet d'amour, puisque "l'incorporation détruit l'objet, pour qu'il soit instauré comme objet interne, symbolique, introjecté dans le moi, tandis qu'est localisé dans l'inconscient et maintenu par le refoulement le fantasme de meurtre de l'objet primaire, de l'attaque

<sup>1</sup> Brusset B., « Oralité et attachement », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Freud S., « Deuil et mélancolie », 1915, dans *Métapsychologie*, Folio essais, 2008.

impitoyable du sein"<sup>1</sup>. La perte imaginaire de l'objet d'amour est liée aux angoisses cannibaliques.

L'oralité archaïque, ensuite, se rapporte à l'archaïsme et aux conceptions de Klein et Winnicott. A partir du postulat de l'existence de pulsions destructrices innées, le fonctionnement oral est ainsi régi par des mécanismes de défense archaïques comme l'introjection et la projection. Le nourrisson ne reconnaît pas encore sa mère comme un objet total. Il est en relation avec des objets partiels, bons ou mauvais. A ce stade, on est en deçà de la différenciation sujet-objet. L'enjeu de l'oralité archaïque est la constitution d'un narcissisme différencié de celui de la mère. L'incorporation est nécessaire à la construction du narcissisme primaire mais représente aussi le danger d'une fusion avec l'image idéalisée de la mère. Les angoisses cannibaliques et de dévoration participent à la symptomatologie de l'anorexie mentale lors de la poussée narcissique de l'adolescence, dans une tentative désespérée de différenciation mère-fille.

Enfin, Brusset évoque l'oralité limite, dont la clinique se retrouve surtout dans les pathologies du narcissisme primaire comme les états limites, mais qui peut nous aider à comprendre ce qui se joue dans l'anorexie mentale. Se pose la question du rapport entre le nourrisson et le sein maternel, entre le corps du bébé et celui de sa mère. Pour Bernard Brusset, "si les expériences corporelles sont à l'origine des fantasmes, du moi, et des opérations structurantes de la vie psychique, l'oralité a une place majeure, et même unique du fait qu'elle associe étroitement, dès la naissance, le corps, le comportement, le manque, le plaisir et la mère"<sup>2</sup>. Le rapport du nourrisson au sein de la mère est, pour Brusset, la forme première de dépendance. Le sevrage

<sup>1</sup> Freud S., « Deuil et mélancolie », 1915, dans *Métopsychoanalyse*, Folio essais, 2008.

<sup>2</sup> Brusset B., « Oralité et attachement », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

signifie ainsi "la confrontation à l'absence et situe la place de l'auto-érotisme comme générateur des fantasmes et comme capacité d'être seul". "La psychopathologie de l'anorexie mentale conduit à prendre en compte, par-delà l'oralité, les rapports avec le corps sexué et avec la mère: le contrôle et les comportements défensifs vis-à-vis du danger de fusion primaire et d'aliénation dans le désir de l'autre"<sup>1</sup>.

## 5) Analité

*Bientôt, la voix du loup résonna.-*

*"Petits cochons, gentils petits cochons, je peux entrer ?"*

*- "Non, non ! Par le poil de nos petits mentons !"*

*- "Alors, vous allez voir, hurle le loup, je vais souffler sur votre maison, et je vais la démolir!" Il prit alors sa plus profonde respiration et souffla comme un fou. Mais cette fois-ci, il ne réussit pas à mettre la maison par terre. Cela rendit le loup fou furieux. Il décida de passer par la cheminée de la petite maison. Pendant ce temps, le troisième petit cochon qui était très rusé, alluma un grand feu dans la cheminée et y posa un chaudron rempli d'eau. Quand le loup descendit dans la cheminée, il tomba tout droit dedans. Il poussa un hurlement qu'on entendit à des kilomètres à la ronde et repartit comme il était venu, par la cheminée. On n'entendit plus jamais parler de lui.*

*Les trois petits Cochons*

Freud distingue deux stades successifs dans la phase pré-génitale de la sexualité infantile<sup>1</sup>. Après le stade oral, démarre le stade sadique-anal, avec, pour zone érogène privilégiée, la zone anale. La sexualité au stade anal s'étaye sur la fonction d'élimination-excrétion, qui termine le processus digestif. La défécation

<sup>1</sup> Brusset B., « Oralité et attachement », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Freud S., « La sexualité infantile », dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*. 1905.

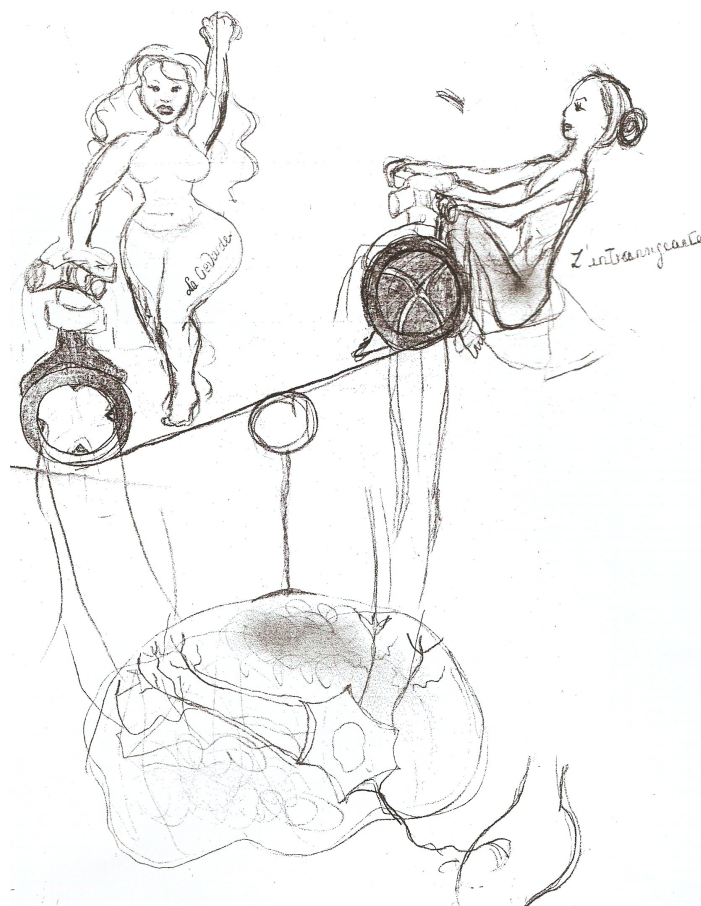
représente déjà chez le nourrisson un acte important, puisqu'il lui permet, à la fois, d'offrir à sa mère un "cadeau", en échange du lait qu'elle lui procure par la bouche, mais aussi de déclencher les soins appropriés, donc un moment d'échange avec sa mère. Plus tard, l'apprentissage de la maîtrise des sphincters anal et urétral s'accompagne de la découverte, chez le petit enfant, de sensations nouvelles au niveau de la zone rectale. Ainsi, la défécation s'associe à une excitation de la muqueuse rectale. L'alternance entre rétention et élimination des selles devient presque un jeu et module ces sensations. Lors de l'acquisition de la propreté, les enfants refusent fréquemment de faire leurs besoins sur le pot quand les adultes le leur demandent, probablement car ils préfèrent attendre le moment le plus opportun pour atteindre le paroxysme de la stimulation rectale. L'activité auto-érogène de la zone anale peut aller, chez beaucoup d'enfants, jusqu'à une stimulation avec le doigt, encouragée par une démangeaison, selon Freud. A ce propos, dans l'expérience du service du Professeur Dodin, à l'hôpital Saint Vincent de Paul, nous avons pu remarquer chez plusieurs patientes anorexiques que l'élimination des selles s'accompagnait de manœuvres digitales, ce qui suggère une sexualité pré-génitale anale encore non dépassée. De plus, le fait que l'oralité soit défaillante dans l'anorexie mentale ne peut donner de bases solides à l'analité, et encore moins à la génitalité<sup>1</sup>.

Pour Brusset, l'analité est repérable chez les anorexiques "dans la recherche de la purification physique et morale, l'usage des laxatifs, parfois des lavements, des douches, de la potomanie, et dans les boulimies, des vomissements perçus comme libérateurs"<sup>2</sup>. La clinique de l'anorexie mentale est en effet riche d'indices de troubles de l'analité. Tout d'abord dans une quête de maîtrise absolue du corps, l'anorexique

<sup>1</sup> Bourdellon Geneviève, « L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc" », *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris, p.140.

essaye de se rendre maîtresse de son système digestif en contrôlant les entrées et les sorties. En outre, l'hyperactivité physique, présente chez la plupart des anorexiques, rappelle la poussée pulsionnelle qui aboutit à l'explosion des acquisitions motrices chez le petit enfant à la période anale.



La constipation est un symptôme très fréquent dans l'anorexie mentale, ce qui n'est pas étonnant au vu des quantités très faibles des apports alimentaires, et du ralentissement du métabolisme global. Toutefois, on peut se demander s'il n'y a pas une part de rétention volontaire des selles, dans une opposition active à la mère, contrairement au petit enfant qui "offre" à sa mère ses selles, comme un cadeau. Soulignons que le transit intestinal est souvent une préoccupation majeure chez les patientes. Les demandes de laxatifs sont ainsi quotidiennes dans les services d'hospitalisation qui accueillent des anorexiques. Certes les prises de laxatifs s'associent à un désir de maigrir, mais peut-être le besoin de réguler voire d'accélérer

le transit constitue-t-il aussi une demande d'aide vers un certain lâcher prise psychologique. De plus, pour Françoise Dolto, "La diarrhée, c'est une façon de rejeter un danger maternel imaginairement incorporé"<sup>1</sup>. Donc, que ce soit en retenant ses selles ou en vidant ses intestins à outrance, l'anorexique s'adresserait, comme le petit enfant, à sa mère.

Selon Françoise Dolto, la "castration anale", qui fait suite à la "castration orale", "est synonyme de la séparation entre l'enfant, devenu capable de motricité volontaire et agile, et l'assistance auxiliaire de sa mère pour tout ce qui est le "faire" nécessaire à la vie". Or, "on ne peut parler de castration anale que si l'enfant est reconnu comme sujet"<sup>2</sup>. Symboliquement, le processus d'assimilation-défécation signifie que "l'enfant rejette la mère imaginaire incorporée sous la forme d'un objet partiel oral qui, après l'avalément qui l'a fait disparaître (...), s'annonce pour s'extérioriser au siège. Il a mangé de maman par un plaisir lié au cannibalisme imaginaire et il expulse maintenant ce qui, de maman, par plaisir, se décorpore de lui en excréments solides et liquides"<sup>3</sup>. Comme nous l'avons vu plus haut, on suppose que la différenciation mère-fille est défailante dans l'anorexie mentale, ainsi que la castration orale. Dans les termes de Dolto, il n'y aurait pas eu non plus de castration anale symboligène, pas de possibilité, donc, d'autonomisation par rapport à la mère.

Par conséquent, les troubles du transit: constipation, et diarrhée provoquée par les laxatifs, seraient comparables à ce qui se passe entre une mère et son enfant en cas d'absence de castration anale symboligène, soit un retour "à la communication liminaire initiale qu'il (l'enfant) avait avec sa mère intérieure: c'est-à-dire jouer à retenir, par constipation, ou à extérioriser les fèces"<sup>4</sup>. Dans une pathologie du refus

<sup>1</sup> Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, 1984, éditions du Seuil, Collection Points.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.



(refus de s'alimenter, refus de la féminisation, refus de ressembler à la mère), la constipation serait "un signe d'inhibition de la relation motrice avec le monde extérieur: parce que l'enfant n'a pas été initié à cette relation-là par la mère, parce qu'il est en mauvaise harmonie avec elle, en ce qui concerne la fonction excrémentielle"<sup>1</sup>.

Brusset rejoint sur ce point Dolto: "Ni l'oralité, ni l'analité, ni a fortiori la génitalité n'ont permis l'organisation efficace des rapports à l'objet et des rapports à soi et au corps propre"<sup>2</sup>. A propos du cas de Delphine, Brusset décrit comment il retrouve dans l'analyse des rêves de cette patiente le thème de l'analité: "elle rêve d'amas bizarres, de choses noires enfermées sous sa peau (...) qui finissent par sortir, et c'est un oiseau qui s'envole. Il s'agit du thème de faire sortir quelque chose qui est retenu"<sup>3</sup>. Ce type de rêves se rapporte aussi à la crainte de perdre l'objet partiel anal, d'où la nécessité de retenir les selles. En effet, on constate chez l'anorexique un échec de la constitution de la relation à un objet total. C'est pourquoi il existe chez ces patientes un problème dans le respect d'une juste distance avec l'autre, avec "des rapports sans médiation du sujet et de l'autre, confondu avec un objet primaire intrusif qui suscite une excitation non maîtrisable". Dans ces conditions, "le sujet n'a pas le pouvoir de négativer l'objet sans le perdre"<sup>4</sup>. Les relations interpersonnelles sont ainsi régies par un fonctionnement archaïque, comme avec les objets internes.

Les troubles du transit, dans l'anorexie mentale, se manifestant par une alternance entre rétention et expulsion, traduisent aussi les conflits entre activité et passivité. Avec la puberté naissante, le corps est considéré par l'anorexique comme un objet persécuteur, insupportable. L'inactivité est perçue comme un laisser-aller,

<sup>1</sup> Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, 1984, éditions du Seuil, collection Points.

<sup>2</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris, p.124.

<sup>3</sup> Ibid, p.119.

<sup>4</sup> Ibid, p.117.

comme une acceptation passive des changements subis dans le corps propre. Brusset démontre que l'idéal d'un corps longiligne, musclé, asexué, qu'on peut appeler "corps-phallus", "exhibé dans la verticalité de la station debout"<sup>1</sup>, et acteur de son modelage au travers de l'hyperactivité physique, vient s'opposer à la passivité du corps-objet détesté qui se féminise, et tend à ressembler de plus en plus à la mère. Le refus de la castration phallique qui permet la différenciation sexuelle entre féminin et masculin est incarné dans ce corps-phallus.

Par ailleurs, la période anale est contemporaine du développement de l'activité motrice et de la musculature chez le petit enfant, elle-même source de plaisir. Pour Freud, "c'est un fait bien connu qu'une activité musculaire énergique et abondante est pour l'enfant un besoin dont la satisfaction lui procure un plaisir extraordinaire"<sup>2</sup>. L'enfant apprend ainsi progressivement à maîtriser son corps: ses gestes sont de plus en plus fins et il contrôle de mieux en mieux l'activité de ses membres, permettant l'acquisition de la marche. C'est aussi une période où l'enfant fait preuve d'agressivité et va tester les limites. L'enfant va alors se confronter à l'autorité des parents qui disent: "non!" aux comportements dangereux ou agressifs. L'interdit du meurtre se met en place parce que les parents vont l'empêcher l'enfant de se faire mal et de faire mal à autrui.

L'importance de l'hyperactivité physique dans l'anorexie mentale est bien sûr un moyen de perdre du poids, de brûler des calories mais surtout signe un mode de fonctionnement encore ancré dans l'analité. C'est en fait la maîtrise du corps qui est recherchée. Dans une illusion de toute-puissance, l'anorexique sculpte son corps selon sa volonté, pensant pouvoir s'affranchir des réalités physiologiques, voire de la mort.

<sup>1</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris, p.124.

<sup>2</sup> Freud S., « La sexualité infantile », dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*. 1905.

D'un point de vue addictologique, l'hyperactivité physique est aussi un moyen de décharge et de jouissance pour l'anorexique. L'activité physique a, en effet, une fonction anxiolytique et antidépressive. Elle est un moyen de défense redoutablement efficace contre la mentalisation. Elle procure en plus un plaisir physique et psychique qui entraîne une satisfaction furtive, ce qui pousse l'anorexique à reproduire ce comportement. E. et J. Kestemberg et S. Decobert parlent d'auto-érotisme archaïque pour désigner ce "fonctionnement désincarné de la motricité et de la pensée"<sup>1</sup>. L'hyperactivité physique a une importance majeure dans le cas de Blanche-Plume, qui s'impose un rituel d'exercices journaliers notés au fur et à mesure dans un petit carnet.

Au total, les troubles de l'analité se traduisent cliniquement dans l'anorexie mentale par une tentative de contrôle du système digestif, par une décharge motrice se manifestant par une hyperactivité physique, et par une maîtrise du corps entraînant un maintien dans une bisexualité infantile idéalisée.

## 6) Toute-puissance infantile

*La belle-mère partit avec ses deux filles prétentieuses. Comme il n'y avait plus personne dans la maison, Cendrillon alla sur la tombe de sa mère, s'assit sous le noisetier et dit: " Petit arbre, petit arbre secoue-toi! Fais pleuvoir l'or et l'argent sur moi." L'oiseau fit alors descendre une robe d'or et d'argent, ainsi qu'une paire de pantoufles brodées de soie et d'argent. Cendrillon mit aussitôt la robe et alla au bal.*

*Cendrillon, les frères Grimm*

Le nourrisson, dans sa toute-puissance, se croit responsable de l'apparition et de la disparition du sein maternel. En effet, quand le bébé manifeste sa faim en

<sup>1</sup> Cités par Brusset B., dans *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris, p.196.

pleurant, le sein apparaît comme par magie, comme si il en était le créateur. Même le lait, qui jaillit du sein et soulage la tension en pénétrant dans sa bouche, lui semble être sa propre création. Mais l'omnipotence du nourrisson le rend aussi, à ses yeux, responsable de la disparition du sein maternel, synonyme de sa destruction. Cette destruction du bon sein est source d'angoisse: le sein réapparaîtra-t-il quand j'aurai de nouveau faim? Le refus actif de s'alimenter, dans l'anorexie mentale, peut être considéré comme une mise en scène de la destruction du sein maternel, dans une tentative de maîtrise et de rejet d'une mère vécue comme envahissante. Mais l'angoisse liée à la perte de l'être aimé est présente chez l'adolescente anorexique comme chez le nourrisson.

*Marlinchen retourna auprès du garçon et dit:*

*- Frère, donne-moi la pomme.*

*Il resta silencieux, elle lui donna une claque sur l'oreille, et la tête du garçon tomba.*

*Terrifiée, Marlinchen fondit en larmes et courut retrouver sa mère.*

*- Hélas, mère, j'ai décapité mon frère! Elle criait et pleurait sans pouvoir s'arrêter.*

*Le genévrier, les frères Grimm*

Pour M. Klein<sup>1</sup>, le petit enfant passe de la position schizo-paranoïde à la position dépressive quand il entre avec sa mère dans une relation à un objet total. Il est toujours dans un fonctionnement régi par la toute-puissance mais il devient alors capable de ressentir de la culpabilité vis-à-vis de sa mère. Le petit enfant omnipotent pense être responsable des événements qui se produisent autour de lui: les conflits dans le couple parental, la vie et la mort...etc. D'autant plus que, lorsque l'enfant se sent menacé ou frustré par ses parents, il peut ressentir des désirs de mort vis-à-vis

<sup>1</sup> Klein M., « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », 1934.

d'eux. Ces désirs de mort font naître une angoisse massive devant leur possible réalisation. La culpabilité est ainsi parfois lourde à porter, pour un petit être au narcissisme encore mal établi. Cependant, cette culpabilité est à l'origine des mécanismes de réparation, qui permettent de réguler l'angoisse. La réparation est un thème souvent abordé dans les contes.

Selon Lampl-de Groot, les sentiments de haine et les souhaits de mort ressentis vis-à-vis des parents sont ravivés à la puberté, et se traduisent par une agressivité envers les parents plus ou moins importante. En fait, "plus son hostilité archaïque aura été intense, plus (l'adolescent) aura de difficultés à faire face à ses souhaits de mort"<sup>1</sup>. Ces sentiments négatifs s'accompagnent d'une culpabilité envers les parents. La culpabilité est normalement atténuée par la possibilité de réparer par des actes compensateurs. Dans les contes, un méfait est asséné au héros par le méchant et entraîne un manque. Mais celui-ci est compensé avant la fin par un acte réparateur et la justice est rétablie.

*La jeune fille se glissa dans le poêle et gémit:*

*-Me voici abandonnée de tous, moi qui suis fille de roi. Une suivante m'a forcée à renoncer à mes habits royaux et à ma place auprès de mon fiancé. Je suis devenue gardeuse d'oies, je dois accomplir une vile besogne. Si ma mère l'apprenait, elle en aurait le coeur brisé.*

*Or, le vieux roi se tenait devant la porte du poêle et écoutait. Il entendit les lamentations de la jeune fille et lui demanda de sortir du poêle. Puis il la fit revêtir de ses habits royaux et ce fut merveille de la voir si belle. Il appela son fils, lui annonça qu'il avait la fausse fiancée, qui n'était qu'une suivante, et que la vraie fiancée était celle qui avait gardé les oies. Le prince fut au comble de la joie quand il découvrit la beauté et la vertu de la princesse.*

*La gardeuse d'oies, les frères Grimm*

<sup>1</sup> Lampl-de Groot J., « On Adolescence », *Psychoanalytic Study of the Child*, 1960.

Le problème, pour l'anorexique, est qu'elle n'a justement pas accès à la relation à un objet total en raison de "l'impossibilité de l'élaboration de l'ambivalence pulsionnelle dans les rapports avec la mère, ne laissant d'issue que dans l'alternative de la soumission résignée et hypocrite ou de la révolte angoissée", nous dit Brusset<sup>1</sup>. L'impossible intégration de l'ambivalence s'oppose au "deuil originaire", c'est-à-dire à la différenciation originaire de la fille et de la mère. Les relations objectales restent sous le mode du clivage, ce qui empêche tout recours à la réparation et laisse l'anorexique empêtrée dans ses angoisses de destructivité. Ajoutons que, dans le cas d'une mère déprimée, en retrait, ne pouvant pas recevoir ni survivre aux attaques de son bébé, le couple mère-bébé est souvent dans l'incapacité d'assurer une fonction alpha satisfaisante. Le vécu d'abandon grandissant chez le bébé entretient alors "la croyance de l'enfant à la toute-puissance de la destructivité"<sup>2</sup>.

L'omnipotence a aussi des avantages, et le petit enfant apprend très vite à s'en servir. Il découvre ainsi très tôt que, par ses actes, il peut faire apparaître ses parents à la demande: en criant, en jetant ses jouets. S'instaure alors un jeu entre l'enfant et ses parents, toute la difficulté étant de trouver un équilibre entre, d'une part, donner à l'enfant une réponse nécessaire à ses angoisses et à son besoin de communiquer, et, d'autre part, lui laisser un espace suffisant d'expérimentation et de rêverie, qui passe par un certain degré de frustration.

En jouant avec la mort, on peut dire que l'anorexique prend aussi, d'une certaine manière, ses proches en otage. La grève de la faim peut être un moyen d'entretenir chez eux une inquiétude permanente, et d'obtenir certains bénéfices

<sup>1</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris, p.143.

<sup>2</sup> Ibid, p.124.

secondaires. La culpabilité, que renvoie aux parents le corps cadavérique de leur fille, peut être un moyen de pression redoutable pour certaines patientes. Le spectre de la mort pèse sur les proches et instaure une véritable tyrannie familiale. Paradoxalement, pour E. et J. Kestemberg et S. Decobert, "La manipulation active de l'entourage s'accompagne d'un comportement de passivité totale et constante, aussi bien au travers de ce qui a trait à l'alimentation qu'au travers de l'aspect corporel perpétuellement mis en cause. Les sujets utilisent non pas tant la réalité de cet aspect que la possibilité d'action sur l'entourage au travers des inquiétudes ainsi suscitées"<sup>1</sup>. L'anorexique a ainsi l'illusion de pouvoir régler certains conflits familiaux, comme maintenir la cohésion du couple parental en mobilisant toute l'attention et l'énergie de ses parents sur sa maladie. La guérison est alors dangereuse puisqu'elle risquerait de bouleverser un équilibre familial déjà fragile.

Bien qu'elle n'ait pas directement accès à ses parents, en raison d'une mesure d'isolement du milieu familial, Blanche-Plume avait l'autorisation de téléphoner à ses frères et sœurs... jusqu'à ce que l'on découvre la main mise qu'elle avait sur eux. Dans une relation tyrannique, elle les utilisait comme intermédiaires entre elle et ses parents, les rendant dépositaires de toute sa colère et sa frustration, ce qui entraînait des conflits de loyauté. Par le biais d'une lettre adressée à son père, dans laquelle elle mobilisait toute la culpabilité de celui-ci, en allant jusqu'à parler de sa résignation face à la mort, Blanche-Plume a aussi tenté d'obtenir de lui un arrêt des soins hospitaliers. Heureusement, le père, malgré son désarroi devant ce courrier, n'a pas été dupe.

La période de la toute-puissance infantile est également rattachée à l'indifférenciation sexuelle entre féminin et masculin. A la puberté, la marche vers la

<sup>1</sup> Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., *La faim et le corps*, 1972, Paris, PUF, p.101.

féménisation du corps se traduit, entre autre, par l'apparition des règles, "vécues passivement, parfois comme une souillure. Elles échappent à toute maîtrise"<sup>1</sup>. L'anorexie mentale apporte une solution en provoquant une aménorrhée. Celle-ci représente "une régression, un retour vers l'enfance et vers une bisexualité rêvée". La croissance des seins, "également symbolique de l'avènement de la féminité (...) ne peut être cachée et représente une nouvelle perte de contrôle"<sup>2</sup>. Les modifications physiologiques déclenchées par la puberté symbolisent donc la différenciation sexuelle en même temps qu'une perte de contrôle de la jeune fille sur son propre corps. Brusset résume le refus actif de toute passivité chez l'anorexique par cette équation: "passivité = dépendance = perte de soi"<sup>3</sup>. Le refus de passivité est donc une lutte contre les angoisses de morcellement. Dans l'anorexie mentale, le développement sexuel est suspendu et le corps maintenu dans une indifférenciation illusoire entre masculin et féminin. L'anorexie mentale peut ainsi représenter une régression vers une omnipotence rassurante, pour l'adolescente refusant la féminité que lui impose la nature.

Pour E. et J. Kestemberg et S. Decobert, la volonté de toute-puissance des anorexiques proviendrait en partie d'une hypertrophie de l'Idéal du Moi, d'où les exigences élevées qu'elles se fixent. On peut d'ailleurs remarquer que la réussite scolaire, fréquente chez les anorexiques, n'est pas vécue avec fierté mais comme "allant de soi": "il est tout à fait naturel qu'elle réussisse, ceci n'a rien de remarquable, eu égard probablement à la fantasmatisation de ce qu'elle devrait faire plus tard, de ce qu'elle pourrait faire si elle était livrée à sa toute-puissance"<sup>4</sup>. A la toute-puissance de

<sup>1</sup> Guéguen J-PH., « L'anorexie mentale: une pathologie féminine », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2003.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., *La faim et le corps*, 1972, Paris, PUF, p.111.



l'anorexique, vient se confronter l'impuissance du corps médical et des parents, face à l'évolution de la maladie. On retrouve d'ailleurs une certaine satisfaction "sadique" chez certaines anorexiques, dans ce constat d'impuissance, entretenu par les mises en échec successives de la patiente.

L'anorexie mentale se caractérise enfin par un sentiment de toute-puissance face à la mort. En effet, le danger vital est souvent dénié chez les anorexiques, malgré les mises en garde incessantes des soignants. "C'est de fait une conduite suicidaire qui n'est jamais vécue comme telle par les sujets"<sup>1</sup>. Sans qu'il y ait à proprement parler de tentative de suicide ou de désir de mort, l'anorexique se met en situation de mort imminente par ses comportements. Le déni est entretenu par un vécu d'immortalité qui fait partie intégrante de leur "fantasme mégalomane", selon E. et J. Kestemberg et S. Decobert: "l'idée de la mort en tant que représentation leur est tout à fait étrangère pour eux-mêmes (...) il leur paraît inconcevable d'avoir à mourir, puisqu'ils sont en quelque sorte déjà morts à leur corps qu'ils ne cessent de rejeter"<sup>2</sup>. Cette omnipotence face à la mort se retrouve dans les contes comme Blanche-Neige ou La Belle au bois dormant, quand la princesse "endormie", en fait immortelle, se réveille sous l'action magique d'un baiser du prince charmant.

Il faut pourtant admettre que la médecine moderne n'est pas pour rien dans ce sentiment de toute-puissance face à la mort. En effet, certains médecins, non contents de soigner, d'accompagner, de soulager leurs patients, ont beaucoup de difficultés à accepter la mort, et mettent tout en œuvre pour les maintenir en vie à tout prix, dans une survie presque déshumanisée. "Ainsi la mort se retrouve-t-elle occultée par

<sup>1</sup> Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., *La faim et le corps*, 1972, Paris, PUF, p.101.

<sup>2</sup> Ibid.

l'illusion collective que nous aurions les moyens de rendre la vie éternelle. Mais ce faisant, on empêche aussi le processus de deuil de s'accomplir en niant la possibilité d'exister malgré l'absence de l'autre, c'est-à-dire la possibilité de se différencier de l'autre et d'acquérir son autonomie"<sup>1</sup>.

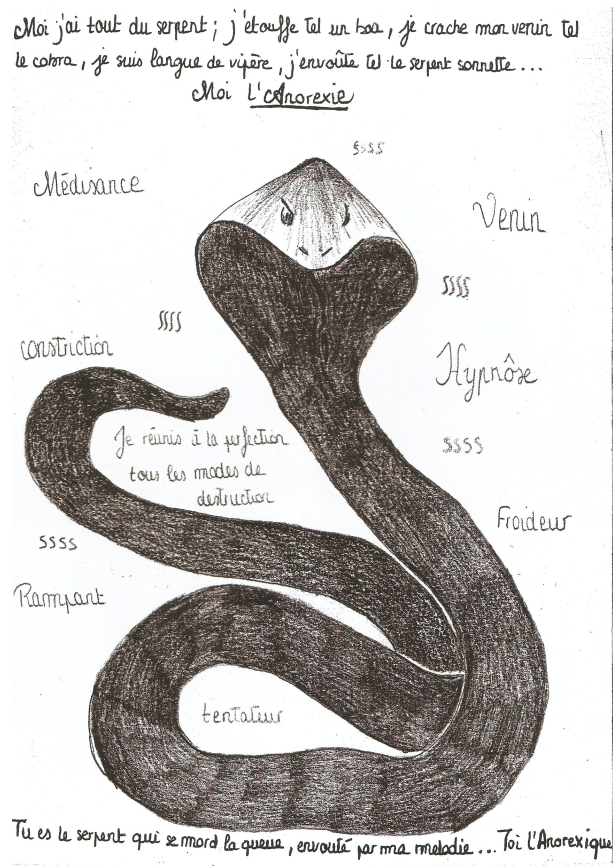
La toute-puissance face à la mort est mise en relief par la "discordance absolument dramatique entre les adolescents qui se vivent immortels en leur anorexie et les mères qui les vivent sur le point de mourir à tout moment"<sup>2</sup>. Ce malentendu entre les deux partis renforce le sentiment d'incompréhension, la tendance à l'isolement et le besoin de maîtrise des patientes. Ainsi, la mère de Blanche-Plume, pétrifiée par le constat de l'amaigrissement fulgurant de sa fille, laquelle refusait de se laisser mater, ne comprenait pas la nécessité de l'isolement en début d'hospitalisation.

En conclusion, l'anorexique joue de sa toute-puissance pour maîtriser son corps, stopper son développement sexuel, et contrôler son entourage, mais cette omnipotence n'est qu'illusoire. Au cours de son évolution, la maladie s'infiltré dans l'esprit et le corps de l'adolescente et s'impose à elle avec de plus en plus de force. "L'anorexie d'abord voulue devient subie: la position active de contrôle omnipotent qui assurait une position narcissique réparatrice de l'estime de soi, la fierté anorexique, devient une contrainte angoissante, l'enfer de l'anorexie dont il lui paraît impossible de sortir"<sup>3</sup>, nous dit Brusset.

<sup>1</sup> Dodin Vincent et Testart Marie-Lyse, *Comprendre l'anorexie*, 2004, éditions du Seuil.

<sup>2</sup> Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., *La faim et le corps*, 1972, Paris, PUF, p.127.

<sup>3</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris, p.149.



Selon Ferenczi, le conte représente un retour à l'omnipotence infantile: "dans les contes, les fantasmes de toute-puissance continuent de régner sans partage (...). Ainsi le conte, dans lequel les adultes racontent si volontiers à leurs enfants leurs propres désirs insatisfaits et refoulés, donne en vérité une représentation artistique extrême de la situation perdue de toute-puissance"<sup>1</sup>. En effet, la toute-puissance infantile est un thème très présent dans les contes. Le héros a souvent recours à la magie ou à un objet magique qui lui permet de triompher contre un adversaire plus fort que lui, comme les bottes de sept lieues dans *Le Petit Poucet* par exemple. La bonne fée de Cendrillon incarne la bonne mère qui apparaît à la demande et entretient l'illusion de toute-puissance chez le tout petit.

<sup>1</sup> Ferenczi, cité par Kaës R. et al., 1984, dans *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, p.15.

## 7) Féminité, relations mère-fille et place du père.

*Miroir, miroir joli, qui est la plus belle au pays? Celui-ci répondit: Madame la reine, vous êtes la plus belle ici mais Blanche-Neige est encore mille fois plus belle. La reine en fut épouvantée. Elle devint jaune et verte de jalousie. À partir de là, chaque fois qu'elle apercevait Blanche-Neige, son coeur se retournait dans sa poitrine tant elle éprouvait de haine à son égard. La jalousie et l'orgueil croissaient en elle comme mauvaise herbe.*

*Blanche-Neige, les frères Grimm*

A la puberté, le corps de la jeune fille se transforme. Le corps enfantin longiligne, le "corps-phallus", indifférencié sexuellement, laisse place à un corps tout en courbes et volumes. Les premières règles marquent la différenciation sexuelle entre féminin et masculin, et symbolisent la castration, synonyme d'une passivité inacceptable pour la jeune fille. Ce corps de femme en devenir est comparable au corps de la mère, qui devient potentiellement rivale dans la séduction du père, dans le contexte d'un complexe d'Œdipe non surmonté. L'attaque du corps de l'anorexique peut alors être interprétée comme une attaque indirecte du corps de la mère. "L'attaque du corps sexué est une attaque du corps maternel dont l'anorexique s'est insuffisamment différenciée"<sup>1</sup>. En effet, probablement en raison de troubles des relations précoces mère-bébé, mère et fille restent intriquées dans une interdépendance, voire une fusion, empêchant toute tentative d'autonomisation de l'adolescente. "Comme dans une identification à l'agresseur, l'anorexique se sait dépendante de la mère mais ne peut se passer d'elle et cette dépendance lui est insupportable"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Bourdellon Geneviève, «L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc"», *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Guéguen J-PH., « L'anorexie mentale: une pathologie féminine », 2003.

Pour Geneviève Bourdellon, l'anorexie mentale s'inscrirait dans une histoire familiale traumatique, dans laquelle les premières relations avec la mère et l'absence de tiercéité par le père seraient en cause. Concernant la relation mère-bébé, G.Bourdellon parle de "distorsion du lien primaire" à caractère incestuel. L'hypothèse initiale est celle d'une mère dépressive, traînant dans son sillage des deuils narcissiques non résolus, comme celui de l'échec des relations avec sa propre mère. Le nourrisson est donc confronté à "un manque de chaleur libidinale" qu'il interprète "comme désir tout puissant et haineux de la mère sur sa psyché et sur son propre corps"<sup>1</sup>. La relation mère-fille va ainsi s'établir sur des investissements essentiellement narcissiques, basés sur l'emprise et la séduction narcissique par la mère. La fusion, destructrice, remplace alors l'identification, structurante. Comment ne pas penser à l'histoire de Blanche-Plume, dont le corps porte les stigmates des lacunes dans les relations entre mères et filles sur plusieurs générations? Blanche-Plume qui est aussi le faire-valoir de sa mère, le miroir qui la rassure sur sa beauté, tant qu'elle ne la surpasse pas.

L'enfant se forge ainsi un faux-self qui vient combler les failles narcissiques de sa mère. C'est typiquement l'enfant "sage comme une image, camouflant sa haine et sa persécution imparables, au prix d'une réussite narcissique exigeante (intellectuelle souvent) et d'un conformisme étouffant"<sup>2</sup>. A la puberté, le faux-self est un obstacle à l'adaptation au changement. "Sur des bases orales défailantes, ni l'analité, ni la génitalité ne peuvent se développer"<sup>3</sup>. La mise en place des auto-érotismes préparant la sexualité future a échoué. Les organes génitaux ont beau se

<sup>1</sup> Bourdellon Geneviève, «L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc"», *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

développer et se manifester par les menstruations, ils ne sont ni investis, ni sexualisés par l'adolescence. Le "«contrat narcissique»"<sup>1</sup> installé pendant la période de latence entre la mère et la fille dans une satisfaction mutuelle" est brutalement rompu à la puberté "sans qu'aucune des deux ne soit à même de percevoir que c'est parce qu'elles sont en train de devenir semblables (et donc rivales) que l'équilibre est rompu"<sup>2</sup>.

On a donc, à la base, un bébé dénié par sa mère dans ses ressentis mais surinvesti narcissiquement. Cela aboutit à une adhésivité, une emprise, un "collage relationnel indifférencié"<sup>3</sup> entre la mère et l'enfant qui s'opposent à l'individuation et à la création d'un espace psychique propre et autonome. "La confusion mère-fille, la transparence de la fille pour la mère peut créer un fantasme de specularité, de gémellarité, de corps commun"<sup>4</sup>. Selon Geneviève Bourdellon, l'indifférenciation mère-fille, empêchant l'enfant puis l'adolescente de s'affirmer en tant que sujet, jouerait beaucoup dans le déclenchement de l'anorexie mentale: "le comportement anorexique viendrait tardivement en lieu et place d'un clivage initial de mauvaise qualité entre bon et mauvais, Soi et autre qui n'a pu donner lieu à une capacité structurante à dire non"<sup>5</sup>. Pour J-P. Guéguen également, "l'anorexie mentale est un mécanisme de survie psychique à destination de la mère; réaction de défense spécifique au sexe féminin car dans cette dyade narcissique l'autre est le même"<sup>6</sup>. Le refus actif de manger vient s'opposer à la passivité du "se laisser nourrir" par la mère, comme dans la situation de l'allaitement. L'anorexie mentale enferme l'adolescente dans le "cycle infernal de la quête d'une mère qui a toujours manqué mais dont

<sup>1</sup> Brusset, 1989, cité par Guéguen J-PH., dans « L'anorexie mentale: une pathologie féminine », 2003.

<sup>2</sup> Guéguen J-PH., « L'anorexie mentale: une pathologie féminine », 2003.

<sup>3</sup> Bourdellon Geneviève, «L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc"», *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Guéguen J-PH., « L'anorexie mentale: une pathologie féminine », 2003.

l'approche est si dangereuse que se présente le dilemme: détruire ou être détruit"<sup>1</sup>. Là encore, l'histoire de Blanche-Plume fait douloureusement écho.

Ainsi, le changement d'objet est difficile, en premier lieu en ce qui concerne le père. La relation mère-fille est vécue comme étouffante, comme un obstacle à l'autonomie. Elle est emprunte de haine et de rivalité, car elle n'est pas détoxifiée par la tiercéité. "Mère séductrice, destructrice, et pourtant Moi auxiliaire, objet de besoin"<sup>2</sup>. Le développement œdipien est remis en cause par le retrait du père. "c'est le clivage qui continue à prévaloir, ainsi que l'identification (narcissique) à l'agresseur de la fille à la mère. La position schizo-paranoïde perdue dans une relation essentiellement duelle aux dépens de l'installation d'une position dépressive qui exige la tiercéité"<sup>3</sup>.



<sup>1</sup> Vermorel Henri et Madeleine, «Abord métapsychologique de l'anorexie mentale», 2001.

<sup>2</sup> Bourdellon Geneviève, «L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc"», *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>3</sup> Ibid.

Du côté paternel, il peut s'agir d'un père distant, hostile ou dépressif, dans l'incapacité de soutenir le narcissisme fragile de la mère. Ce père ne saura pas prendre sa place de tiers dans la relation mère-fille mais il sera sûrement aussi démissionnaire en tant que mari. Dans un couple "en étayage narcissique réciproque"<sup>1</sup>, l'arrivée d'un enfant représente en effet un déséquilibre dangereux.

*Une année que la famine régnait dans le pays et que le pain lui-même vint à manquer, le bûcheron ruminait des idées noires, une nuit, dans son lit et remâchait ses soucis. Il dit à sa femme:*

*" Qu'allons-nous devenir? Comment nourrir nos pauvres enfants, quand nous n'avons plus rien pour nous-mêmes?*

*- Eh bien, mon homme, dit la femme, sais-tu ce que nous allons faire? Dès l'aube, nous conduirons les enfants au plus profond de la forêt nous leur allumerons un feu et leur donnerons à chacun un petit morceau de pain. Puis nous irons à notre travail et les laisserons seuls. Ils ne retrouveront plus leur chemin et nous en serons débarrassés."*

*Hansel et Grethel, les frères Grimm*

Il peut s'agir, à l'inverse, d'un père trop séducteur, non régulé par une relation conjugale satisfaisante. D'autant plus si la relation mère-fille est frustrante et "pousse la fille à investir trop précocément le père comme objet substitutif de type primaire, la séduction œdipienne opérera en même temps de façon traumatique en raison des assises narcissiques insuffisantes de la fille"<sup>2</sup>. Les difficultés dans le couple parental viennent renforcer la confusion, dans cette relation père-fille, fantasmatiquement incestueuse. "La mésentente conjugale participe souvent à l'inorganisation d'une scène

<sup>1</sup> Bourdellon Geneviève, «L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc"», *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Ibid.



primitive chargée de haine et de destructivité. Son investissement dans le fantasme ne peut être, pour l'anorexique, source de plaisir ni de réassurance sur la représentation de son origine dans le désir des parents"<sup>1</sup>.

*Lorsque le Petit Chaperon Rouge arriva dans le bois, il rencontra le Loup. Mais il ne savait pas que c'était une vilaine bête et ne le craignait point.*

*"Bonjour, Chaperon Rouge," dit le Loup. - "Bonjour, Loup," dit le Chaperon Rouge.*

*- "Où donc vas-tu si tôt, Chaperon Rouge?" - "Chez ma grand-mère."*

*- "Que portes-tu dans ton panier?" - "Du gâteau et du vin. Hier nous avons fait de la pâtisserie, et ça fera du bien à ma grand-mère. Ça la fortifiera."*

*- "Où habite donc ta grand-mère, Chaperon Rouge?" - "Oh! à un bon quart d'heure d'ici, dans la forêt. Sa maison se trouve sous les trois gros chênes. En dessous, il y a une haie de noisetiers, tu sais bien?" dit le petit Chaperon Rouge.*

*Le Loup se dit: "Voilà un mets bien jeune et bien tendre, un vrai régal! Il sera encore bien meilleur que la vieille. Il faut que je m'y prenne adroitement pour les attraper toutes les deux!"*

*Le Petit Chaperon rouge, les frères Grimm*

Pour Brusset, "La médiation du père comme tiers suppose qu'il soit investi comme objet tant par la mère (et réciproquement dans le couple sexué) que par la fille, que la mère le désigne comme valorisé et désirable et que lui-même accepte la féminité émergente de sa fille"<sup>2</sup>. Mais, si les relations précoces mère-fille sont défailtantes, et que la fille a des attentes importantes de la part de son père, pour compenser ce qu'elle n'a pas reçu de sa mère, le désir de séduire le père et d'être séduite par lui peut être excessif. Brusset ajoute que "la signification incestueuse de

<sup>1</sup> Bourdellon Geneviève, «L'anorexique "une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc"», *Revue française de psychanalyse*, 2001.

<sup>2</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris, p.142-143.

toute proximité avec le père est directe à la puberté, à la mesure de la fragilité de l'organisation œdipienne proprement dite, donc des identifications secondaires, du refoulement, de l'identification à la mère comme femme et comme femme du père"<sup>1</sup>. L'interdit de l'inceste vient ainsi se confronter à la réalité de la puberté naissante et se dresse, telle l'épée de Damoclès, contre le danger de la féminité.

Enfin, les jeunes filles anorexiques sont souvent issues de "familles bulles", pour reprendre l'expression de Vincent Dodin et Marie-Lyse Testart<sup>2</sup>. Au sein de ces familles, l'amour est synonyme d'unité, de fusion. La frustration et la souffrance des enfants, insupportable pour les parents car ils la vivent en symbiose avec eux, est amplifiée "comme une caisse de résonance". L'individualité n'a pas droit de séjour. "La singularité se dilue dans la bulle, car les caractères qui distinguent un individu d'un autre ne sont pas considérés comme des éléments d'altérité. Il n'y a donc aucune différenciation entre les personnes, et ce quelque soit la génération à laquelle elles appartiennent"<sup>3</sup>. La poussée pubertaire et la tendance de l'adolescent à aller chercher de nouveaux objets d'amour à l'extérieur de la cellule familiale vont bouleverser l'équilibre "centripète" qui régnait jusqu'alors, pour tendre vers un équilibre "centrifuge". "A cette étape de la vie, c'est la complicité mère/fille qui est menacée et qui attise la douleur de la mère. Sa tristesse réside dans la "perte du même", la perte de son reflet dans le regard de sa fille"<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunot, Paris.

<sup>2</sup> Dodin Vincent et Testart Marie-Lyse, 2004, *Comprendre l'anorexie*, éditions du Seuil.

<sup>3</sup> Ibid, p.59.

<sup>4</sup> Ibid.

## D- L'anorexie mentale et les bouleversements de l'adolescence

L'anorexie mentale débute la plupart du temps à l'adolescence, période charnière entre l'enfance et l'âge adulte, où se jouent, à la fois, la différenciation sexuelle entre masculin et féminin, et la distanciation entre l'adulte en devenir et ses parents. Essayons de comprendre pourquoi l'adolescence est une période si propice à l'apparition de cette pathologie.

### 1) Les métamorphoses de la puberté

*Cela se passait en plein hiver et les flocons de neige tombaient du ciel comme un duvet léger. Une reine était assise à sa fenêtre encadrée de bois d'ébène et cousait. Tout en tirant l'aiguille, elle regardait voler les blancs flocons. Elle se piqua au doigt et trois gouttes de sang tombèrent sur la neige. Ce rouge sur ce blanc faisait si bel effet qu'elle se dit: Si seulement j'avais un enfant aussi blanc que la neige, aussi rose que le sang, aussi noir que le bois de ma fenêtre! Peu de temps après, une fille lui naquit; elle était blanche comme neige, rose comme sang et ses cheveux étaient noirs comme de l'ébène. On l'appela Blanche-Neige. Mais la reine mourut en lui donnant le jour.*

*Blanche-Neige, les frères Grimm*

Dans *Les métamorphoses de la puberté* (1905), Freud théorise les mécanismes de la sexualité chez l'adolescent, déclenchés par la puberté, au sortir de la période de latence. Alors que la sexualité infantile était auto-érotique, tournée vers la zone orale puis anale, à la puberté, la zone érogène privilégiée devient la zone génitale. Le

nouveau but sexuel est la recherche d'un objet sexuel extérieur à la famille. La puberté correspond à la période où les organes génitaux externes et internes se développent. Chez la fille, la puberté se traduit aussi par l'apparition des premières règles, parfois dans des circonstances inattendues voire gênantes. Il arrive que certaines adolescentes ne savent pas à quoi ces saignements correspondent ni comment les gérer, ce qui peut être traumatique. "Pourtant, la puberté est annoncée. Aujourd'hui, bien plus qu'hier (...) Mais c'est toujours une surprise. Parce que l'adolescent ne s'attend jamais à cela: à cette étrange dépossession de lui-même et du monde. A ce sentiment de puissance mêlé d'angoisse et de confusion"<sup>1</sup>.

La recherche d'un objet sexuel est préparée durant la période de latence, lorsque l'enfant apprend à aimer d'autres personnes que ses parents. Cette période permet aussi de construire une barrière contre l'inceste dans le choix d'objet futur. Alors que le petit enfant, lors du complexe d'Œdipe, pouvait ressentir du désir pour son parent de sexe opposé, l'adolescent, doté d'un Surmoi post-œdipien, va s'empresse de refouler ces désirs interdits qui peuvent revenir à la charge. Freud précise que la vie sexuelle de l'adolescent s'accomplit d'abord dans la représentation, le fantasme. Des fantasmes incestueux peuvent surgir, mais ils sont vite rejetés. Ce refoulement est accompagné d'un rejet de l'autorité parentale, première étape de l'adolescent vers une autonomie. Ainsi, grâce à l'interdit de l'inceste, se crée une opposition entre les générations successives.

Toutefois, chez certains adolescents, il peut y avoir une "fixation infantile de la libido"<sup>2</sup>. Il s'agit souvent de jeunes filles qui persistent dans un "amour filial

<sup>1</sup> Hendrickx M., *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant, p.79.

<sup>2</sup> Freud S., « Les métamorphoses de la puberté », 1905, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*.

absolu”, parfois bien au-delà de la puberté. Dans ces conditions, l’affranchissement de l’autorité parentale n’est pas possible. “par la suite du refus de la sexualité, (...) l’activité psychosexuelle déployée pour la découverte de l’objet reste dans l’inconscient. Chez les filles qui ont un besoin excessif de tendresse et une horreur tout aussi grande des exigences réelles de la vie sexuelle, cela aboutit à la tentation irrésistible, d’une part, de réaliser dans leur existence l’idéal de l’amour asexuel et, d’autre part, de dissimuler leur libido derrière une tendresse qu’elles puissent exprimer sans se faire de reproches”<sup>1</sup>. On peut se demander si l’anorexie mentale n’est pas une expression extrême de cette fixation infantile de la libido. La maladie permet en effet le maintien dans un corps sexuellement indifférencié, ce qu'on peut interpréter comme une tentative inconsciente, d'une part, d'annuler toute possibilité de relations incestueuses, même fantasmées, avec le père, d'autre part, de refuser la recherche d'un objet sexuel masculin extérieur à la famille. Autrement dit, d'une certaine façon, l'anorexie mentale légitime le maintien de la relation infantile avec les parents, empêche l'émancipation de l'adolescent et reporte toute recherche d'un nouvel objet sexuel.

Blanche-Plume a anticipé l'arrivée de la puberté bien avant que la maladie ne soit repérée par ses parents. Elle est encore en aménorrhée primaire quand elle est hospitalisée à l'âge de 17 ans. Elle peut dire à quel point le récit des premières règles de ses copines l'a autant fascinée que terrorisée. Si les ménarches l'avaient surprises avant qu'elle ne s'en inquiète, elle n'aurait sans doute pas pu garder sa position de petite fille sage auprès de son papa, de miroir narcissisant auprès de sa maman et de beauté fragile et virginale à la danse.

<sup>1</sup> Freud S., « Les métamorphoses de la puberté », 1905, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, Paris, collection "Folio", 1987, p.65.



## 2) Les remaniements psychiques à l'adolescence

*Ni la cour en beautés fertile, ni la campagne, ni la ville, ni les royaumes d'alentour dont on alla faire le tour n'en purent fournir une telle ; L'infante seule était plus belle et possédait certains tendres appas que la défunte n'avait pas. Le roi le remarqua lui-même et brûlant d'un amour extrême alla follement s'aviser que par cette raison il devait l'épouser. Il trouva même un casuiste qui jugea que le cas se pouvait proposer. Mais la jeune princesse triste d'ouïr parler d'un tel amour, se lamentait et pleurait nuit et jour.*

*Peau d'Âne, Charles Perrault*

A la puberté, l'adolescent subit de nombreux remaniements psychiques. Selon Philippe Gutton, dans la sexualité infantile, un seul organe sexuel joue un rôle: le phallus. La différence des sexes est alors caractérisée par l'opposition phallique-

castré. On peut parler de "bisexualité psychique infantile"<sup>1</sup>. A contrario, la sexualité pubertaire découle de la complémentarité des sexes, qui amène progressivement à une différenciation génitale et à une organisation sexuelle majoritairement hétérosexuelle. Cet autre sexe est incarné par le parent de sexe opposé dans les représentations de l'adolescent. Gutton utilise le concept de "scène pubertaire"<sup>2</sup> comme support des représentations incestueuses interdites. Contrairement aux fantasmes pré-œdipiens, les représentations dans lesquelles l'adolescent s'imagine avec son parent de sexe opposé sont de l'ordre du possible, donc d'autant plus intolérables pour le Moi et le Surmoi. L'anorexie mentale, en stoppant net la différenciation sexuelle de l'adolescent, réprime à la fois les fantasmes incestueux et toute recherche d'un nouvel objet sexuel.

Pour Anna Freud, l'adolescence correspond à une période de combat entre le Moi et le Ça. Le Moi lutte contre les tensions exercées par les pulsions du Ça, ce qui peut aboutir à une "déformation morbide du caractère"<sup>3</sup>. Ce combat avait déjà commencé dans la petite enfance mais a connu un répit pendant la période de latence. La tension, qui résulte du développement des pulsions du Ça, crée de l'anxiété chez l'adolescent. Cela met en jeu des mécanismes de défense. A. Freud distingue une évolution normale et pathologique chez les adolescents. "Dans les cas normaux, la structure du Moi et du Surmoi se modifie assez pour s'accommoder de ces nouvelles formes de sexualité. Dans des cas moins favorables, un Moi rigide, immature, réussit à inhiber ou à déformer la maturation sexuelle"<sup>4</sup>. Dans la mesure où l'anorexie mentale provoque justement un blocage complet de la maturation sexuelle, peut-on

<sup>1</sup> Gutton Philippe, 1991, *Le Pubertaire*, Paris, PUF.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Freud A., *Angoisse pulsionnelle à la puberté*, in *Le Moi et les mécanismes de défense* (1936), Paris, PUF, 2009, p.141.

<sup>4</sup> Ibid.

considérer cette maladie comme une forme de défense extrême face à l'angoisse provoquée par les pulsions sexuelles qui surgissent à la puberté? D'autant plus que le Moi des anorexiques est typiquement dépourvu de toute souplesse et tend à coller à un Idéal du Moi hypertrophié; nous y reviendrons plus tard.

Les pulsions du Ça représentent donc un danger pour l'équilibre de l'adolescent mais ce danger provient aussi de l'existence des objets d'amour du passé œdipien et pré-œdipien. "C'est pourquoi (...) les exigences génitales nouvellement acquises risquent de rencontrer ces objets et de prêter une réalité nouvelle et menaçante à des fantasmes qui semblaient éteints mais qui, en fait, ne sont que refoulés"<sup>1</sup>. Plusieurs moyens de défense sont employés par les adolescents face au danger de ces fantasmes et pulsions. Parmi ceux-ci, le cas de "l'adolescent ascétique" nous intéresse particulièrement. Pour A. Freud, "les fantasmes infantiles de fécondation orale sont ravivés par la potentialité nouvelle de maternité due à la maturation génitale"<sup>2</sup>. Ceci expliquerait que les jeunes filles anorexiques refusent l'ingestion orale de nourriture, fantasmatiquement liée au danger de la maternité.

Pour Lampl-de Groot<sup>3</sup>, contrairement à la petite enfance, où le Moi de l'enfant peut s'appuyer sur celui de sa mère, et à la période de latence, où le Surmoi de l'enfant domine son comportement, le Moi de l'adolescent se trouve bien dépourvu face aux pulsions qui l'assailent. Il est certes plus "fort" que le Moi de l'enfant mais il ne peut plus s'appuyer sur le Moi auxiliaire de ses parents puisqu'il cherche à s'en détacher. Sur ce point, Peter Blos rejoint Lampl-de Groot: il considère que la régulation de l'équilibre narcissique va reposer sur les ressources internes de l'adolescent, puisqu'il ne peut plus s'appuyer sur ses parents. Ainsi, "l'affaiblissement du Moi dans

<sup>1</sup> Freud A., « L'adolescence », *L'enfant dans la psychanalyse* (1958), Paris, Gallimard, 1976, p.80.

<sup>2</sup> Ibid, p.89.

<sup>3</sup> Lampl-de Groot J., « On Adolescence », *Psychoanalytic Study of the Child*, 1960.



l'adolescence n'est-il pas seulement la conséquence de l'augmentation de la force des pulsions mais tout autant du renoncement au soutien représenté par le Moi parental"<sup>1</sup>. De plus, le Surmoi de l'adolescent, qui s'appuyait jusque là sur les normes et le code moral de ses parents, est mis à mal par le processus de distanciation des parents. "D'un côté, l'adolescent désire ardemment grandir (...) D'un autre côté, il veut rester enfant afin de ne pas avoir à renoncer à son attachement infantile aux objets parentaux"<sup>2</sup>.

La particularité des anorexiques, par rapport aux autres adolescentes, c'est qu'elles ne désirent en aucun cas grandir, car les fantasmes infantiles de potentielle relation incestueuse avec le père les terrifient. Alors que l'adolescent "normal" est dans l'ambivalence par rapport à ses parents, l'anorexique est figée dans un attachement pathologique, entre fusion et clivage. Le maintien provoqué dans un corps sexuellement indifférencié annihile toute possibilité de relation incestueuse réelle ou fantasmée avec le père, empêche d'entrer en rivalité avec la mère qui incarne la féminité, et évite le problème épineux de la distanciation des parents.

A l'adolescence, le Surmoi subit une réorganisation importante: il devient une instance interne. En effet, le Surmoi post-œdipien, issu des interdits parentaux, va perdre de sa force en même temps que l'adolescent va se détacher progressivement de ses parents. On peut distinguer le Surmoi, "instance interdictrice et restrictrice"<sup>3</sup>, de l'Idéal du Moi qui représente les idéaux, l'éthique. Lors de la perte des objets d'amour infantiles, l'image idéalisée des parents est mise à mal. Ces imagos qui donnent naissance chez l'enfant au sentiment de toute-puissance, servent d'appui à l'estime de

<sup>1</sup> Blos Peter, « Adolescence et second processus d'individuation », dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967.

<sup>2</sup> Lampl-de Groot J., « On Adolescence », dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 1960.

<sup>3</sup> Ibid.

soi et la cohésion de l'image de soi. C'est donc toute l'assise narcissique de l'adolescent qui est chamboulée lors de la distanciation des parents. L'adolescent doit alors se forger un nouvel Idéal du Moi. Chez les anorexiques, l'Idéal du Moi est complètement perverti. Il est en tous cas en décalage complet avec ce que la majeure partie des individus cherche à atteindre. Le Surmoi, cruel et intransigeant, en un mot: archaïque, n'est pas le garant d'une conduite socialement adaptée, mais devient le bourreau qui inflige à l'anorexique une culpabilité écrasante si elle ne colle pas à un Idéal du Moi qui la condamne à l'annihilation.

Dans son *Petit traité d'horreur fantastique*<sup>1</sup>, Marion Hendrickx nous montre le rôle d'organisateur psychique que peut jouer l'horreur fantastique chez les adolescents. Les anorexiques n'ayant pas les outils pour faire face à la mise en scène crue, à peine déguisée et terrifiante des conflits psychiques dans de tels récits, il nous semble que le conte merveilleux pourrait jouer le même rôle mais à un niveau plus adapté à leur problématique. En effet, on imagine mal nos patientes anorexiques se confronter frontalement à la mise à mort de jeunes gens qui osent s'ouvrir à la sexualité. Quoiqu'il en soit, les contes pourraient les aider à "tuer le monstre, se débarrasser de ce Surmoi archaïque, basé sur des imagos parentales clivées en tout bon/tout mauvais".

### 3) Le deuil nécessaire des objets infantiles

*Le prince poursuivit son chemin et le silence était si profond qu'il entendait son propre souffle. Enfin, il arriva à la tour et poussa la porte de la petite chambre où dormait la Belle. Elle était là, si jolie qu'il ne put en détourner le regard. Il se pencha sur elle et lui donna un baiser.*

<sup>1</sup> Hendrickx M., *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant, p.91.

*Alors, la Belle au Bois Dormant s'éveilla, ouvrit les yeux et le regarda en souriant. Ils sortirent tous deux et le roi s'éveilla à son tour, et la reine, et toute la Cour. Et tout le monde se regardait avec de grands yeux. Dans les écuries, les chevaux se dressaient sur leurs pattes et s'ébrouaient les chiens de chasse bondirent en remuant la queue. Sur le toit, les pigeons sortirent la tête de sous leurs ailes, regardèrent autour d'eux et s'envolèrent vers la campagne. Les mouches, sur les murs, reprirent leur mouvement; dans la cuisine, le feu s'alluma, flamba et cuisit le repas. Le rôti se remit à rissoler; le cuisinier donna une gifle au marmiton, si fort que celui-ci en cria, et la bonne acheva de plumer la poule. Le mariage du prince et de la Belle au Bois Dormant fut célébré avec un faste exceptionnel. Et ils vécurent heureux jusqu'à leur mort.*

*La Belle au bois dormant, les frères Grimm*

Anna Freud évoque une similitude entre les états émotionnels de l'adolescent et les réactions au cours de déceptions sentimentales ou de deuils. En effet, lorsque la libido d'un individu est pleinement engagée dans une relation à un objet d'amour réel et qu'un deuil ou une rupture survient, "la souffrance mentale (est) causée par la tâche difficile d'opérer un désinvestissement et de renoncer à une position qui n'offre plus d'espoir de retour d'amour, c'est-à-dire de satisfaction."<sup>1</sup>. Or, l'adolescence est également le théâtre d'un débat affectif dans les relations avec les parents. La "libido (de l'adolescent) est sur le point de se détacher des parents et de s'attacher à de nouveaux objets. Un certain deuil des objets du passé est inévitable"<sup>2</sup>. Guérir de l'anorexie, c'est faire le deuil des objets parentaux, mais c'est aussi faire le deuil du corps asexué et idéalisé de l'enfance.

<sup>1</sup> Freud A., « L'adolescence », dans *L'enfant dans la psychanalyse* (1958), Paris, Gallimard, 1976.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Lampl-de Groot J., « On Adolescence », dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 1960.

En outre, parallèlement au deuil des objets d'amour infantiles, il y aurait chez l'adolescent un "retournement de l'agressivité vers le dedans". Cela pourrait être à l'origine, pour Lampl-de Groot, de troubles psychiatriques tels qu'une décompensation dépressive ou psychotique. On peut extrapoler et imaginer que ces mécanismes participent au déclenchement d'une anorexie mentale, l'adolescente retournant son agressivité contre son propre corps en pleine métamorphose.

Blos considère l'adolescence comme un "second processus d'individuation"<sup>1</sup>, le premier se situant pour lui vers la fin de la troisième année, au moment où est atteinte la permanence de l'objet. Le second processus d'individuation se traduit par "l'éclatement des liens de dépendance à la famille et le désengagement des liens objectaux infantiles pour devenir un membre de la société"<sup>2</sup>. Peter Blos évoque ainsi les ruptures parfois violentes de l'adolescent avec son enfance et sa famille, qui seraient un moyen de défense contre les gratifications objectales infantiles, ou en d'autres termes "une manière d'échapper à une attirance régressive envahissante et contraignante vers tout ce que l'enfance avait pu offrir de gratifications par rapport au besoin de dépendance et de sécurité et à la toute-puissance infantile"<sup>3</sup>. Il y a donc un effort pour rompre avec les objets infantiles qui mobilise une quantité énorme d'énergie. Ce désengagement est nécessaire et préalable à la recherche d'objets d'amour externes et extra-familiaux.

<sup>1</sup> Blos P., « Adolescence et second processus d'individuation », dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967.

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ibid.

#### 4) Adolescence et archaïsme

*"Oh, grand-mère, comme tu as de grandes oreilles." - "C'est pour mieux t'entendre!"*

*- "Oh! grand-mère, comme tu as de grands yeux!" - "C'est pour mieux te voir!"*

*- "Oh! grand-mère, comme tu as de grandes mains!" - "C'est pour mieux t'étreindre!"*

*- "Mais, grand-mère, comme tu as une horrible et grande bouche!" - "C'est pour mieux te manger!"*

*À peine le Loup eut-il prononcé ces mots, qu'il bondit hors du lit et avala le pauvre Petit Chaperon Rouge.*

*Le Petit Chaperon Rouge, les frères Grimm*

Le processus d'adolescence nécessite pour Peter Blos une régression vers les phases précoces du développement. Blos cite Geleerd: "Il se produit au moment de l'adolescence une régression partielle vers une phase de relation d'objet indifférenciée"<sup>1</sup>. Cette régression est possible car, théoriquement, durant la période de latence, le Moi de l'enfant s'est renforcé et s'est différencié de celui de ses parents grâce aux identifications. "C'est grâce à ces acquis qu'une partie du Moi, auto-observatrice et liée à la réalité, reste intacte (...) au cours des mouvements régressifs caractéristiques de l'adolescence"<sup>2</sup>. Les mouvements régressifs peuvent être sources d'une angoisse qui mobilise des défenses chez l'adolescent. Néanmoins, pour Blos, la régression à l'adolescence n'est pas en soi un moyen de défense mais plutôt un mécanisme adaptatif en faveur de l'individuation. La régression serait même pour Marion Hendrickx "le seul moyen de modifier les structures psychiques en profondeur: (...) il y a effondrement puis restructuration, mais restructuration par le

<sup>1</sup> Geleerd (1961), cité par Blos P., 1967, dans « Adolescence et second processus d'individuation ».

<sup>2</sup> Blos P., « Adolescence et second processus d'individuation », dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967.

biais de la régression"<sup>1</sup>.

Or, pour certains adolescents qui n'auraient pas acquis cette maturation et cette différenciation du Moi pendant la période de latence, le danger serait "un retour à un stade d'indifférenciation ou de fusion", "à un niveau archaïque d'identification primaire"<sup>2</sup>. Face aux angoisses de séparation, la tentation est de retourner (fantasmatiquement) dans le ventre de sa mère. Dans ce cas, la régression du Moi étant uniquement défensive, elle œuvrerait contre l'individuation. Parmi les états moïques régressifs rencontrés à l'adolescence, Blos évoque le "langage du corps" et la "somatisation des affects, des conflits et des pulsions"<sup>3</sup>. L'anorexie mentale en est sans doute la manifestation la plus extrême. En effet, le corps de l'anorexique incarne l'impossible acceptation de la différenciation sexuelle, nécessaire au détachement des parents.

Raymond Cahn évoque également les mécanismes archaïques qui resurgissent à l'adolescence. "Dans les perturbations les plus banales comme les plus inquiétantes à cet âge, tout semble se passer comme si la reviviscence tardive des angoisses dépressives et de séparation, amplifiées par l'affrontement au conflit œdipien et aux blessures narcissiques qui en découlent, faisait resurgir les premières angoisses jusqu'alors peu ou prou surmontées. Les mécanismes archaïques sont alors mobilisés par voie rétroactive et leur poids devient déterminant"<sup>4</sup>. Ainsi, à l'adolescence, le nécessaire processus d'individuation réveille les angoisses de séparation du tout petit. Il est alors plus facile de se détacher de parents persécuteurs que des parents idéalisés

<sup>1</sup> Hendrickx M., *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant, p.100.

<sup>2</sup> Blos P., «Adolescence et second processus d'individuation», dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Cahn R., *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*, 1991b, Paris, PUF.

de la période de latence, d'où le recours à des mécanismes de clivages. Comme dans les contes de fées, la mère est vécue comme envahissante, dévoratrice, à l'image de la sorcière cannibale de *Hansel et Gretel* ou *Blanche-Neige*. Le père est, quant à lui, faible, comme le père de *Cendrillon* ou au contraire castrateur, comme l'ogre du *Petit Poucet*.

*Comme ils commençaient à se chauffer, ils entendirent frapper trois ou quatre grands coups à la porte: c'était l'ogre qui revenait. Aussitôt sa femme les fit cacher sous le lit, et alla ouvrir la porte. L'ogre demanda d'abord si le souper était prêt, et si on avait tiré du vin, et aussitôt se mit à table. Le mouton était encore tout sanglant, mais il ne lui en sembla que meilleur. Il reniflait à droite et à gauche, disant qu'il sentait la chair fraîche. "Il faut, lui dit sa femme, que ce soit ce veau que je viens d'habiller que vous sentez. -- Je sens la chair fraîche, te dis-je encore une fois, reprit l'ogre, en regardant sa femme de travers, et il y a ici quelque chose de louche."*

*Le Petit Poucet, Charles Perrault*

L'adolescence se caractérise donc par des mouvements régressifs, durant lesquels les mécanismes archaïques ressurgissent. L'un des buts de l'adolescence est donc de parvenir petit à petit à une gestion apaisée des relations avec les parents, sans que celle-ci soit vécue comme intrusive ou dangereuse. Cela suppose de parvenir à une "dé-idéalisation" des objets d'amour mais aussi de l'image que le jeune adulte a de lui-même, "en unifiant ses parties bonnes et mauvaises"<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hendrickx M., *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant, p.90.

## 5) La crise d'adolescence

Intéressons-nous maintenant à la crise d'adolescence. Selon Anna Freud, la structure de personnalité d'un enfant à la fin de la période de latence, qui correspond à un certain équilibre interne, résulte de longs conflits entre les forces du Ça et du Moi. A la puberté, lorsque les pulsions émanant du Ça explosent, l'équilibre est presque impossible à maintenir. "Il faut donc renoncer à cet équilibre pour permettre à la sexualité adulte d'être intégrée dans la personnalité". La crise d'adolescence est "tout simplement l'indice extérieur visible de la mise en place de ces remaniements internes"<sup>1</sup>. Il s'agit donc d'une étape normale du développement de la personnalité. Il est d'ailleurs parfois difficile de faire la part des choses entre des manifestations normales de l'adolescence et certains symptômes précurseurs d'une pathologie. Le problème chez les adolescentes anorexiques, c'est que cette crise d'adolescence n'a souvent pas lieu. Les remaniements internes nécessaires à la construction d'une sexualité adulte, irreprésentable pour l'anorexique, ne se produisent pas. L'anorexie mentale fige hors du temps le corps et la psyché dans une indifférenciation sexuelle mortifère.

Après la période de latence, la puberté entraîne des bouleversements et des inquiétudes concernant l'identité et les identifications antérieures. L'adolescence, qui ne répond pas forcément aux attentes construites pendant la période de latence, peut donc être vécue comme une désillusion. En effet, les fantasmes de changement, d'indépendance, d'épanouissement personnel, viennent se confronter à une réalité toute autre. L'adolescent entre en conflit avec ses identifications antérieures et avec

1 Freud A., « L'adolescence », dans *L'enfant dans la psychanalyse* (1958), Paris, Gallimard, 1976.



l'image idéalisée qu'il a de lui-même. Ces éléments contribuent pour E.Kestemberg à expliquer le déclenchement de la crise d'adolescence. Or, chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, il semble que cet espoir d'indépendance né pendant la période de latence n'existe pas. Les adolescentes anorexiques ne prétendent pas accéder à une quelconque autonomie, elles sont même bien en-deçà de cela, puisque la différenciation sexuelle qu'implique l'accès à l'indépendance est terrifiante, voire irréprésentable. Pour l'anorexique, l'adolescence n'est pas qu'une désillusion, elle est un coup d'arrêt à leur développement, car la métamorphose de la puberté est vécue comme monstrueuse. Au prix "d'un clivage plus ou moins profond du Moi (...)" S'instaure alors une sorte d'hyperlatence prolongée, un rejet du corps"<sup>1</sup>.

Pour P. Gutton, "la crise d'adolescence, normale ou pathologique, est la recherche de solutions permettant d'assurer le sentiment continu de l'existence tout en intégrant la nouveauté pubertaire. Cette intégration suppose l'adaptation et la consolidation des instances de la deuxième topique"<sup>2</sup>. Quand cette étape échoue, il se produit une cassure qui est "une pathologie du Moi succombant à l'attaque pubertaire par le clivage. (...) La particularité d'un tel état à la puberté est la place qui revient au corps génital, symbole du "danger de la réalité", séducteur et persécuteur, choyé (...) et haï"<sup>3</sup>. On ne peut s'empêcher de penser au corps de l'anorexique, vécu comme persécuteur et lui-même persécuté. Gutton ajoute que cette clinique correspond à plusieurs évolutions pathologiques dont celle des addictions.

A l'évidence, dans l'anorexie mentale, l'intégration de la nouveauté pubertaire a échoué. On peut souligner encore une fois l'absence de crise d'adolescence chez la

<sup>1</sup> Kestemberg E., « Notule sur la crise de l'adolescence, de la déception à la conquête », *Revue Française de Psychanalyse*, 1980.

<sup>2</sup> Gutton Philippe, 1991, *Le Pubertaire*, Paris, PUF, p.199.

<sup>3</sup> Ibid, p.200.

plupart de ces patientes, qui aurait peut-être permis l'acceptation du corps génital en devenir. Blanche-Plume est l'exemple type de ces adolescentes excessivement sages, qui ne posent aucun problème aux parents, tant elles sont discrètes et collent à leurs attentes. Blanche-Plume me dira en entretien combien elle a été surprise que son petit frère lui dise en thérapie familiale: "Tu as toujours été la seule d'entre nous qui faisait tout ce que maman disait, sans jamais la contredire. Même insister pour aller manger devant la télé, ce n'était pas possible, alors tu mangeais seule avec elle dans la cuisine".

## 6) La crise identitaire

*Le marchand se jeta à genoux, et dit à la Bête, enjoignant les mains :*

*« Monseigneur, pardonnez-moi, je ne croyais pas vous offenser, en cueillant une rose pour une de mes filles, qui m'en avait demandé.*

*- Je ne m'appelle point Monseigneur, répondit le monstre, mais la Bête. Je n'aime pas les compliments, moi, je veux qu'on dise ce que l'on pense; ainsi, ne croyez pas me toucher par vos flatteries. Mais vous m'avez dit que vous aviez des filles; je veux bien vous pardonner, à condition qu'une de vos filles vienne volontairement, pour mourir à votre place; ne me raisonnez pas: partez, et si vos filles refusent de mourir pour vous, jurez que vous reviendrez dans trois mois. »*

*La Belle et la Bête, Madame Leprince de Beaumont*

Une autre caractéristique de l'adolescence est l'effort fourni pour rester en contact avec la réalité. En effet, l'appauvrissement du Moi à cette période fissure dangereusement le narcissisme de l'adolescent qui subit une véritable crise identitaire. De plus, la transformation corporelle vécue comme "monstrueuse" remet en cause le sentiment d'exister dans son corps, difficilement acquis durant l'enfance, puisque ce

corps devient étranger. Comme dans le mythe du loup-garou, la transformation pubertaire, fait ainsi effraction au sentiment rassurant de continuité du corps et de la psyché<sup>1</sup>. La tentative de sauvegarde de la continuité d'existence se traduit par la recherche d'expériences fortes en émotions et en excitation, par "un besoin d'états affectifs d'une grande intensité"<sup>2</sup>. Cette recherche de sensations fait de l'adolescence un moment propice au développement d'une addiction. Comme nous l'avons vu plus haut, les consommations de substances psycho-actives par exemple, sont au départ un moyen employé dans une recherche d'évasion, de plaisir. On retrouve aussi une euphorie dans le jeûne induit par l'anorexie mentale.

A l'adolescence, "la libido objectale retirée des objets internes comme des objets externes est transformée en libido narcissique"<sup>3</sup>. Se présente alors le risque, en cas de surestimation des pouvoirs du corps et de l'esprit, d'une perturbation de l'épreuve de réalité. C'est ainsi que des adolescents prennent des risques inconsidérés, voire jouent avec la mort. Ce mécanisme participe peut-être à la défiance des jeunes patientes anorexiques face à la mort. Ainsi, Blanche-Plume ne craint pas de mourir, alors qu'elle cesse totalement de se nourrir et que son poids chute en quelques semaines.

De plus, la puberté entraîne l'acquisition de deux autres pouvoirs: celui de procréer (par le développement des organes génitaux) et celui de détruire (par la développement de la musculature), ou en d'autres termes "le pouvoir de vie et de mort sur son prochain"<sup>4</sup>. Ces pouvoirs sont lourds de responsabilité et sources d'angoisse

<sup>1</sup> Hendrickx M., *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant, p.69.

<sup>2</sup> Blos P., «Adolescence et second processus d'individuation», *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Hendrickx M., *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant, p.83.

pour l'adolescent qui en connaît les conséquences. D'autant plus qu'ils sont difficilement maîtrisables, au vu des décharges hormonales qui favorisent tension sexuelle, impulsivité et agressivité. Au prix de sa propre vie, l'anorexique est dans le contrôle extrême de ces pulsions. Mais tandis qu'elle pense maîtriser la mort elle-même, elle se vide petit à petit de tout souffle de vie.

L'adolescence est aussi un rite de passage où le jeune essaye de se démarquer des autres et en particulier de sa famille. Le paradoxe est qu'en faisant tout pour se distinguer des autres, il colle parfaitement à la mode du moment et donc à un moule commun à son groupe d'identification et à de nombreux jeunes de son âge. Certaines jeunes filles souffrant d'anorexie disent que c'est "pour ne pas se fondre dans la masse" qu'elles ont eu besoin de se différencier de leurs congénères. Or, loin d'être des cas uniques, ces jeunes filles sont physiquement assez conformes entre elles, à tel point que leur aspect physique reconnaissable occulte presque leur personnalité. Elles cherchent sans doute à faire face à des angoisses de morcellement ou d'annihilation très archaïques, qui resurgissent à l'adolescence. Pourtant, il est étonnant de constater comme, en réalité, en faisant fondre les volumes de leur corps, elles s'approchent au plus près du néant.

Les expériences groupales sont d'une grande importance à cette période. Le groupe, substitut de la famille, permet des "identifications d'essai"<sup>1</sup>. Cependant, les relations recherchées par l'adolescent sont en partie inauthentiques et égocentriques, car le but premier n'est pas le lien personnel mais bien l'excitation et le regain narcissique qui en découlent. Les stars: acteurs, chanteurs, mannequins, sont aussi l'objet d'identifications par les adolescents. Les images de mannequins véhiculées

<sup>2</sup> Blos P., «Adolescence et second processus d'individuation», *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967.

dans les médias peuvent encourager certaines adolescentes à coller à cet idéal de maigreur banalisé. Sans compter qu'accepter les rondeurs et les formes féminines qui se développent à la puberté ferait courir le risque à l'adolescente de ressembler à sa mère, dont elle cherche à s'éloigner, et d'entrer en rivalité avec elle. Citons Brusset: "Le refus des formes et des sensations du corps et de la mère s'exprime hors langage dans une affirmation de soi, une volonté de puissance et d'autodétermination. La mortification du corps est perçue comme ultime sauvegarde de l'âme, du sentiment de soi et de valeur de soi"<sup>1</sup>. La quête identitaire cesse quand, à la fin de l'adolescence, le jeune adulte peut enfin assumer ses propres positions et choix, quand il fait l'expérience d'une continuité harmonieuse entre ses pensées autonomes et son corps métamorphosé. Il n'a alors plus besoin d'avoir recours à l'identification<sup>2</sup>.

Raymond Cahn propose le concept de "processus de subjectivation" pour désigner les mécanismes qui amènent progressivement l'enfant puis l'adolescent à se détacher de ses parents, à ne plus dépendre des idéaux et interdits parentaux, et à devenir un sujet autonome pourvu d'une pensée propre. Ce processus dure toute la vie mais les tournants décisifs se produisent lors de la petite enfance et de l'adolescence, "temps de remaniement et de phase provisoirement conclusive représentée à travers les angoisses identitaires et la qualité à la fois hyperexcitante et hypermenaçante de l'objet". D'autre part, "à partir de l'exigence interne d'une pensée propre, (le processus de subjectivation) permet l'appropriation du corps sexué et l'utilisation des capacités créatrices du sujet dans une démarche de désengagement, de désaliénation du pouvoir de l'autre ou de sa jouissance"<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Brusset B., «La figure de l'anorexique dans l'adolescence», in *Adolescence*, 2005.

<sup>2</sup> Hendrickx M., *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant, p.110.

<sup>3</sup> Cahn R., 1991b, *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*, Paris, PUF.

La créativité est justement ce qui fait défaut chez les adolescentes souffrant d'anorexie mentale, d'où la nécessité de trouver des supports pour stimuler cette créativité. Nous reviendrons sur le rôle que peuvent ici jouer les contes de fées.

## 7) L'organisation sexuelle définitive

*« Vous avez oublié votre promesse, le chagrin de vous avoir perdue, m'a fait résoudre à me laisser mourir de faim; mais je meurs content, puisque j'ai le plaisir de vous revoir encore une fois.*

*- Non, ma chère Bête, vous ne mourrez point, lui dit la Belle, vous vivrez pour devenir mon époux; dès ce moment je vous donne ma main, et je jure que je ne serai qu'à vous. Hélas, je croyais n'avoir que de l'amitié pour vous, mais la douleur que je sens me fait voir que je ne pourrais vivre sans vous voir. »*

*A peine la Belle eut-elle prononcé ces paroles, qu'elle vit le château brillant de lumière, les feux d'artifices, la musique, tout lui annonçait une fête mais toutes ces beautés n'arrêtèrent point sa vue : elle se retourna vers sa chère Bête, dont le danger la faisait frémir. Quelle fut sa surprise ! La Bête avait disparu, et elle ne vit plus à ses pieds qu'un prince plus beau que l'amour, qui la remerciait d'avoir fini son enchantement.*

*La Belle et la Bête, Madame Leprince de Beaumont*

Pour Moses Laufer, "la fonction développementale centrale de l'adolescence est l'établissement de l'organisation sexuelle définitive". Que ce soit par la modification de la relation aux objets infantiles, par la recherche de nouveaux objets sexuels ou par la modification de l'attitude vis-à-vis de son corps propre, le but ultime est d'arriver à une "identité sexuelle irréversible".

<sup>1</sup> Laufer M., «Adolescence, fantasme masturbatoire central et organisation sexuelle définitive», dans *Adolescence et psychanalyse : une histoire*, 1997.

Une fois le complexe d'Œdipe résolu et le Surmoi internalisé, les désirs ressentis pour les objets infantiles que sont les parents, et les gratifications attendues de la part de ces objets, ne sont plus acceptables pour le Moi. Laufer propose la notion de "fantasme masturbatoire central" pour désigner cet "ensemble fantasmatique dont le contenu correspond aux différentes satisfactions régressives comme aux principales identifications sexuelles"<sup>1</sup>. Il s'agit d'un phénomène normal au cours du développement sexuel. Le fantasme masturbatoire central reste inconscient pendant toute la période de latence, mais, à la puberté, il peut surgir dans la conscience et se confronter à la maturité physique de l'adolescent. La possibilité de féconder ou d'être fécondé devient alors réelle et source d'angoisse. Dans ce contexte, l'activité auto-érotique, de l'adolescent peut l'aider à trouver une solution de compromis qui lui permette, à la fois de satisfaire les désirs contenus dans ce fantasme masturbatoire central, mais aussi d'obtenir l'aval de son Surmoi. En d'autres termes, au travers des "actions d'essai" que représentent la masturbation et les fantasmes masturbatoires, l'adolescent expérimente ses désirs, et fait le tri entre ceux qui sont acceptables pour le Surmoi et ceux qui ne le sont pas. Les désirs régressifs pré-œdipiens sont alors refoulés et sont exclus de l'organisation sexuelle définitive.

Toutefois, certains adolescents ne s'autorisent pas à expérimenter dans leurs fantasmes ces désirs régressifs car ils les jugent trop honteux ou pervers. Le risque est alors que les désirs pré-génitaux ne soient pas refoulés et prennent le pas sur l'organisation de la génitalité. Ainsi, "le corps sexuellement mature sera ressenti comme la source des désirs régressifs, d'où la nécessité de le répudier en tant qu'instrument de gratification pulsionnelle"<sup>2</sup>. "Tout se passe comme si les patients

<sup>1</sup> Laufer M., «Adolescence, fantasme masturbatoire central et organisation sexuelle définitive», dans *Adolescence et psychanalyse : une histoire*, 1997.

<sup>2</sup> Ibid.

avaient accepté que la génitalité ne puisse ou ne doive pas être atteinte, tant sur le plan objectal qu'instinctuel"<sup>1</sup>. Dans le cas de l'anorexie mentale, on se situe souvent bien en-deçà d'une quelconque organisation sexuelle. Toute pulsion sexuelle est étouffée, dans un corps sexuellement indifférencié. Cela protège l'adolescente contre l'accomplissement fantasmatique ou réel des désirs infantiles. Mais l'adolescente anorexique, en évitant d'affronter ses désirs et pulsions régressives, ne les refoule pas ni ne les dépasse. Au contraire, elle les cristallise, rendant impossible le passage vers une organisation sexuelle définitive et la recherche d'un nouvel objet sexuel. Le masculin, identifié au père fantasmatiquement incestueux, est ainsi vécu comme repoussant, dangereux, comme une bête gouvernée par ses instincts.

<sup>1</sup> Lafer M., «Adolescence, fantasme masturbatoire central et organisation sexuelle définitive», dans *Adolescence et psychanalyse : une histoire*, 1997.



### III) Le conte et ses richesses, intérêt pour la pratique clinique

A l'origine issu de la tradition orale populaire, le conte a, de tout temps, réuni petits et grands pour de longues veillées au coin du feu. On se plaisait alors à regarder et écouter le conteur exercer son art. Enfants et adultes pouvaient en tirer des enseignements, chacun selon son niveau de compréhension. Ainsi, de conteur en conteur, au fil des générations successives, le bouche à oreille a remanié les récits qui nous sont parvenus aujourd'hui.

#### A- Le conte au fil des âges

Le conte se définit comme un "Récit, en général assez court, de faits imaginaires" pour le Larousse, un "Récit d'aventures imaginaires destiné à distraire, à instruire en amusant" pour le Centre National de Ressource Textuelle et Lexicale (CNRTL).

Ces définitions montrent le caractère fictif du conte, contrairement à d'autres types de récits, comme la légende ou le mythe qui s'appuient en partie sur des faits réels et laissent le doute au lecteur. Le conte, en particulier le conte merveilleux, ne laisse pas de doute sur sa dimension imaginaire. Les formules qui débutent les contes comme "Il était une fois..." nous placent dès le départ dans un monde imaginaire, bien différent du monde réel. Le conte est souvent écrit/dit au passé mais sans que des éléments chronologiques le rattachent au déroulement du temps dans la vie réelle.

Ainsi, le récit se situe dans un espace intemporel, complètement dissocié de notre temporalité.

La définition du CNRTL explique aussi les fonctions du conte, à la fois destiné à distraire, mais aussi à transmettre des messages. D'ailleurs, même si de nos jours avec la disparition de la culture orale, les contes se destinent le plus souvent aux enfants, ce n'était pas le cas initialement; c'est avant tout aux adultes que ces histoires s'adressaient. La transmission orale permettait aux personnes illettrées de profiter d'enseignements dispensés sous des aspects ludiques et magiques. Car, outre sa dimension enchantée, le moment du conte était bien aussi un moment d'échange, de transmission de messages d'une génération à une autre. Sous une forme symbolique, les questionnements des uns et des autres étaient abordés. Pour le conteur comme pour l'auditeur, le conte pouvait faire ressurgir des conflits psychiques inconscients, refoulés: "ce qui était enfoui, enseveli, mais ne pouvait s'exprimer par des mots", "cette violence immanente du vécu infantile qui perdure dans le tréfonds de tout être humain"<sup>1</sup>. Le moment du conte faisait ainsi naître des sentiments variés allant du plaisir et de l'enchantement à l'interrogation voire l'angoisse, jusqu'à la résolution finale des conflits à la fin du récit.

Ces veillées avaient aussi un rôle social très important, puisqu'elles réunissaient tout un groupe autour d'une histoire commune. Chacun, quels que soient son âge et son sexe, pouvait se sentir concerné par les problèmes rencontrés par le héros. L'assemblée était tenue en haleine, suspendue au regard et à la voix du conteur, jusqu'à ce que le héros trouve une solution à ses problèmes et qu'une fin heureuse arrive. Au plaisir que prenait le conteur à raconter l'histoire s'associait le plaisir des

<sup>1</sup> Mc Dougall J., 1982, citée par Kaës et al, dans *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, 1984, Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.138

spectateurs à écouter le récit.

Donc, le conte est avant tout un récit oral, qui s'est longtemps transmis par le bouche à oreille. Le mot "conte" est issu du latin *computare* qui signifie "dénombrer", "tenir une liste", Son origine étymologique traduit bien la dimension orale du conte, récit destiné à être raconté à l'oral devant une assemblée de pairs. On l'appelle aussi conte populaire car il était conté dans les milieux ruraux lors de veillées réunissant les membres d'une famille, d'un village.

Les origines des contes se perdent dans les limbes du temps. On retrouve des traces de contes ou équivalents dans de nombreuses civilisations. Pour Marc Soriano, docteur en lettres et sciences humaines, professeur à l'université de Paris-VII-Jussieu, les contes sont des "récits de voie orale, dont l'origine est vraisemblablement antérieure aux civilisations historiques et qui, d'une époque à l'autre, se manifestent parfois dans la littérature écrite sous forme d'adaptation"<sup>1</sup>. En Europe, ce n'est que tardivement, au XVII<sup>ème</sup> siècle, que les recueils écrits de contes apparaissent. A la Renaissance, en plein siècle des Lumières, alors que se développe une pensée philosophique basée sur le rationnel qui condamne les croyances et superstitions des siècles passés, les contes populaires sont collectés auprès des populations rurales qui perpétuent la tradition des veillées, où les conteurs sont rois. A partir de multiples versions orales, souvent personnalisées par chaque conteur, les contes font l'objet de remaniements par des auteurs tels que Perrault, les frères Grimm ou Andersen. Il en résulte une synthèse des principaux contes qui, figés par écrit, sont parvenus jusqu'à nous. Ces contes écrits sont parfois très éloignés des versions orales dont ils s'inspirent.

Le plus fameux des auteurs français de contes merveilleux est, sans doute,

<sup>1</sup> Guide de littérature pour la jeunesse, Flammarion, 1975.

Charles Perrault (1628-1703), connu pour son recueil, *Les Contes de ma Mère l'Oye*, paru en 1697. Néanmoins, les contes de Perrault diffèrent largement des versions communément répandues aujourd'hui. En effet, certains passages de ses récits peuvent être crus, comme dans *Le Petit Chaperon rouge* auquel le loup fait manger les restes de sa grand-mère avant de la dévorer elle-même. Les contes de Perrault comportent par ailleurs un caractère moraliste parfois critiqué.

Un siècle plus tard, les frères Jacob (1785-1863) et Wilhelm Grimm (1786-1859), linguistes et philologues allemands, collectent à leur tour des contes populaires et les retranscrivent dans des versions plus proches des versions orales. Le romancier, dramaturge et poète danois Hans Christian Andersen (1805-1875) est, quant à lui, l'auteur de nombreux contes originaux tels que *Le Vilain Petit Canard*, *La Petite Fille aux allumettes* ou *La Petite Sirène*.

Moins connues de nos jours, les femmes ont aussi joué un rôle important dans l'écriture des contes, à une époque où elles ont une place importante dans les salons mondains. Parmi elles, la romancière et poétesse française, Marie-Jeanne L'Héritier de Villandon (1664-1734), nièce de Charles Perrault, est l'auteur des *Enchantements de l'Éloquence*, paru en 1696. Son amie, Madame d'Aulnoy (1651-1705), également auteur de contes merveilleux, inventeur du terme "conte de fées", se distingue par son style satirique, ses écrits cachant de nombreuses critiques de la cour. Elle publie notamment *Les Contes des Fées*, *Les Contes nouveaux* et *Les Fées à la mode* en 1698. A la même époque, Henriette-Julie de Castelnau de Murat (1670-1716) apporte aussi sa pierre à l'édifice en publiant plusieurs recueils de contes de son propre cru: *Contes de fées* (1697), *Les Nouveaux Contes de fées* (1698), *Le Voyage de campagne* et *Histoires sublimes et allégoriques* (1699), *Journal pour Mademoiselle de Menou* (1708). Ces contes sont assez éloignés de leurs racines folkloriques.

Depuis l'époque de Perrault, les formes du conte ont évolué. Les recueils écrits se sont enrichis d'illustrations, d'images, dont l'intérêt est d'ailleurs discuté par certains auteurs comme Bettelheim: "Les illustrations sont distrayantes; elles n'apportent rien à l'enfant. (...) les images détournent l'enfant du processus éducatif, au lieu de le renforcer, et cela parce qu'elles empêchent l'enfant d'expérimenter l'histoire à sa façon"<sup>1</sup>. Plusieurs supports ont concurrencé les livres: supports audios, livres-jeux. L'arrivée du cinéma a ouvert l'univers du conte à de multiples dessins animés et films. Walt Disney, lors de la sortie de son premier long dessin animé, *Blanche-Neige et les sept nains*, ne se doutait sans doute pas que le filon des contes serait à ce point exploité par les studios Disney. Le public aussi auquel s'adressent les contes n'est plus le même qu'autrefois. Les enfants sont les premiers visés, bien que certains adultes trouvent les contes dangereux pour eux. Les recueils de contes ont donc été adaptés aux enfants, dans des versions simplifiées voire franchement épurées. Paradoxalement ces dernières années, alors que les dessins animés destinés aux enfants s'éloignent de plus en plus des versions classiques des contes qui les ont inspirés, on voit se multiplier les films inspirés de contes: *Il était une fois*, *Blanche-Neige*, *Blanche-Neige et le chasseur*, *Jack le chasseur de géants*, *Alice au pays des merveilles...*etc. Est-ce à dire que les adolescents et jeunes adultes, auxquels s'adressent ces films, s'intéresseraient de nouveau aux thèmes abordés dans les contes?

En plus de sa dimension intemporelle, le conte peut également se targuer d'être universel. En effet, bien que les histoires varient d'un pays à l'autre, le fond et les messages transmis par ces récits sont très proches. Des contes populaires russes ou européens, en passant par les contes des milles et une nuits ou les contes africains, on retrouve les mêmes thèmes qui préoccupent toute l'humanité: les angoisses infantiles

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.95.

archaïques concernant l'oralité, l'analité, la réparation, la séparation des parents, l'émancipation du jeune adulte, la découverte de l'autre, la rivalité entre frères et soeurs. La forme peut être différente mais, au fond, le loup des contes européens n'est pas si différent du dragon ou du tigre retrouvé dans d'autres civilisations. Pour Pierre Lafforgue, "le conte merveilleux est un producteur de pensées issu de l'inconscient collectif des groupes humains. D'où la similitude des contes du monde entier"<sup>1</sup>.

## B- Classification des contes

Plusieurs classifications des contes existent, souvent basées sur le thème abordé dans le récit. Ce mode de classification fait l'objet de nombreuses critiques, dont celles de Vladimir Propp (1895-1970), folkloriste russe célèbre pour son étude structuraliste des contes, dans *Morphologie des contes*<sup>2</sup>, publié en 1928.

Vsevolod F. Miller (1848-1913), linguiste et folkloriste russe, classe à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle les contes en 3 catégories: les contes merveilleux, les contes de mœurs, les contes sur les animaux. Pour Vladimir Propp, cette classification peut facilement être critiquée, car les 3 catégories peuvent se chevaucher: par exemple un conte sur les animaux peut très bien comporter des éléments de merveilleux.

En 1900, Wilhelm Wundt (1832-1920), psychologue et philosophe allemand, publie *Völkerpsychologie*, ouvrage dans lequel il propose une division des contes en 7 catégories: les contes-fables mythologiques, les contes merveilleux purs, les contes et fables biologiques, les fables pures sur les animaux, les contes "sur l'origine", les contes et fables humoristiques, les fables morales.

<sup>1</sup> Lafforgue P., *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot.

<sup>2</sup> Propp V., (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points.

Plus tard, en 1924, R.M. Volkov, professeur à Odessa en Ukraine, publie un ouvrage sur le conte. Il dénombre dans les contes merveilleux quinze sujets possibles. L'affirmation de Volkov, selon laquelle "Le sujet est une unité constante, le seul point de départ possible dans l'étude du conte"<sup>1</sup> est démontée par Propp qui estime que "le sujet n'est pas une unité, mais un complexe; il n'est pas constant, mais variable; le prendre pour point de départ dans l'étude du conte est impossible."<sup>2</sup>.

La référence internationale est la classification Aarne-Thompson, datant du début du XX<sup>ème</sup> siècle. Cette classification trie les contes populaires du monde entier en "contes types". Malgré des différences de forme selon les versions et les origines géographiques des contes, on retrouve suffisamment de constantes qui permettent de rapprocher des récits recueillis dans des régions ou des pays différents. Débuté par le finlandais Antti Aarne (1867-1925), le recensement des contes types, initialement mené à partir des collections scandinaves et germaniques, s'élargit bientôt à l'ensemble de l'Europe puis à l'Inde. Cette collection est ensuite complétée par l'américain Stith Thompson (1885-1976). La première édition de cette classification en contes-types remonte à 1910. Comme les titres des contes varient d'un pays à l'autre, chaque type de conte reçoit un numéro: par exemple, *Blanche-Neige* correspond au numéro «AT709» (AT pour Aarne-Thompson). La classification Aarne-Thompson constitue en fait un index des contes, utilisé par les folkloristes pour se repérer. Devenue internationale, elle distingue quatre grandes catégories dans les 2 340 contes-types répertoriés: les contes d'animaux; les contes ordinaires (dont font partie les contes merveilleux); les contes facétieux et les contes à formules. Une dernière catégorie regroupe les contes non répertoriés.

<sup>1</sup> Cité par Propp V., dans *Morphologie du conte*, 1970, Points.

<sup>2</sup> Propp V., (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points, p.22.

Nous voyons bien, dans cette classification, que le terme “conte” désigne des récits de genres très différents. Nous nous intéresserons ici essentiellement aux contes merveilleux. Le conte merveilleux, ou conte de fées, est un sous-genre de conte. Le mot "merveilleux" vient du latin *mirabilia* "choses étonnantes, admirables". Dans ce type de récit, interviennent des éléments surnaturels, des personnages féériques, des objets magiques, des événements miraculeux propres à enchanter le lecteur, ou l'auditeur.

Le conte merveilleux est coupé du réel, le fabuleux ne s'y trouve ni expliqué, ni rationalisé. "On le pressent : le merveilleux n'est pas absurde ou insignifiant, il a sa raison d'être. Simplement, aucun déchiffrement, mythique ou structural, ne semble pouvoir le définir totalement. Le merveilleux reste une belle énigme, et c'est peut-être là son sens premier : donner à réfléchir, donner à rêver."<sup>1</sup>

La classification Aarne-Thompson est souvent critiquée car elle ne s'intéresse qu'à la thématique des contes, et non à leur structure. De plus, elle considère les contes-types répertoriés comme la référence et la base dont dériveraient les différentes versions des contes. Or, il ne s'agit que de contes répertoriés par écrit, qui dérivent de la tradition orale, et non pas l'inverse. Pourtant, la classification Aarne-Thompson est probablement la classification des contes par thèmes la plus complète et aboutie. Elle a le mérite de simplifier le travail des folkloristes en classant plusieurs versions de contes traitant du même sujet sous un numéro facile à retrouver. Néanmoins, pour Propp, ce type de classification par thème n'est pas suffisamment objective et rigoureuse, pas “scientifique”. Pour lui, une étude de la structure des contes doit précéder toute analyse de contenu<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Preiss, Dictionnaire des littératures de langue française, Bordas, Paris, 1984.

<sup>2</sup> Propp V., (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points, p.17.



Pour finir, évoquons la notion de “motif”, inventée par l’analyste littéraire russe Alexander Veselovski (1838-1906) dans *Poetika sjuzhetov*, 1913. “Par motif, j’entends l’unité la plus simple du récit (...) Le motif se signale par son schématisme élémentaire et imagé; les éléments de mythologie et de conte que nous présentons plus loin sont tels: ils ne peuvent plus se décomposer”<sup>1</sup>. Mais une fois de plus, pour Propp, les motifs en question sont encore décomposables. Ils ne peuvent, par conséquent, pas non plus aboutir à une classification satisfaisante.

## C- Approche structuraliste du conte

Sous des aspects simplistes, le conte est en fait un récit très structuré, répondant à des règles précises. Vladimir Propp, folkloriste russe de l'école structuraliste, né à Saint-Pétersbourg le 29 avril 1895, proposa une analyse de la structure des contes merveilleux russes dans son ouvrage principal: *Morphologie du conte*. Publié en Russie en 1928 puis traduit en anglais en 1958 et en français en 1965, le travail de Propp est encore une référence aujourd’hui dans l’étude littéraire des contes.

D’autres s’y étaient essayés avant, comme le philologue français Joseph Bédier (1864-1938). Professeur de littérature française du Moyen Age, il entre à l’Académie française en 1920. Il est connu pour avoir publié de nombreux textes médiévaux, méconnus jusqu’alors, en français moderne, tels que *Tristan et Iseult* (1900) ou *La Chanson de Roland* (1921). Parallèlement à cela, il s’intéresse de près à l’origine des récits populaires et notamment aux contes. En les comparant, il dégage

<sup>1</sup> Veselovski, cité par Propp, dans *Morphologie du conte*, 1970, p.22.

des valeurs constantes qu'il appelle "éléments", désignés par la lettre omega  $w$ , ainsi que des valeurs variables, désignées par des lettres latines. Par exemple, le schéma d'un conte peut être représenté par la formule suivante:  $w + a + b + c$ , ou encore:  $w + l + m + n \dots$ etc<sup>1</sup>. Selon Bédier, cette découverte vient renforcer son idée déjà pressentie d'une origine commune aux contes. Néanmoins, pour Propp, Bédier n'est pas allé suffisamment loin dans sa réflexion car il ne définit pas correctement cet omega, qui reste une notion floue: "Ce que représentent en fait, objectivement, les *éléments* de Bédier, et comment on les isole, voilà qui reste inexpliqué."<sup>2</sup>.

A.Nikiforov, contemporain de Propp et membre de l'école structurale russe, s'est aussi intéressé à l'étude morphologique des contes. Dans un article publié en 1928, il formule plusieurs lois morphologiques dont la "loi de répétition des éléments dynamiques du conte" en vue de ralentir ou de compliquer son déroulement général; la "loi de la formulation catégorielle ou grammaticale de l'action". Nikiforov propose d'examiner les "actions narratives" et leur groupement, en suivant le modèle de formation des mots dans la langue. Sa thèse, selon laquelle seule demeure constante la fonction du personnage et son rôle dynamique dans le conte, est très proche de la conception de Propp mais ses recherches n'ont pas été aussi poussées.<sup>3</sup>

Dans son ouvrage *Morphologie du conte*, après s'être intéressé aux problèmes de description et de classification des contes, Vladimir Propp s'attache à en dresser la morphologie, c'est-à-dire "l'étude des formes et l'établissement des lois qui (en) régissent la structure".

<sup>1</sup> Bédier J., *Les Fabliaux*, Paris, 1893.

<sup>2</sup> Propp V., (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points, p.23.

<sup>3</sup> Mélétski Evguéni, «L'étude structurale et typologique du conte», in V.Propp, *Morphologie du conte*, 1970, p.204-205.

<sup>4</sup> Propp V., (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points, p.6.

Propp s'intéresse en particulier aux contes merveilleux. A partir du recueil de contes populaires russes du folkloriste Alexandre Afanassiev (1826-1871), Propp examine les régularités qui apparaissent dans une centaine de contes (du n°50 au n°151). De cette étude ressortent des éléments de contenu communs, et ceux-ci semblent s'articuler selon des règles et un ordre précis.

Pour Propp, "Les contes ont une particularité: les parties constitutives d'un conte peuvent être transportées sans aucun changement dans un autre conte." Il appelle cela la loi de permutabilité<sup>1</sup>. Le récit est composé de valeurs variables, comme les noms des personnages, les lieux, les décors, les moyens employés pour réaliser une action. Les seules valeurs constantes sont les fonctions des personnages. Elles sont les "parties constitutives fondamentales du conte". "Par fonction, nous entendons l'action d'un personnage, définie du point de vue de sa signification dans le déroulement de l'intrigue."<sup>2</sup> Le nombre de fonctions est limité. De plus, les fonctions se succèdent selon un ordre constant. En revanche, elles ne sont pas systématiquement toutes présentes dans les contes.

Propp dénombre 31 fonctions qui suffisent, selon lui, à décrire tous les contes merveilleux. Après l'exposition d'une situation initiale, les fonctions se succèdent toujours dans le même ordre:

- 1. Éloignement ou Absence d'un des membres de la famille**
- 2. Interdiction signifiée au héros**
- 3. Transgression de l'interdit**
- 4. Interrogation (du méchant par le héros / du héros par le méchant)**
- 5. Information (sur le héros / le méchant)**

<sup>1</sup> Propp V., (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points, p.15.

<sup>2</sup> Ibid, p.31.

6. **Tromperie** (l'agresseur tente de tromper sa victime par la persuasion, la ruse ou des moyens magiques, pour s'emparer d'elle ou de ses biens)

7. **Complicité** (le héros se laisse tromper par son agresseur)

Ces sept premières fonctions représentent la partie préparatoire du conte. L'intrigue se joue ensuite.

8. **Méfait** (le méchant réussit son forfait en nuisant à l'un des membres de la famille. Suite à cela, il lui manque quelque chose ou quelqu'un)

9. **Médiation** (la nouvelle du manque ou du méfait est divulguée. Une demande est faite au héros de réparer le forfait)

10. **Début de l'action contraire** (acceptation de la mission par le héros)

11. **Départ du héros**

12. **Mise à l'épreuve du héros par le donateur**

13. **Réaction du héros**

14. **Réception de l'objet magique**

15. **Déplacement dans l'espace entre deux royaumes**

16. **Combat du héros et du méchant**

17. **Le héros reçoit une marque** (blessure, anneau, foulard)

18. **Victoire du héros**

19. **Réparation** (le méfait initial est réparé ou le manque comblé)

20. **Retour du héros**

21. **Poursuite du héros**

22. **Le héros est secouru**

23. **Arrivée incognito du héros**

24. **Prétentions mensongères** (un faux héros réclame la récompense)

25. **Épreuve de reconnaissance du héros**

- 26. Tâche accomplie, réussite du héros**
- 27. Le héros est reconnu**
- 28. Découverte** (le faux héros/méchant est démasqué)
- 29. Transfiguration du héros**
- 30. Puniton du faux héros ou de l'agresseur**
- 31. Mariage du héros ou couronnement**

Outre ces 31 fonctions, Propp isole des éléments auxiliaires servant de liaison entre les fonctions. Celles-ci se répartissent entre sept personnages principaux qui ont chacun leur sphère d'action: l'agresseur, le donateur, l'auxiliaire, le personnage recherché (souvent la princesse), le mandateur, le héros (quêteur ou victime), et enfin le faux héros. Des personnages spéciaux assurent la liaison entre les différentes fonctions. Les fonctions se combinent entre elles pour former des séquences. Enfin plusieurs fonctions fonctionnent par paires: manque-réparation, interdiction-transgression, mise à l'épreuve du héros-réussite, combat-victoire; ce qui donne une dimension binaire au conte.

Au total, Propp donne du conte la définition suivante: "du point de vue morphologique, tout développement partant d'un méfait ou d'un manque, et passant par les fonctions intermédiaires pour aboutir au mariage ou à d'autres fonctions utilisées comme dénouement "<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Propp V., (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points.

Prenons l'exemple du conte *Blanche-Neige* des frères Grimm, en le découpant selon les règles de Propp.:

<b>Absence</b>	La mère de Blanche-Neige meurt.
<b>Interdiction</b>	Être plus belle que la reine.
<b>Transgression de l'interdit</b>	Blanche-Neige surpasse sa belle-mère en beauté.
<b>Interrogation</b>	La reine interroge le miroir sur sa beauté.
<b>Information</b>	Le miroir répond que Blanche-Neige est la plus belle.
<b>Méfait</b>	La reine envoie le chasseur tuer Blanche-Neige.
<b>Début de l'action contraire</b>	Blanche-Neige supplie le chasseur de la laisser sauve.
<b>Départ du héros</b>	Blanche-Neige part seule dans la forêt.
<b>Déplacement dans l'espace entre deux royaumes</b>	Blanche-Neige traverse la forêt et trouve la maison des nains.
<b>Combat du héros et du méchant</b>	En apprenant que Blanche-Neige est en vie, la reine va chez les sept nains pour la tuer: 1- en l'étouffant avec un corselet 2- avec un peigne empoisonné 3- avec une pomme empoisonnée  Les 2 premières fois, Blanche-Neige est sauvée par les nains. La 3 <sup>ème</sup> fois, elle est laissée pour morte.
<b>Victoire du héros</b>	Blanche-Neige est sauvée par le prince.
<b>Réparation</b>	Blanche-Neige est ressuscitée.
<b>Punition de l'agresseur</b>	La reine devient folle en apprenant que Blanche-Neige est vivante.
<b>Mariage</b>	Blanche-Neige épouse le prince et devient reine.

Claude Lévi-Strauss (1908-2009), illustre anthropologue et ethnologue français, membre de l'Académie française, et figure importante de l'école structuraliste, est surtout connu pour ses apports cruciaux en sciences humaines. Parmi ses écrits les plus célèbres, on peut citer notamment sa thèse: *Les Structures élémentaires de la parenté*, publiée en 1949, ou encore *Tristes tropiques*, publié en 1955. C'est auprès des peuples indigènes du Brésil, étudiés sur le terrain entre 1935 et 1939, que Claude Lévi-Strauss trouve son inspiration.

Mais Lévi-Strauss se distingue aussi par son étude des mythes. Dans un article paru en 1955, *L'analyse structurale du mythe*, il développe la notion de "mythème". En s'appuyant sur les travaux de la linguistique structurale, Lévi-Strauss considère le mythe comme un phénomène de langage, à un niveau plus élevé que les phonèmes, les morphèmes et les sémantèmes. "les mythes et les contes (...) forment, pourrait-on dire, un métalangage où la structure est opérante à tous les niveaux"<sup>1</sup>. Les mythèmes sont les unités constitutives du mythe. De la même façon que Propp avait rapproché les fonctions des personnages en couples d'actions opposées, Lévi-Strauss repère une relation de dualité entre les mythèmes. Selon lui, le mythe est avant tout "un instrument logique pour surmonter les antinomies". "La pensée mythique (...) va de la détermination de deux termes contradictoires à une médiation progressive"<sup>2</sup>. En ce qui concerne le conte, Lévi-Strauss considère que c'est une forme "affaiblie" du mythe, les oppositions se situant à un niveau plus individuel et moral que métaphysique (Par exemple: opposition méfait-réparation dans le conte, versus opposition vie-mort dans le mythe)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Lévi-Strauss C., *Anthropologie structurale deux*, Paris, Plon, 1973, p. 169.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Mélétienski Evguéni, «L'étude structurale et typologique du conte», in V.Propp, *Morphologie du conte*, 1970, p.211.

## D- Utilisation du conte en psychothérapie

L'idée d'utiliser les contes de fées comme support de psychothérapie s'étaye sur le fait que les thèmes abordés dans les contes ont de nombreux points communs avec les questionnements inhérents aux étapes du développement psychique de tout être humain. De plus, les contes se terminent souvent bien et apportent des solutions permettant de résoudre les conflits psychiques. Citons Pierre Lafforgue: "Si l'on considère le conte de tradition populaire comme la transmission depuis la nuit des temps du questionnement existentiel des hommes et des réponses possibles adaptées à la société qui a créé le conte, on peut envisager le conte populaire comme une tentative de traitement fondamental des angoisses inhérentes au fonctionnement de la pensée humaine"<sup>1</sup>.

### 1) Le conte et le groupe

Voici l'une des définitions que René Kaës donne du conte dans l'ouvrage *Contes et divans*: "Le conte est la représentation et le récit de formations et de processus de la réalité psychique: son matériau est le rêve, le fantasme, le roman familial, la représentation des mécanismes de défense psychotiques et névrotiques, les conflits liés à l'avènement de la différence des sexes, au passage rituel et sanglant de la naissance, de l'enfance à l'âge adulte, à la mort des parents et des enfants"<sup>2</sup>. Cette définition illustre bien comment les contes se sont construits à partir des conflits

<sup>1</sup> Lafforgue, *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot, p.42.

<sup>2</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.3.



psychiques inhérents à la condition humaine et aux étapes successives de la vie de tout être humain. Même si chaque histoire personnelle a ses particularités, nous sommes tous soumis aux mêmes contraintes lors de notre développement, et nous suivons globalement le même fil conducteur, de la naissance à la mort. Au fil du temps, le conte s'est ainsi nourri de l'inconscient collectif. On peut dire que le conte a été l'une des solutions trouvées par l'Homme pour régler ses conflits psychiques inconscients. L'effet bénéfique du conte est à rechercher, à la fois, au niveau individuel et collectif.

Pour Kaës, "l'étoffe du conte serait en effet tissée sur trois dimensions: intrapsychique, intersubjective, culturelle"<sup>1</sup>. Au niveau intrapsychique, le conte prend notamment racine dans le rêve, la sexualité et la fiction, trois thèmes chers à Freud. Il permet à chaque individu de s'interroger sur ses conflits psychiques, au fil des étapes successives de la vie. Au-delà de la composante morale et pédagogique du conte, celui-ci fournit aussi "un dispositif de représentation, un schéma de conduite, un ensemble de signifiants disponibles, déjà-là, prédisposés pour le dire"<sup>2</sup>. Dans plusieurs de ses écrits, Freud compare le conte au rêve. En effet, comme pour les rêves, on peut lire les contes à deux niveaux différents: en surface l'histoire présente un contenu manifeste puis, en déchiffrant la symbolique littéraire, on repère un contenu latent. Dans cette perspective, et dans une dimension groupale, Kaës pose la question suivante: peut-on considérer le conte comme "un récit du rêve éveillé d'un groupe endormi?"<sup>3</sup>. Le conte a bien une dimension intersubjective puisqu'il puise ses sources dans l'inconscient collectif et c'est aussi un récit en constante évolution, qui

<sup>1</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996.

<sup>2</sup> Ibid, p.172.

<sup>3</sup> Ibid

s'enrichit de génération en génération. Le conte est d'ailleurs indémodable puisque ses thèmes sont et seront toujours d'actualité, et que l'histoire se situe dans un espace intemporel.

Le conte a ainsi, pour Kaës, une fonction de transmission psychique intersubjective, à la fois intra-groupe et inter-générationnelle. La transmission orale des contes se faisait traditionnellement lors de veillées en grands groupes composés des membres d'une famille ou d'un village. Par le jeu des "identifications croisées"<sup>1</sup>, les membres du groupe familial ou social pouvaient se reconnaître dans une histoire et des personnages fictifs. La résolution des conflits était ainsi suggérée, mais non imposée comme une vérité absolue, et laissait libre cours à la créativité de chacun. De nos jours, les veillées communes n'ont plus lieu, mais la transmission inter-générationnelle se fait toujours dans de nombreuses familles, lors de la lecture d'une histoire aux enfants le soir. L'importance de ce rituel du coucher réside dans le plaisir partagé entre le parent qui transmet des messages et l'enfant qui les reçoit. Le parent reçoit aussi beaucoup en redécouvrant les histoires de son enfance et en revivant les craintes et l'émerveillement au travers des réactions de son enfant. Souvent, l'enfant choisit un conte qui sera lu et relu plusieurs fois par l'adulte, sans doute parce qu'il reste fixé sur un problème qui le préoccupe dans le récit. Puis un jour, une fois qu'il a trouvé le chemin qui mène à une solution, ou qu'il a franchi une étape dans son développement et qu'un autre conflit le tracasse, l'enfant réclame une autre histoire. Sans aller jusqu'à dire que la lecture de contes dans l'enfance aurait permis de surmonter toutes les angoisses infantiles, on peut toutefois se demander si les patientes développant une anorexie mentale à l'adolescence ont eu la chance de

<sup>1</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.14.

profiter de ce rituel du conte avant de s'endormir.

Enfin, le conte a une dimension sociale et culturelle: "Le conte codifie et structure l'expérience sociale en fournissant des modèles d'intégration dans les classes et les âges: il double et légitime les rites de passage, délimite les ordres et les désordres, place et déplace les interdits"<sup>1</sup>. Le conte structure donc la communauté mais il est aussi rassembleur, car il touche toutes les générations, à des niveaux différents. Par ailleurs, les différentes versions des contes sont marquées par des spécificités culturelles, comme la langue et les coutumes, qui ancrent le conte dans la culture locale et facilitent l'identification par les membres de la communauté, unis par des fantasmes communs. L'inconscient collectif, dont se nourrit le conte, est lui-même l'héritier des générations successives et du poids de la culture.

Les contes se sont donc construits dans une communauté socio-culturelle, sur un socle fantasmatique commun. Ils ne sont pas l'œuvre d'un écrivain unique mais bien le produit du transgénérationnel, du collectif, du groupe. De plus, le conte met en scène de la "groupalité", dont Kaës donne la définition suivante: "une forme et une structure de lien entre des objets constituant un système apte à recevoir (par projection, par identification), à figurer (par symbolisation, par déplacement, diffraction et condensation), et à contenir des relations d'objet, des scénarios fantasmatiques, (...) du pluriel organisé en ensemble par l'effet du désir inconscient"<sup>2</sup>. En outre, il existe, selon Kaës, une relation de réciprocité entre le conte et le groupe: le conte est la représentation des conflits psychiques et des fantasmes du groupe qui, en retour, s'identifie aux personnages et à l'histoire du conte. Ainsi, dans le conte, la groupalité, prend une valeur spéculaire: "au groupe qu'il tient rassemblé, il tend le

<sup>1</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.17.

<sup>2</sup> Ibid, p.174.

miroir de sa propre représentation imaginaire ou il apporte un énoncé de sa position symbolique"<sup>1</sup>.

Pour Kaës, les contes ont aussi une valeur onirique dans le groupe: ils "sont le récit du rêve partagé de ses membres, et chaque conte renvoie à chacun son rêve"<sup>2</sup>. Kaës compare les personnages du conte aux personnages du rêve: "dans le rêve, les différents membres d'un groupe peuvent représenter pour le rêveur le même aspect de son univers interne ou, le plus souvent, le rêveur lui-même"<sup>3</sup>. Le héros du conte peut alors être vu comme le rêveur, représenté dans le récit du conte sous ses différents aspects par les différents personnages qui constituent le groupe du conte, par un mécanisme de diffraction. On comprend bien ce parallèle entre conte et rêve, héros et rêveur dans l'histoire d'Alice au pays des merveilles, où les aventures d'Alice sont mises en scène dans son rêve, bien que le doute persiste entre rêve éveillé et rêve endormi. On retrouve aussi, dans les contes, des personnages qui correspondent au rassemblement de plusieurs pensées latentes, par condensation, comme dans le travail d'élaboration du rêve<sup>4</sup>.

Le conte était à l'origine destiné au groupe, sans doute aussi parce que le groupe a une fonction protectrice et contenant pour ses membres. Pour Kaës, "La fonction conteneur correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformation des processus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation"<sup>5</sup>. La dynamique de groupe permet ainsi d'éviter un effondrement face aux angoisses archaïques que réveille le récit du conte.

<sup>1</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996.

<sup>2</sup> Ibid, p.211.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Freud, *l'Interprétation des rêves*, 1900, PUF, Paris, 2008.

<sup>5</sup> Kaës R. et al, 1979, « Introduction à l'analyse transitionnelle », dans *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris, p. 1-81.

Le groupe permet d'assurer "la défense et l'intégrité moiïque contre l'ampleur des angoisses psychotiques et ménager ainsi la permanence du pouvoir groupal par les identifications narcissiques et spéculaires"<sup>1</sup>. Dans la perspective d'utiliser les contes de fées comme support de psychothérapie, il semblait alors logique d'utiliser le groupe pour potentialiser les effets du soin. La naissance des ateliers contes, destinés à un groupe de patients, est sans doute en partie le fruit de cette théorie du conte et de la groupalité.

## 2) La théorisation des ateliers contes

De nombreux auteurs, comme Bettelheim, s'étaient déjà intéressés à l'intérêt des contes dans la réflexion psychodynamique autour des conflits psychiques qui accompagnent certaines étapes de la vie, quand Pierre Lafforgue a proposé une méthode d'utilisation concrète des contes populaires en psychothérapie, sous forme d'ateliers contes, décrits dans *Petit Poucet deviendra grand*. En raison de son expérience en pédopsychiatrie, Lafforgue a mis l'accent sur les indications chez l'enfant, mais d'autres indications se sont imposées par la suite en pratique clinique. L'atelier conte, tel que Lafforgue l'a imaginé, est devenu un outil de soin largement utilisé en pratique quotidienne en pédopsychiatrie. Les objectifs de cet atelier sont multiples: d'une part, offrir à l'enfant un espace structurant, d'autre part, permettre aux soignants d'utiliser un médiateur dans une relation thérapeutique parfois envahissante, enfin, "offrir un espace transitionnel où la parole et le geste prendraient sens"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.204.

<sup>2</sup> Lafforgue P., *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot.

La forme de l'atelier peut bien sûr varier selon les équipes, mais Lafforgue a insisté sur certains points importants. Tout d'abord, l'atelier doit se dérouler dans un lieu fixe, identifié par l'enfant, et doit avoir une durée constante. Le début est annoncé par un signal, par exemple un signal sonore, auquel s'ajoute un rituel de présentation. Le conte est ensuite lu ou conté par un soignant désigné comme le conteur. L'atelier peut se poursuivre par une mise en scène du conte, durant laquelle les personnages sont joués par les enfants. Le support du dessin peut aussi être utilisé pour voir ce que les enfants ont retenu du conte. L'atelier se termine par un rituel de fin. L'ordre chronologique des étapes qui composent l'atelier est primordial. Les rituels instaurés assurent une contenance et une continuité qui rassurent les enfants. La place des soignants est également importante et doit être maintenue d'une séance à l'autre: le conteur, l'observateur, le garant du cadre...

Le conteur a un rôle crucial dans l'atelier, celui de porter le groupe par l'intensité de son regard, les intonations de sa voix, qui a une "fonction régressive, maternante et nourricière"<sup>1</sup>. Le lien entre le conteur et son auditoire est assuré par le "pacte narratif", sorte de contrat mis en place grâce au rituel de début. Lafforgue compare la situation du contage à celle de l'allaitement: "Le regard du pacte narratif est analogue à celui du nourrisson qui prend le sein ou le biberon de lait dans le regard de sa mère. C'est un "portage" par le regard avec un écoulement sonore liquidien en continuité"<sup>2</sup>, lequel constitue une véritable "enveloppe sonore", au sens de Anzieu<sup>3</sup>. Pour A. Boulé-Croisan, "le conte est un merveilleux outil, mais (...) c'est aussi la capacité des soignants à penser, à rêver, à faire des liens et à créer autour de ce qui

<sup>1</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.198.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Anzieu D., 1985, *Le Moi Peau*, Dunod, Paris, 1995 pour la 2<sup>ème</sup> éd.

se passe dans un atelier qui sera thérapeutique"<sup>1</sup>.

En pratique, un conte est choisi par l'équipe soignante en fonction de l'âge des enfants, de leur(s) pathologie(s) et des thèmes abordés dans le conte. Puis le même conte est repris à chaque atelier conte pendant une certaine période, par exemple une année scolaire. Au cours des mois, les enfants remanient le récit en y apportant des éléments nouveaux, alimentés par leurs histoires et leurs questionnements. L'atelier conte permet ainsi d'aborder et de médier les angoisses infantiles, à commencer par celles qui touchent à l'oralité et l'analité. En s'appuyant sur la théorie de Bion, Lafforgue écrit ceci sur la fonction contenante du conte: il "véhicule un réservoir, une matrice contenante, c'est-à-dire une authentique fonction alpha qui tamise la violence (...). Le conte transforme les éléments destructeurs bêta en traces organisatrices alpha et fonctionne comme un appareil à penser les pensées. Le conte transforme des affects non pensés parce que destructeurs, en représentations tolérables, figurables"<sup>2</sup>.

De nos jours, le conte est largement utilisé comme support de soin en pédopsychiatrie. Toutefois, les indications commencent à s'élargir à l'adolescent ou l'adulte, comme si l'histoire nous rattrapait, comme si les veillées au coin du feu, où plusieurs générations se côtoyaient, retrouvaient un sens, comme si les adultes s'autorisaient de nouveau à rêver.

<sup>1</sup> Boulé-Croisan Annick, « La fonction thérapeutique du conte », *Le Coq-héron*, 2005.

<sup>2</sup> Lafforgue P., «Le conte et sa fonction organisatrice», 1995, *Dire*, n°5, dossier "Conte et thérapie", p.24.

### 3) L'expérience d'un atelier conte destiné à des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale

#### a- Description de l'atelier

Durant mon travail de thèse, j'ai pu expérimenter un atelier conte dans le service du Professeur Dodin, à l'Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille. L'initiative vient du Dr Hendrickx, praticien hospitalier dans le service. Christelle Billoire, infirmière, s'est associée au Dr Hendrickx dans la réflexion autour de la création de ce nouvel atelier. Les ateliers contes ont démarré dans le service en mai 2011. Les patientes visées par cet atelier sont principalement des adolescentes ou jeunes adultes, souffrant d'anorexie mentale. Il s'agit de patientes gravement ancrées dans la maladie et hospitalisées à temps plein pour des durées plus ou moins longues. L'idée initiale était d'apporter aux patientes un lieu de détente agréable, en petit groupe, autour d'un conte lu, ou mieux conté, par une infirmière.

Les angoisses semblaient plus fortes le soir chez les patientes, c'est pourquoi il a été décidé de proposer l'atelier conte à 22 heures, en guise de rituel du coucher, à visée anxiolytique. Autant que possible, l'atelier a aussi pour but de diminuer les prises de traitements anxiolytiques médicamenteux au coucher. Outre l'anxiolyse, l'atelier conte a aussi pour objectif de donner aux patientes un échappatoire à leurs rituels, aux contraintes multiples qu'elles s'imposent en soutenant leur capacité de rêverie, leur imaginaire souvent très pauvre. Les contes leur ouvrent aussi des pistes de réflexion qui peuvent parfois les aider dans les autres aspects de leur prise en charge (comme en psychothérapie individuelle). Nous espérons offrir à ces



adolescentes une petite étincelle de vie, une impulsion pour provoquer un début d'élaboration psychique, là où il n'y a que du vide. Peut-être les messages contenus dans les contes, en rejoignant les préoccupations psychiques des anorexiques, mettent-ils un peu de sens sur des symptômes souvent déniés et stimulent-ils une ébauche de créativité.

L'atelier est proposé en priorité aux jeunes patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire ou d'autres addictions. Les garçons seraient les bienvenus dans l'atelier mais l'occasion ne s'est pas encore présentée. Les patientes plus âgées ne se voient pas proposer l'atelier conte d'emblée, mais si elles en font la demande, l'âge n'est pas un obstacle. Les patientes appareillées (scope ou nutrition entérale) ne ramènent pas les machines en atelier. Il arrive que certaines patientes, en particulier des boulimiques ayant tendance à prendre tout l'espace dans le service et à mettre à mal les patientes anorexiques, ne soient pas acceptées en atelier conte.

Les effets de l'atelier sont donc multiples, différents chez chaque patiente selon son histoire et le stade de la maladie, et ils ne sont pas forcément immédiats. L'anxiolyse se fait sentir dès le début de l'atelier, quand les jeunes filles s'installent confortablement dans les fauteuils, enroulées dans leur plaid, en position souvent repliée, presque foetale. Le silence s'installe rapidement et les patientes sont suspendues aux lèvres et au regard du conteur. A la fin du conte, il y a peu de commentaires faits devant le groupe. Les langues se délient plus tard, dans l'intimité de la chambre, quand l'infirmière passe voir chaque patiente individuellement avant la nuit. Parfois ce n'est qu'en entretien avec le psychiatre référent, l'interne ou le psychologue que des bribes du conte refont surface et amènent une élaboration psychique. Cela dit, c'est aussi par choix que nous laissons libre cours à l'élaboration en évitant de trop interpréter les contes avec les patientes. En effet, comme le dit si

bien Bettelheim: "Les vertus thérapeutiques du conte de fées viennent de ce que le patient trouve ses propres solutions en méditant ce que l'histoire donne à entendre sur lui-même et sur ses conflits internes à un moment précis de sa vie"<sup>1</sup>.

L'atelier conte, pour jouer son rôle rassurant et contenant, est ritualisé. Il se déroule toujours dans la même pièce, à la même heure, une fois tous les quinze jours. L'ambiance est volontairement tamisée, douce. L'éclairage est faible, un diffuseur d'huiles essentielles dégage des effluves relaxants. Les patientes s'installent dans des fauteuils ou sur des lits. Lors de leur première participation à l'atelier, elles reçoivent un plaid en matière polaire qu'elles peuvent garder toute la durée de leur séjour à l'hôpital. Ce plaid est pensé comme un objet transitionnel qui permet de prolonger l'effet de l'atelier. En effet, les patientes l'emmènent dans leur chambre et peuvent dormir avec, même les jours où l'atelier n'a pas lieu. Quelques gouttes d'huiles essentielles peuvent être versées sur le plaid. L'atelier conte est plus ou moins long selon la longueur du conte choisi, de 15 à 30 minutes environ.

L'atelier conte est aussi conçu comme un espace transitionnel entre les soins en intra-hospitaliers et la vie extérieure, entre ce que les soignants projettent pour les patientes et leur monde intérieur peuplé de démons. L'existence d'un tel espace intermédiaire d'expérience fait souvent défaut chez les anorexiques. Selon Brusset: "Entre une image maternelle confondue avec le corps propre et une image paternelle exclusivement référée à la réalité, il n'y avait pas de place pour le jeu intrapsychique des représentations imagoïques et pour l'articulation, dans le préconscient, des éléments de la réalité perçue et des fantasmes inconscients, pas de place pour l'activité transitionnelle"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.42.

<sup>2</sup> Brusset B., *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunod, Paris, p.120.

Pour les soignants, l'atelier est un bon moyen de mettre à distance les angoisses des patientes qui les contaminent, les envahissent parfois, en faisant l'expérience de donner du bon sans rien attendre en retour. Pour les patientes, l'atelier est une réserve symbolique très précieuse pour nourrir leurs capacités créatrices.

Le conteur est le seul soignant présent dans la pièce avec les patientes. En effet c'est l'équipe de nuit, composée de deux soignants: Christelle, infirmière, et Marie-Josée, aide-soignante, qui anime l'atelier conte. L'atelier a lieu tous les quinze jours, le dimanche soir. Le rôle du conteur est tenu en alternance par Christelle et Marie-Josée. Christelle a suivi une formation sur les ateliers contes peu après le démarrage de l'atelier à Saint Vincent. Depuis, elle réalise un gros travail tous les mois car l'atelier conte demande de la préparation. Elle ne se contente pas de lire le récit mais commence par l'apprendre, pour se l'approprier et le conter au groupe.

Le choix des contes s'est d'abord orienté sur les recueils des frères Grimm. Sans doute les plus connus dans notre culture, ils sont restés proches des versions populaires des contes qui alimentent encore notre inconscient collectif. Pour éviter trop de répétitions, et parce qu'ils recelaient aussi de grandes richesses, la collection s'est élargie à des contes issus d'autres cultures: les contes des mille et une nuits, des contes inuits, des contes juifs. Et le champ reste ouvert.... La seule règle retenue est de privilégier les contes de tradition orale, construits par les générations successives, plutôt que des contes inventés par des auteurs individuels comme Andersen. Le mystère est gardé jusqu'au dernier instant sur le conte choisi pour l'atelier, afin de conserver un effet de surprise et d'émerveillement.

## b- Mon expérience de l'atelier conte

Pour approfondir mon travail de thèse sur l'apport des contes dans la prise en charge des anorexiques, j'ai assisté à plusieurs séances de l'atelier conte dans le service du Professeur Dodin, de janvier à mars 2013. En premier lieu, il m'est apparu que ma présence, même discrète et en retrait, ne pouvait pas être totalement neutre, d'autant plus pour Blanche-Plume, que j'avais suivie lors de mon stage en tant qu'interne dans le service. A la première séance, alors que j'étais en situation d'observation, je me sentais observée, bien que les regards étaient fuyants. De plus, Christelle et Marie-Josée, pourtant rodées à cet exercice, m'ont confié être gênées, avoir peur d'être jugées. Il m'a toutefois semblé que ma présence était de moins en moins anxiogène pour les patientes, comme pour le conteur et moi, au fil des séances.

Pendant le conte, la plupart des patientes fixaient le conteur, quasi bouches bées. Elles semblaient vraiment intéressées, absolument pas "blasées", comme on pourrait le penser chez des adolescentes à qui l'on sert des récits qu'elles jugeraient trop enfantins. D'autres, comme Blanche-Plume, semblaient plus introverties, regardant leurs pieds, n'échangeant aucun regard avec le groupe. Peu de mots étaient prononcés par les patientes après le conte: quelques questions tout de même sur le titre ou l'origine du conte, des commentaires élogieux sur le conteur et sa capacité à retenir le conte par coeur.

## c- Entretien avec la conteuse, Christelle

L'aventure a débuté pour Christelle en 2011, quand le Dr Hendrickx l'a sollicitée pour animer un atelier autour du conte. Christelle travaillait alors de nuit

depuis quatre ans dans le service. L'idée lui a plu et elle a accepté de se lancer après quelques réunions de préparation avec le Dr Hendrickx. L'atelier a débuté en mai 2011. Quelques mois plus tard, Christelle souhaitait approfondir ses connaissances et sa pratique thérapeutique du conte. Elle a donc suivi une formation en 2012.

L'atelier nécessite un temps de préparation pour choisir le conte et le lire afin de s'en imprégner. Dans le cas où certains mots seraient compliqués à comprendre pour les patientes, Christelle prépare des explications. Par exemple, dans les contes arabes, certains termes diffèrent de notre culture, comme "djinn", qui a d'ailleurs soulevé des questions. Avant la formation, Christelle lisait les contes. Elle trouvait cela un peu pesant. Son regard étant baissé sur le livre, beaucoup de choses lui échappait et elle sentait les regards des patientes sur elle comme un poids. "Je sentais que certaines n'avaient pas envie d'être là mais sans les voir. Je les entendais se dandiner sur leur fauteuil."

Christelle me raconte sa première expérience de contage, en formation. Alors que les autres participants n'avaient pas su quitter leur livre, Christelle a eu l'audace de se lancer. Ce fut une expérience forte. Dès lors, elle ne pouvait plus se contenter de lire. Dès le prochain atelier, Christelle a mis en pratique ce qu'elle avait appris. Les réactions des patientes furent immédiates: "Mais Christelle, vous n'avez pas de livre?". Ce jour-là, l'atelier s'est terminé par des applaudissements et des encensements de la part des spectatrices ébahies, ce qui a encouragé Christelle à poursuivre dans cette voie.

Le revers de la médaille est que conter demande bien plus de préparation qu'une simple lecture. Pour apprendre le conte et se l'approprier, Christelle peut passer des heures à lire et relire le conte, à faire des fiches de lecture en découpant le texte en petites parties. Elle prend parfois quelques libertés avec le texte original, mais sans le

dénaturer. Plus le texte lui plaît, plus Christelle le retient facilement et prend plaisir à le conter. Cette notion de plaisir est essentielle. Pour Lafforgue: "Si vous ne prenez pas de plaisir au conte, le message symbolique ne passera pas"<sup>1</sup>. Christelle précise qu'elle a vécu deux ans en Egypte et y a rencontré son conjoint. Elle s'y est imprégnée de la culture orientale. Elle garde ainsi un attachement particulier pour les contes des mille et une nuits.

Le dur labeur est récompensé par "l'échange extraordinaire" qui se produit dans "la captation des regards". Les émotions des patientes transparaissent dans leurs yeux et leurs attitudes, dans le non verbal. La petite appréhension qui précède le début de l'atelier fait vite place au plaisir de conter. "Transportée dans mon histoire, j'ai des images qui me viennent", me dit Christelle. De séance en séance, Christelle améliore sa technique en travaillant les intonations, en attribuant des voix différentes aux personnages, en mettant de la gestuelle ou en utilisant un objet clé du récit. La fin du conte s'accompagne d'une agréable sensation de lourdeur, de satisfaction, dans un état presque hypnotique. Est-ce l'effet du rythme lancinant de sa voix ou des huiles essentielles qui embaument la pièce? Toujours est-il que la tentation de rester pour prolonger ce moment est grande. Le retour à la réalité du service se fait pourtant dès la porte franchie.

Dans le regard des patientes, Christelle peut lire de l'étonnement, de l'effroi, de l'émerveillement, du plaisir. Parfois, elles préfèrent fermer les yeux ou restent impassibles. Les postures aussi sont très parlantes: quand certaines s'affalent dans les matelas ou, du moins, se relâchent musculairement, d'autres restent figées. Cette attitude est fréquente à la première séance puis les choses s'assouplissent aux séances

<sup>1</sup> Lafforgue, *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot, p.17.

suivantes, la plupart du temps. L'atelier est très différent selon la dynamique de groupe. Il y a globalement peu de retour des patientes dans l'immédiat mais il suffit que l'une s'exprime pour que les autres partagent également leurs idées ou questions. Christelle passe dans les chambres après l'atelier. Certaines patientes très angoissées bénéficient de massages. Cela permet parfois de revenir sur le conte et les émotions ressenties pendant l'atelier.

L'atelier conte est pensé comme un rituel du coucher, destiné à diminuer les tensions et les angoisses vespérales. L'équipe de nuit propose aux participantes de surseoir à leur traitement anxiolytique si elles le souhaitent. C'est parfois possible, mais malheureusement souvent difficile. L'atelier ayant lieu le dimanche soir, certaines patientes présentent déjà une anxiété anticipatoire concernant la pesée du lundi. Cela pose la question du jour le plus adapté à l'atelier pour qu'elles en profitent pleinement.

#### d- L'atelier conte vu par des patientes

Nous retrouvons ici Blanche-Plume, qui a accepté de me voir en entretien dans le cadre de ma thèse. J'avais rencontré cette patiente les premières semaines de son arrivée à l'hôpital, alors que j'étais interne dans le service. Les entretiens avec elle étaient alors très difficiles. Le déni était tel que le discours autour de la maladie était complètement verrouillé et les capacités d'élaboration très limitées. Je la revois un an et demi plus tard pour évoquer avec elle son ressenti concernant les ateliers contes proposés dans le service. Je constate rapidement chez Blanche-Plume une grande évolution dans son travail d'élaboration et sa conscience de la maladie, même si cela ne se traduit pas encore franchement sur la balance. Ma position extérieure et neutre

par rapport à l'équipe soignante permet aussi de lever temporairement certaines résistances. Blanche-Plume m'explique être angoissée, depuis la veille, à l'idée de notre entretien, de peur de me décevoir. Après l'avoir rassurée sur l'absence d'enjeu et sur le sens de ma démarche, une relation de confiance s'installe.

Blanche-Plume participe aux ateliers contes depuis le début de sa prise en charge. Elle compare la salle dédiée à l'atelier à un cocon où l'on a envie de rester. C'est un lieu propice à la détente, grâce à l'ambiance feutrée que créent la pénombre, la diffusion d'huiles essentielles et le confort des matelas et coussins installés au sol. Blanche-Plume a découvert ou redécouvert de nombreux contes dans l'atelier, certains plus marquants que d'autres: "Cela dépend du conte, parfois ce n'est qu'un moment de plaisir, parfois ça cogite, je m'y reconnais". Blanche-Plume connaissait certains contes au travers des dessins animés de Walt Disney et a été surprise de découvrir que certains passages des contes, et notamment la fin de l'histoire, différait souvent de la version originale. "Les contes de Grimm, c'est un peu... trash", me dit-elle timidement. Pour Blanche-Plume, l'intérêt de l'atelier conte est "de trouver une autre approche que médicale"; les contes sont "un moyen de vous faire réfléchir".

Blanche-Plume a peu de souvenirs de lecture d'histoires au coucher dans son enfance. Elle ne se souvient d'ailleurs pas vraiment d'un rituel du coucher. Son père rentrait trop tard le soir pour coucher les enfants. C'est la mère qui passait dans leurs chambres faire un petit câlin avant de dormir. Pourtant, quand elle est angoissée le soir dans le service, il arrive que Blanche-Plume demande qu'on lui lise une histoire avant de dormir, ce que font les infirmières. Elle apprécie aussi l'atelier conte du dimanche soir pour son effet anxiolytique.

L'effet du conte est d'autant plus important lorsqu'il est conté, plutôt que simplement lu. Christelle, l'infirmière qui anime l'atelier, a cessé de lire pour conter



après sa formation sur le conte thérapeutique. Blanche-Plume a vu la différence! Bien sûr, il est agréable d'entendre un conte lu, "mais parfois on décroche"; "c'est plus captivant quand c'est conté". Face au regard du conteur, "on oublie son statut d'infirmière". Le récit est vivant, habité, "c'est comme si elle nous faisait vivre l'histoire".

Une autre patiente, que nous nommerons Sans-Chair, nous transmet son vécu de l'atelier. Précisons que ce nom est inspiré des écrits de la même patiente. Elle a en effet pour habitude de mettre sur papier ses ressentis vis-à-vis de sa maladie, personnifiée sous forme d'une sorcière vampirique.

Comme Blanche-Plume, Sans-Chair a préféré les ateliers animés par Christelle parce qu'elle contait les histoires au lieu de les lire. Durant l'atelier, "c'est comme si elle enfilait une autre veste", celle de narratrice plutôt que celle d'infirmière. "Je me sentais plus proche". Précisons que Sans-Chair a une relation avec les soignants parasitée par l'idée pré-conçue qu'on veut la faire grossir à tout prix, occultant tous les autres objectifs visés par les soins. Cela met bien des freins à la relation thérapeutique. La première fois que Christelle a arrêté de lire pour conter, Sans-Chair, se souvient avoir été émue par le stress de la soignante qui avait appris par coeur le conte. Elle dit avoir été touchée par ce qu'elle a reçu comme un cadeau, sans contrepartie.

L'atelier conte est décrit comme agréable, relaxant. L'atmosphère tamisée de la pièce y est pour beaucoup. Le tilleul et le plaid ajoutent du confort à l'ensemble. Sans-Chair a mis du temps à investir le plaid qu'on lui a prêté lors du premier atelier. "Au début je le posais juste; je ne le dépliais pas". Au fil des séances, elle a fini par utiliser le plaid pour s'y blottir. Mais l'utilisation de cet objet est restée exclusivement

réservée à l'atelier conte et le plaid n'a que peu joué son rôle d'objet transitionnel. Selon Winnicott: "l'enfant peut utiliser un objet transitionnel lorsque l'objet interne est vivant, réel et suffisamment bon (pas trop persécuteur)"<sup>1</sup>. Or, au vu du vécu persécuteur de la relation thérapeutique par Sans-Chair, il semble difficile qu'elle investisse comme objet transitionnel, comme possession support de ses projections, un objet fourni par l'équipe soignante. L'atelier a néanmoins eu pour effet immédiat de diminuer les angoisses et d'éloigner un peu les préoccupations centrées sur le poids et les rituels de contrainte.

Sans-Chair insiste, par ailleurs, sur l'importance du groupe dans cet atelier. Elle trouve important de partager une histoire commune avec les autres patientes. Alors que les temps passés avec le groupe sont habituellement angoissants, car les discussions sont centrées sur les repas ou la pesée, l'atelier conte est un moment où l'on partage du bon. Alors que Sans-Chair fuit le groupe et a tendance à s'isoler dans sa chambre, loin de ses congénères avec lesquelles elle se met en compétition, elle aime partager avec elles ce cadeau fait par l'équipe soignante.

## e- Témoignages de patientes sur quelques contes

Les lignes qui suivent tentent de retranscrire ce que Blanche-Plume a compris de deux contes et comment elle s'y est reconnue: *Blanche-Neige*, des frères Grimm, et *La femme squelette*, un conte inuit.

<sup>1</sup> Winnicott D.W., «Objets transitionnels et phénomènes transitionnels», 1951, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*.

## Blanche-Neige

"Elle avait une féminité qu'elle ne pouvait pas avoir".

Il est très dur pour une mère qui vieillit de voir ses filles devenir femmes. Elle deviennent de plus en plus belles alors que la mère devient moins jolie. La mère de Blanche-Neige (sa belle-mère dans le récit) est jalouse de sa fille, qu'elle considère comme sa rivale.

La reine, la belle-mère de Blanche-Neige se regarde tous les jours dans son miroir pour se rassurer sur sa beauté. "Ce n'est pas possible pour moi, je ne supporte pas de me voir dans un miroir". Blanche-Plume évoque à ce moment-là la vision erronée qu'elle a de son propre corps: "Je me vois énorme". La dysmorphophobie est toujours majeure chez elle.

La reine lui fait penser à sa mère qui lui disait chaque jour ou presque qu'elle se trouvait laide. "Je lui répondais: "Mais non, tu es la plus belle", comme une enfant, quoi. J'essayais de la valoriser". Blanche-Plume était alors comme le miroir de la reine, la rassurant sur sa beauté, par des mots mais aussi en confirmant dans son corps qu'elle n'égalerait pas sa mère.

Blanche-Plume décrit, par ailleurs, son père comme câlin, ce qu'elle met en lien avec l'attitude froide et peu démonstrative de sa grand-mère paternelle. "Il était très proche de moi, très tactile. Il courait me voir dans ma chambre en rentrant du travail pour me dire bonne nuit, avant même d'embrasser ma mère", ce que la mère reprochait à sa fille. A ce propos, Blanche-Plume me décrit une scène du quotidien: "Nous étions à trois sur le canapé devant la télé, mon père nous a prises toutes les deux dans ses bras et a dit: "Je suis heureux, j'ai mes deux femmes à côté de moi", ce qui a mis ma mère dans une rage folle et m'a mise très mal à l'aise". A ce moment, la

mère aurait même dit à son mari: "soit tu fais un câlin à ta femme, soit tu fais un câlin à ta fille, il faut choisir!", tandis que Blanche-Plume était envahie par un fort sentiment de culpabilité. La jalousie de la mère, qui se pose en rivale face à sa fille, est ici troublante. La mère est clairement identifiée à la reine du conte et Blanche-Plume, bien malgré elle, se retrouve dans la position de Blanche-Neige.

Après ce récit, Blanche-Plume ajoute aussitôt que "même s'il y a des choses que je pourrais reprocher à mes parents, ce n'est pas acceptable de penser comme ça". Puis dans une ébauche d'ambivalence, elle s'autocritique en disant qu'elle a encore du chemin à faire... et poursuit: "J'ai du mal à me détacher, à m'affirmer", "ça me fait terriblement souffrir de penser différemment d'eux". Blanche-Plume décrit une relation fusionnelle avec ses parents, dans laquelle l'autonomie n'a pas sa place: "En principe les parents sont heureux de voir leur enfant s'épanouir et s'autonomiser...", dit-elle avec une pointe de regret. Or, dernièrement, ses parents en étaient encore à se demander pourquoi leur fille ne leur faisait plus de câlins, ne voulait plus venir sur leurs genoux. "Ils ne comprennent pas que j'ai 19 ans, que je ne suis plus une petite fille!".

Blanche-Plume évoque les relations très tendues avec ses parents depuis qu'elle est hospitalisée: "quand ils me font des remarques, je ne dis rien, je me ronge de l'intérieur. Elle fait des liens avec ce qui se joue en thérapie familiale. Depuis quelque temps, elle arrive à dire certaines choses à ses parents dans le cadre des séances mais le paie par une grande culpabilité, appuyée par les réactions violentes des parents. Elle a le sentiment de s'adresser à un mur, que ses parents n'entendent rien. "Il restent bloqués sur le poids et le côté strictement médical, surtout mon père qui ne veut se poser aucune question". Blanche-plume se demande si sa maladie n'est pas un bon moyen pour son père de se décentrer de ses propres problèmes,

professionnels ou de couple. La thérapie familiale a aussi permis à Blanche-Plume de prendre conscience du poids du transgénérationnel dans sa maladie. Si sa mère a autant de mal à gérer sa relation avec elle, c'est peut-être parce qu'elle souffre d'un manque affectif du côté de sa propre mère, ce qui semble se répéter depuis trois ou quatre générations.

Remarquons que la fin du conte est complètement occultée par Blanche-Plume: la punition de la reine-sorcière, le "sommeil de mort" de Blanche-Neige (cf. la version de Walt Disney), le baiser du prince qui la ressuscite et leur départ à deux. Les conflits de loyauté envers ses parents, alimentés par une culpabilité dont elle ne sait que faire, l'empêchent d'accéder aux solutions réparatrices et créatrices proposées dans le conte. Dans ses fantasmes, Blanche-Plume ne peut ni punir l'imago de la mauvaise mère rivale qui l'emprisonne dans l'enfance, ni partir découvrir le monde et la vie en allant à la rencontre d'un nouvel objet.

### *La femme squelette*

"C'est le problème du passage de l'enfance à l'âge adulte".

Pour Blanche-Plume, ce conte traite du rapport au corps, de la question de la féminité: "C'est très difficile pour moi". Elle évoque encore l'image déformée qu'elle a de son corps: "Je sais que les chiffres ne mentent pas (le poids, la taille des vêtements) mais je ne peux plus me regarder, c'est trop douloureux, je me vois toujours énorme".

Avec du recul, Blanche-Plume reconnaît qu'elle a toujours été en sous-poids, avec un poids maximal de 43 kg, soit 17 de BMI. Elle a toujours eu un rapport à la féminité difficile: "Avant, mes copines commençaient à avoir des formes, j'étais complexée d'être plate", mais "elles me parlaient de leurs règles, et ça me faisait

peur". Rappelons que Blanche-Plume est en aménorrhée primaire. En revenant sur l'anamnèse de l'anorexie mentale, la patiente reconnaît que le trouble avait débuté au moins deux ans avant le début de la prise en charge: "C'était déjà dans ma tête, même si je n'avais pas maigri". Elle explique que, quand elle est arrivée dans le service, on lui a fait un bilan gynécologique comprenant un examen par un gynécologue. A 17 ans, c'était la première fois qu'elle montrait ses parties génitales à quelqu'un, en dehors des soins prodigués par ses parents dans l'enfance. "Heureusement c'était une femme; un homme je n'aurais pas pu". Elle explique avec beaucoup de gêne comme cette partie de son corps lui est étrangère et méconnue.

Le conte se finit sur un acte sexuel, charnel, entre la femme squelette et le pêcheur qui l'a recueillie, après que celle-ci ait retrouvé silhouette humaine. Cet acte plein de tendresse semble désiré par la femme squelette. Cela suppose qu'elle a franchi une grande étape: celle d'assumer enfin sa féminité, ce qui ouvre la voie au désir et à la découverte de l'autre. Quand je demande à Blanche-Plume si elle a déjà ressenti une attirance pour un garçon, elle a un mouvement de recul, puis me raconte une histoire: "Une fois j'ai commencé à flirter avec un garçon. Je l'aimais bien, il était gentil. C'était la première fois qu'un garçon s'intéressait à moi. Mais un jour, je devais aller chercher quelque chose dans ma chambre et il m'a suivie. Là, il m'a brutalement tirée vers lui et m'a plaquée au sol..." Le récit s'arrête là car l'émotion submerge Blanche-Plume, encore choquée par cet événement. Elle me précise que ce n'est pas allé plus loin, qu'elle a réussi à se dégager et partir. Mais cette scène, qu'elle nomme "tentative de viol", a été véritablement traumatisante pour elle. "Le pire, me dit-elle, c'est que c'est passé à l'as. J'en ai parlé à ma famille mais ils ont complètement banalisé ça. Ma soeur, surtout, a pris ça à la légère". Blanche-Plume ajoute que sa soeur est "à côté de la plaque": "Elle ne comprend pas que je n'aie pas de petit copain

ou de relations. Un jour, elle m'a dit: "si tu es homosexuelle, tu n'as qu'à le dire, ce n'est pas grave, on comprendra". Mais ce n'est pas du tout le problème! Je ne supporte pas ma féminité, ce n'est pas pour ça que j'ai changé d'orientation!". Il est clair dans cette histoire que le fossé est grand entre ce que vit Blanche-Plume, qui refuse activement la féminisation et la différenciation sexuelle liée à la puberté, et les préoccupations de sa famille à son égard.

Sans-Chair nous livre sa vision de deux contes: *Les quatre frères habiles* et *Hansel et Gretel*, des frères Grimm. Elle ne se souvient d'ailleurs plus des titres, et la trame de l'histoire est assez floue. L'élaboration est pauvre mais quelques éléments sont intéressants à relever.

#### *Les quatre frères habiles*

"C'est une histoire d'héritage. Quatre frères partent chacun de leur côté, envoyés par leur père. Ils vont rencontrer chacun un maître qui va leur apprendre un métier. "

Sans-Chair se souvient difficilement de l'intrigue. Elle me dit qu'une princesse a été enlevée par un dragon qui la retient emprisonnée, et que les quatre frères ont pour tâche de la libérer. En utilisant tous leurs talents, ils vont y arriver. Le père les revoit ensuite et il est satisfait de ses fils. Sans-Chair a complètement occulté la fin du conte: "je ne sais plus s'il y a un mariage. La princesse ne peut quand même pas épouser les quatre?".

En fait, le conte se termine ainsi: aucun des frères n'épouse la princesse mais le roi leur donne la moitié de son royaume qu'ils partagent en quatre, et ils restent

auprès de leur père. Ce conte ne traite pas tant de l'autonomisation des jeunes hommes que de la rivalité entre frères. Sans-Chair vit elle-même au quotidien la rivalité avec sa soeur, qu'elle décrit comme son opposé: féminine, bien dans sa peau, en couple. Mais elle ne fait pas le lien entre le conte et sa propre histoire.

### Hansel et Gretel

"C'est l'histoire de deux enfants qui se perdent dans la forêt."

Sans-Chair finit par se souvenir que leurs parents les ont abandonnés car ils n'avaient plus d'argent.

Là aussi, le scénario du conte est flou. Les enfants trouvent une maison en sucrerie et ils en mangent des morceaux. Puis ils sont capturés par la sorcière qui veut les engraisser pour les manger. Sans-Chair ne se souvient plus de la fin. Elle se dit qu'il y a deux possibilités: soit ils se font manger, soit ils retrouvent leurs parents. Elle pense finalement que les enfants vont s'en sortir, mais elle ne sait plus comment. Elle ne sait pas non plus ce qui arrive à la sorcière. Remarquons que dans les deux fins envisagées par la patiente, il n'y a que la mort comme alternative au maintien auprès des objets infantiles.

Revenons sur la maison en pain d'épices: elle évoque pour Sans-Chair la tentation. Cet énorme amas de sucreries donne envie aux enfants qui ne peuvent réprimer leur gourmandise. La patiente fait le lien avec ses crises de boulimie. Cette maison est placée là par la sorcière, exprès pour attirer les enfants. La sorcière et sa maison peuvent être condensées en un unique personnage, assimilé à la maladie: à la fois attirante, séduisante et dévorante, malfaisante.



Sans-Chair identifie la sorcière qui veut engraisser les enfants, aux soignants qui veulent la faire grossir à tout prix, dit-elle. Elle pense en particulier au gavage par la sonde naso-gastrique, qu'elle a mal vécu. Cette comparaison des soignants et de l'image d'une mère dévoratrice est troublante. Il est clair que, pour Sans-Chair, le corps soignant est vu comme le mauvais objet, qui ne peut co-exister avec un bon objet. L'accès à l'ambivalence n'est pas encore possible pour elle. En outre, Sans-Chair ne fait aucun lien entre l'image de la mère dévoratrice et certains aspects de la relation avec sa propre mère, qu'elle décrit pourtant comme trop fusionnelle et étouffante.

Il est intéressant de constater que, pour Sans-Chair comme pour Blanche-Plume, la fin du conte est souvent occultée, comme si l'accès à la résolution des conflits était inaccessible, qu'il s'agisse de la punition du méchant, des mécanismes de réparation ou de l'autonomisation du héros. Ce constat, pouvant paraître pessimiste, peut aussi être vu comme une piste dans le difficile travail d'élaboration avec les patientes anorexiques. Sans-Chair, pour qui la verbalisation est si pauvre, a trouvé un moyen d'expression dans le dessin et l'écriture. Elle a bien voulu nous prêter certains de ses dessins pour illustrer cette thèse. On y retrouve les codes et la symbolique du conte. Les créations artistiques de Sans-Chair révèlent ainsi une capacité créatrice et associative insoupçonnée.

## E- Réflexion psycho-dynamique autour du conte

### 1) Le scénario du conte comme organisateur du chaos psychique

La structure du conte a comme fonction essentielle d'organiser le chaos. Pour Bettelheim, "l'imagerie des contes de fées, mieux que tout au monde, aide l'enfant à accomplir sa tâche la plus difficile, qui est aussi la plus importante: parvenir à une conscience plus mûre afin de mettre de l'ordre dans les pressions chaotiques de son inconscient"<sup>1</sup>. Le jeune enfant n'a pas les outils nécessaires pour affronter des pensées contradictoires, angoissantes, qui se présentent à sa conscience en vrac. "Le conte lui fournit peut-être un contenant provisoire où des pensées inimaginables trouvent à s'ordonner dans un temps, un espace, et selon un principe de causalité qui sont ceux du récit"<sup>2</sup>. Grâce à une histoire vécue "pour de faux" en s'identifiant aux personnages du conte et en ne se mettant pas trop en danger, "l'enfant apprend à maîtriser hors de lui, avant de l'intérioriser, une activité fantasmatique qui sera fondatrice en lui d'un lieu où les mots et les choses vont pouvoir se relier, où les pulsions (...) comme les perceptions qui l'assaillent vont recevoir une dénomination et s'articuler en une chaîne signifiante"<sup>3</sup>. Pour Colette Combe: "Lire des contes est un moyen de tendre des fils et de tisser en déplaçant la navette du langage"<sup>4</sup>.

Dès les premières lignes du récit, le conte se situe dans une temporalité différente de la vie réelle, grâce à une formule comme: "Il était une fois...". Il se

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.39.

<sup>2</sup> Hochman J., 1984, dans *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. «Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.64.

<sup>3</sup> Ibid, p.66.

<sup>4</sup> Combe Colette, *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris, 2009, p.229.

déroule aussi dans un lieu imaginaire: "dans un pays très lointain", de sorte qu'il ne peut pas y avoir de confusion entre l'histoire et la vie réelle. L'auditeur peut ainsi s'identifier sans danger aux personnages du conte, puisque c'est "pour du faux". Le conte se situe clairement dans un monde imaginaire et ne donne donc pas la sensation d' "inquiétante étrangeté", pour reprendre l'expression de Freud, que l'on peut avoir avec des récits fantastiques ou mythiques. L'auditeur peut s'identifier tour à tour aux différents personnages du conte. Il peut à la fois être le héros, ou l'héroïne, qui le mène vers la résolution de ses conflits, mais aussi le monstre qui incarne ses pensées agressives.

L'intrigue des contes tend la plupart du temps vers un but commun: l'autonomisation et la prise d'indépendance des enfants par rapport aux parents. "Ce processus de croissance commence par la résistance aux parents et la peur de grandir et finit quand le jeune s'est vraiment trouvé, quand il a atteint l'indépendance psychologique et la maturité morale et quand, ne voyant plus dans l'autre sexe quelque chose de menaçant ou de démoniaque, il est capable d'établir avec lui des relations positives"<sup>1</sup>. Mais le chemin est semé d'embûches. Le héros commence par transgresser un interdit (Cendrillon est la belle-fille non désirée, Raiponce donne sa virginité au prince, Blanche-Neige surpasse sa marâtre en beauté). L'interdit peut être implicite, comme dans Cendrillon, ou explicite, comme dans Barbe-bleue. Puis un méfait est commis par le méchant, qui crée un manque chez le héros. Toutefois, le préjudice est réparé avant la fin du conte. Ainsi, quand l'auditeur, enfant ou adolescent, s'identifie au méchant du conte et fait le parallèle avec les sentiments haineux qu'il a envers ses parents, il comprend que ce "méfait" peut être réparé et qu'il n'entraîne pas la destruction de la personne aimée. Le méchant, quant à lui, est puni

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.25.

pour ses méfaits, parfois très cruellement. Cependant, l'enfant comprend vite que ce n'est que la partie mauvaise de lui-même ou de ses parents qui disparaît.

Le conte se clôture par le couronnement du héros et/ou son mariage. Cela signifie que le héros acquiert son autonomie par rapport à ses parents et qu'il est devenu capable de rencontrer un objet d'amour extérieur à la famille, donc de s'épanouir dans une nouvelle organisation sexuelle génitale, sans souffrir de quitter le cocon familial. "L'enfant apprend qu'en formant une véritable relation interpersonnelle, il échappera à l'angoisse de séparation qui le hante"<sup>1</sup>. La fin du conte est ainsi presque toujours heureuse car elle apporte des solutions aux conflits psychiques abordés symboliquement. Cette fin rassurante, permet un retour à la réalité en douceur, et évite justement l'angoisse de séparation.

Le scénario du conte suit donc une logique inscrite dans une temporalité qui fait défaut chez les patientes anorexiques. Avec la maladie, le temps s'est arrêté. L'arrêt des cycles menstruels a stoppé la marche vers un développement sexuel normal. La restriction alimentaire et/ou l'anarchie des crises de boulimie ont cassé la rythmicité des repas qui permet habituellement d'organiser une journée. "La brusque perte de cet ensemble qui ordonne la temporalité a jeté la confusion dans les relations entre corps et psychisme"<sup>2</sup>, nous dit C. Combe. Les adolescents fonctionnent dans l'immédiateté. Cette caractéristique est exacerbée chez ceux souffrant d'anorexie mentale. L'anorexique se rend victime d'une "temporalité tyrannique, celle de l'oralité du tout, tout de suite ou jamais rien"<sup>3</sup>. De plus, comme l'enfant, l'anorexique souffre d'une vie psychique chaotique. Les angoisses archaïques sont fréquentes chez ces patientes.

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.24.

<sup>2</sup> Combe Colette, *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris, 2009, p.66.

<sup>3</sup> Ibid, p.64.

Plusieurs moyens sont mis en œuvre dans les soins proposés aux anorexiques pour rétablir une temporalité perdue et mettre de l'ordre dans le chaos psychique. Les différents temps du soin sont ainsi très importants. La prise en charge hospitalière commence souvent par un temps d'isolement du milieu familial, "lieu d'une rencontre de soi"<sup>1</sup>, puis ce cadre s'ouvre progressivement sur l'extérieur. Parallèlement, s'opère un réapprentissage de la rythmicité des repas et du sommeil. Pour C. Combe, "le traitement par isolement est une ruse (...) qui fabrique la maturation à partir du chaos en faisant rencontrer de nouveaux obstacles à franchir un à un"<sup>2</sup>. L'organisation du chaos passe aussi par des soins contenant et rassurants, ce qui suppose une continuité dans la prise en charge, dans le temps et entre les différents intervenants. Dans une prise en charge complexe et globale, le conte thérapeutique nous semble être un outil intéressant comme organisateur du chaos psychique et de la perte de temporalité inhérents à l'anorexie mentale.

## 2) Le conte et le rêve

Dans le cas clinique de "l'Homme aux loups"<sup>3</sup>, Freud interprète un rêve fait par le patient dans l'enfance. Il s'agit d'un rêve d'angoisse: la fenêtre de la chambre s'ouvre brutalement et l'on peut voir un noyer sur lequel sont perchés des loups blancs. Ils regardent l'enfant de façon menaçante. L'un d'eux a une queue tronquée. Au cours de l'analyse, un lien est fait avec un livre illustré, montrant un loup effrayant, que la grande sœur aimait à montrer à son frère pour l'effrayer. Le conte dont

<sup>1</sup> Combe Colette, *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris, 2009, p.65.

<sup>2</sup> Ibid, p.70.

<sup>3</sup> Freud S., « L'Homme aux loups, A partir de l'histoire d'une névrose infantile (1918b) », dans *Cinq psychanalyses*.

s'inspire le rêveur est peut-être *Le Petit Chaperon rouge* ou, plus probablement, *Le Loup et les sept Chevreaux*. Ces deux contes se rapprochent par le thème central de la dévoration et des éléments de scénario communs: le loup mange ses victimes, on lui ouvre le ventre pour les remplacer par des pierres et le loup meurt. La queue du loup coupée dans le rêve révèle les angoisses de castration du patient. La peur de la dévoration par le loup signe également la crainte du père castrateur. Mais le fait que le loup des deux contes porte des personnes dans son ventre pose la question du sexe du personnage: est-ce un personnage féminin? Notons que, dans sa retranscription de l'analyse de "l'Homme aux loups", Freud fait allusion à une période de trouble alimentaire chez le patient. Cette période serait le signe de troubles de l'organisation sexuelle orale ou cannibale chez le jeune homme, chez qui "l'étayage originel de l'excitation sexuelle sur la pulsion alimentaire domine encore la scène"<sup>1</sup>.

Les contes comme les rêves constituent un accomplissement de désirs et donc un matériel à interpréter. Kaës s'appuie sur les écrits de Freud pour souligner le parallèle entre conte et rêve et "comment les matériaux des contes de fées constituent les restes diurnes de certains rêves"<sup>2</sup>. En effet, on retrouve souvent dans les rêves, tels qu'on s'en souvient au réveil, des éléments issus de contes. Pour Freud, "Chez certains individus, le souvenir de leurs contes favoris a pris la place de leurs propres souvenirs d'enfance. Ils ont érigé les contes en souvenirs-écrans. Des éléments et des situations issus de ces contes se retrouvent fréquemment dans les rêves"<sup>3</sup>. Lafforgue fait aussi le lien entre conte merveilleux et rêve. Il énonce trois points communs: "la grande figurabilité des images, le déplacement des angoisses et l'élaboration psychique

<sup>1</sup> Freud S., « L'Homme aux loups, A partir de l'histoire d'une névrose infantile (1918b) ».

<sup>2</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. « Inconscient et culture », Dunod, Paris, 3ème éd. 1996, p.1.

<sup>3</sup> Freud S., « L'Homme aux loups, A partir de l'histoire d'une névrose infantile (1918b) ».

secondaire qui est utilisée comme un récit de reconstruction pour transmettre à l'auditeur un contenu compréhensible. Ainsi, le conte populaire pourrait être considéré comme un récit qui donnerait une figurabilité aux angoisses les plus enfouies"<sup>1</sup>. On peut ainsi comparer le récit du conte au contenu manifeste du rêve, et on retrouve le même travail d'élaboration dans le conte que dans le rêve.

Contes et rêves ont des similitudes, mais aussi des différences. En premier lieu, le conte traite de problèmes universels, transgénérationnels, tandis que le rêve prend pour matériel les conflits psychiques d'un individu en particulier. Les contes sont, d'ailleurs, le produit d'un long processus de remaniements et de transmissions, alors que le travail d'élaboration du rêve est un mécanisme rapide, qui se fait presque dans l'urgence, pour masquer des désirs inconscients qui profitent du sommeil et de la baisse de vigilance de la censure pour surgir dans la conscience. Pour Kaës: "le conte peut être considéré comme un rêve qui s'est socialisé (un rêve de la communauté), qui vient du dehors et qui est toujours disponible"<sup>2</sup>.

De plus, le conte est structuré et suit un scénario qui aboutit à une résolution des conflits, alors que le contenu manifeste du rêve ne s'inscrit souvent pas dans une quelconque temporalité et n'apporte pas forcément de solution, ni ne soulage la tension produite par l'émergence des désirs refoulés. "Les rêves, à un degré considérable, sont le résultat de pressions intérieures qui n'ont pas trouvé à se soulager, de problèmes qui bouleversent l'individu, celui-ci ne sachant quelle solution leur donner et n'en trouvant aucune dans le rêve. Le conte de fées a l'effet contraire: il projette le soulagement de toutes les pressions et, sans se contenter de proposer des façons de résoudre le problème, il promet qu'une solution "heureuse" sera trouvée"<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> Lafforgue, *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot, p.17.

<sup>2</sup> Kaës R. et al, 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*.

<sup>3</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.58.

nous dit Bettelheim. On pourrait dire, pour résumer, que le rêve est un stratagème employé par le psychisme pour garder cachés les désirs inconscients refoulés, tandis que le conte est un moyen symbolique de comprendre les conflits inconscients et de les surmonter.

Pour Bettelheim, si l'on peut comparer les contes aux rêves, alors c'est plus aux rêves des adultes ou des adolescents qu'aux rêves des enfants. "Si surprenants et incompréhensibles que puissent être les rêves d'adulte, tous leurs détails prennent un sens quand ils sont analysés et permettent au rêveur de comprendre ce qui préoccupe la partie inconsciente de son esprit", alors que "Les rêves d'enfant ont un contenu inconscient qui n'est pratiquement pas modelé par le moi: les fonctions mentales supérieures pénètrent à peine cette production onirique"<sup>1</sup>. Pour Massud Kahn, l'espace du rêve est un espace transitionnel que "l'enfant institue pour découvrir son propre soi aussi bien que la réalité externe"<sup>2</sup>.

Il est intéressant de remarquer que les anorexiques, dans les moments les plus graves de la maladie, ne rêvent pas, comme si leur inconscient était totalement verrouillé par un Surmoi intransigeant qui ne baisse jamais la garde, même pendant le sommeil. Quand leur état clinique s'améliore, elles se remettent souvent à rêver mais cela commence par des rêves très simples, à thématique alimentaire. Puis la machine des rêves se réactive mais sans que le travail du rêve se fasse. On obtient des rêves dont le contenu manifeste, non métabolisé, est superposable au contenu latent. Ces rêves ressemblent aux rêves des enfants, sauf que le contenu est puisé dans les conflits inhérents à l'adolescence et à la poussée pubertaire. Ainsi, "le rêve tourne au cauchemar. Comme un viol, comme une effraction. Quand la sexualité fait irruption,

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.87.

<sup>2</sup> Kahn Massud, « La capacité de rêver », dans « L'espace du rêve », 1972.



quand l'éprouvé apparaît incontrôlable et la pulsion indomptable, il y a de quoi être terrorisé"<sup>1</sup>.

Pour J-Ph. Guéguen, il existe un lien fort entre rêve et corps, "parce que celui-ci doit s'apaiser, se laisser aller pour dormir. Tout comme il doit supporter un relatif abandon pour se laisser aller à une relation sexuelle. Tout comme la Belle au bois dormant s'endort avant de trouver un prince charmant"<sup>2</sup>. Or, dans l'anorexie mentale, aucune place n'est laissée au lâcher prise. Que ce soit par une intellectualisation massive, par une ritualisation rigide ou par une hyperactivité physique envahissante, la malade exerce un contrôle permanent sur son corps et ses pensées. Cela dit, quand les patientes anorexiques recommencent à rêver, même si elles vivent cela comme un cauchemar, c'est qu'elles sont sur la bonne voie. "Les rêves, si crus soient-ils, restent une production de l'inconscient et traduisent un "lâcher prise" qui est toujours de bonne augure"<sup>3</sup>. De plus, ce n'est qu'une étape avant de développer une élaboration suffisante pour rêver en toute quiétude. Les contes peuvent alors ouvrir la voie de la symbolisation et du travail du rêve.

### 3) Le conte et le symbolique

Les contes abordent sous une forme implicite les problèmes internes rencontrés par l'enfant, l'adolescent puis l'adulte au cours de son développement. Ce sont à l'origine, des récits destinés à être transmis oralement. Ils se doivent donc d'être simples et concis. L'utilisation du symbolique permet à la fois d'aborder sans détour

<sup>1</sup> Guéguen J-Ph., «Quand rêver est un cauchemar : à propos de l'anorexie mentale», 2008.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

des thèmes parfois graves, mais en même temps de les rendre assimilables, entendables par le plus grand nombre. Le travail d'élaboration psychique fait le reste. Le symbolique ouvre aussi la voie du magique et de l'enchantement qui font que l'histoire est porteuse de plaisir. Ajoutons que le plaisir tient aussi au mystère qu'entretient le conte, gardons-nous donc de trop interpréter le contenu latent du conte aux enfants ou aux patients. Pour Bettelheim, "le pouvoir d'enchantement de l'histoire (...) vient en très grande partie de ce que l'enfant ne connaît pas exactement le pourquoi de son plaisir. La perte de ce pouvoir d'enchantement s'accompagne d'un affaiblissement de la faculté qu'a l'histoire d'aider l'enfant à lutter tout seul et à régler par ses propres moyens le problème qui a trouvé un écho dans le conte"<sup>1</sup>. Cette affirmation est bien sûr transposable à nos patientes adolescentes.

### a- Les personnages

Dans les contes de fées, chaque personnage est soit tout bon, soit tout mauvais, sans possibilité de compromis ni d'ambivalence. Ainsi les différents personnages représentent souvent, sous le mode du clivage, les différents aspects d'une même personne. "Ce contraste des personnages permet à l'enfant de comprendre facilement leurs différences, ce qu'il serait incapable de faire aussi facilement si les protagonistes, comme dans la vie réelle, se présentaient avec toute leur complexité"<sup>2</sup>. De plus, l'auditeur du conte peut s'identifier à plusieurs personnages selon son état d'esprit, sa préoccupation du moment, ou projeter dans tel ou tel personnage ses désirs, ses émotions positives ou négatives. "Les contes de fées offrent des

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.34.

<sup>2</sup> Ibid, p.22.

personnages sur lesquels l'enfant peut extérioriser ce qui se passe dans sa tête, et d'une façon contrôlable. Ils montrent à l'enfant comment il peut matérialiser ses désirs destructifs dans tel personnage, tirer d'un autre les satisfactions qu'il souhaite, s'identifier avec un troisième, s'attacher à un quatrième dont il fait son idéal"<sup>1</sup>.

Par exemple, la représentation de la mère est clivée entre une image bonne: la bonne fée de *Cendrillon*, la mère aimante qui meurt en couche de *Blanche-Neige*; et une image mauvaise: la sorcière dévoratrice de *Hansel et Gretel*, la marâtre de *Cendrillon*, ou la synthèse des deux: la reine-marâtre-sorcière de *Blanche-Neige*.

Le père, quant à lui, est, soit, bienveillant mais faible, incapable de protéger sa fille des attaques de la mauvaise mère en se positionnant en tiers, comme le roi de *Blanche-Neige* ou le père de *Cendrillon*; soit, effrayant, menaçant, sous forme d'un méchant roi parfois incestueux, comme dans *Peau d'Âne*, ou d'un ogre comme dans *Le Petit Poucet*.

Les filles sont décrites de façon tranchée comme belles ou laides. L'aspect physique est souvent associé aux qualités morales ou psychiques. Par exemple dans *Cendrillon*, l'héroïne est belle, douce, intelligente, vertueuse; tandis que ses soeurs sont laides, méchantes, menteuses, idiotes, orgueilleuses. L'injustice de la situation de l'héroïne est exacerbée par le fait qu'elle mériterait, au vu de toutes ses qualités, d'être heureuse; alors que ses soeurs devraient être punies de leur nature méchante. C'est d'ailleurs ce à quoi va aboutir l'intrigue, rétablissant ainsi une justice indiscutable pour l'inconscient collectif.

Les garçons, quand ils occupent la position du héros, sont souvent téméraires, courageux, malicieux. Mais ces qualités se révèlent à l'occasion des épreuves qu'ils traversent. Au début de l'histoire, ils sont, en effet, considérés par leurs proches

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.104.

comme les plus chétifs, les plus simplets, les plus jeunes et inexpérimentés, au regard de leurs frères. C'est le cas du Petit Poucet par exemple.

La figure du prince charmant représente l'homme qui séduit l'innocente héroïne et lui fait découvrir l'amour. Il n'intervient souvent qu'à la fin de l'histoire, quand le personnage de la mauvaise mère est neutralisé. Il semble, de plus, sortir de nulle part, ce qui l'exclut du cercle familial et du danger de l'inceste. Dans *Blanche-Neige* et *La Belle au bois dormant*, le prince rompt l'enchantement qui retenait la princesse dans un profond sommeil d'un simple baiser. Le prince est alors l'homme mûr et rassurant qui initie la jeune fille à la sexualité. Cette sexualité naissante avait été mise en pause par un sortilège jeté par la mère-sorcière destructrice et rivale. Le prince emmène enfin la princesse dans son royaume, dans son château protecteur où il l'épouse et lui donne des enfants. Ce schéma rencontre-mariage-enfants correspond à ce qui est communément reconnu comme la "bonne manière de vivre". L'ordre social est maintenu aussi par l'assurance que la princesse épousera un prince charmant, même si un sort cache parfois temporairement son identité (*La Belle et la Bête*, *Le Roi Grenouille*).

## b- Le décor de l'histoire

Tout d'abord, le récit du conte se situe dans un espace-temps hors de la réalité. "Il était une fois", signifie que ça n'a jamais vraiment eu lieu, que c'est "pour du faux". Complétée par "dans un pays très lointain", la formule d'introduction ôte tout doute sur le caractère réel de l'histoire.

"Les vieux châteaux, les cavernes profondes, les chambres closes où il est interdit d'entrer, les forêts impénétrables suggèrent qu'on va nous révéler quelque

chose qui, normalement, nous est caché, tandis que le "Il y a de cela bien longtemps" implique que nous allons connaître des événements des plus archaïques"<sup>1</sup>, nous dit Bettelheim.

En outre, le décor peut s'adapter à l'état psychique du héros: par exemple la forêt peut tantôt être sombre et inquiétante, tantôt accueillante et enchantée. Le conte *Blanche-Neige* est un très bon exemple de cette transformation de la forêt. Quand Blanche-Neige est abandonnée par le chasseur, alors qu'elle n'a jamais quitté les jardins de son château, la forêt la terrifie, les arbres sont menaçants, les bruits des animaux l'effraient. Plus tard dans le récit, la forêt est un lieu agréable et protecteur, une barrière contre la méchante reine. Cet effet est très bien rendu dans la version de Walt Disney. Le château, lui aussi, peut être noir, silencieux, entouré de ronces, puis s'illuminer à la fin de l'histoire, comme dans *La Belle et la Bête*. La maison peut refléter la personnalité de son propriétaire, comme dans *Les trois petits Cochons*. Dans Hansel et Gretel, la maison de la sorcière est un appât. Elle incarne les angoisses cannibaliques qui sont liées aux angoisses de dévoration.

### c- Les angoisses archaïques et le complexe d'Œdipe

Les angoisses archaïques sont abordées dans les contes de façon directe et imagée. L'oralité est présente dans de nombreux contes. Dans *Hansel et Gretel*, les angoisses de dévoration sont représentées sous la forme d'une sorcière cannibale, qui punit les enfants qui ont osé manger sa maison. Or, celle-ci est faite de sucreries. La sorcière est donc à la fois tentatrice et punitive. L'ogre, qui dévorent les enfants, est

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.99.

un personnage récurrent, comme dans *Le Petit Poucet* ou *Jack et le haricot magique*. Dans *Le Petit Chaperon rouge*, les angoisses de dévoration sont actées puisque le loup mange la grand-mère et l'héroïne, avant que le chasseur ne les sauve en ouvrant le ventre de la bête. Dans la version de Perrault, les angoisses cannibaliques se réalisent aussi quand le loup fait manger au Petit Chaperon rouge les viscères de sa grand-mère.

Les angoisses de séparation se retrouvent dans les contes comme *Le Petit Poucet* ou *Hansel et Gretel*, où les parents abandonnent leurs enfants dans la forêt. Le thème de l'abandon est ainsi très présent dans les contes. Néanmoins, la fin du conte est rassurante car elle montre à l'enfant s'identifiant au héros, qu'il peut survivre à la séparation, et ne le laisse pas empêtré dans ses angoisses.

Le complexe d'Œdipe est au coeur de nombreux scénarios de contes. La résolution du complexe d'Œdipe passe par des angoisses de castration chez le garçon. L'ogre mangeur d'enfants constitue une image paternelle dévoratrice mais représente aussi le père castrateur. Dans *Le Petit Poucet*, le héros défie l'ogre en lui volant ses bottes de sept lieues et son trésor, qui symbolisent la puissance du père. Dans *Jack et le haricot magique*, le jeune homme élevé par sa mère n'a pas d'image paternelle à laquelle se confronter, jusqu'à ce qu'il entre en possession de son haricot magique, métaphore à peine déguisée du phallus. Jack pourrait tout aussi bien en être au stade phallique qu'en pleine puberté; l'essentiel est qu'il part à la rencontre d'une image paternelle avec laquelle il peut entrer en rivalité. L'ogre géant incarne les angoisses de castration. D'ailleurs, à la fin, l'ogre meurt, mais dans sa chute, il casse le haricot de Jack. Le meurtre de l'image paternelle empêche Jack de surmonter l'Œdipe puisqu'il reste un éternel enfant, privé de phallus, vivant toujours dans l'illusion de rendre sa mère heureuse grâce au trésor volé au géant.

L'Œdipe chez la fille est abordé sous l'angle de la rivalité mère-fille. Par exemple, dans *Blanche-Neige*, la reine-sorcière-cannibale ne supporte pas la rivalité avec sa belle-fille et cherche à la tuer. Blanche-Neige quitte le château de son père, fuit dans la forêt, mais elle y gagne un prince, qui la sauve du sortilège de la reine et l'épouse. Dans *Peau d'Âne*, le roi transgresse l'interdit de l'inceste en demandant sa fille en mariage. Celle-ci arrive à y échapper, malgré une certaine ambivalence qui retarde son départ. Mais une fois l'Œdipe surmonté, elle a toutes les armes en main pour séduire un autre homme, un roi qui lui offre autant de richesse que son propre père.

D'une manière générale, les angoisses archaïques et l'Œdipe constituent une source d'inspiration privilégiée pour le conte. "Il existe une coïncidence troublante entre ce que les enfants craignent des parents, à savoir se faire cuire, castrer, tuer, et les fantasmes développés dans les contes créés par les adultes. Le conte apparaît comme une voie cathartique expurgeant le sadisme parental, forme secondarisée des fantasmes infantiles"<sup>1</sup>. Le parent, quand il lit un conte à son enfant, lui montre qu'il reconnaît ces angoisses, qu'il accepte les attaques portées aux images parentales et qu'il est capable d'y survivre, tout en continuant à l'aimer. Conter c'est aussi transmettre et donc inscrire l'enfant dans une continuité transgénérationnelle. Implicitement, l'enfant comprend ainsi que les angoisses dont il souffre, son père et sa mère les ont aussi traversées quand ils étaient petits.

<sup>1</sup> Houssier Florian, « Pierre l'Ebouriffé et les souhaits infanticides : du conte à la clinique de la parentalité », *La psychiatrie de l'enfant*, 2007.

## d- Les problématiques adolescentes

La puberté féminine, caractérisée par l'apparition des règles, est représentée par une goutte de sang qui perle au doigt de la jeune fille, comme la mère qui se pique sur une aiguille à coudre avant d'enfanter, dans *Blanche-Neige*, ou l'héroïne qui se pique à un fuseau, dans *la Belle au bois dormant*. Dans ces deux contes, la jeune fille pubère est éloignée de la famille, pour la protéger des attaques de la sorcière, ce qui lui permet de vivre une période de tranquillité. Elle peut alors continuer à vivre dans une insouciance enfantine, au sein d'une forêt accueillante, ce qui retarde la rencontre d'un nouvel objet et met provisoirement de côté les préoccupations liées à la féminisation.

La féminité est représentée par une grande beauté, de beaux et longs cheveux. Une foule de prétendants se presse pour rencontrer et épouser la belle jeune fille. Dans *Le Petit Chaperon rouge*, l'héroïne est aussi naïve et enfantine que séductrice. Elle est la proie idéale pour le grand méchant loup.

Le masculin, est souvent repoussant, dangereux, avant de devenir attirant. C'est le cas dans *la Belle et la Bête*. La Belle ne pense qu'à rester avec son père et à s'occuper de lui, tandis qu'elle encourage ses soeurs à se marier. Elle va jusqu'à sacrifier sa vie pour sauver celle de son père, dans un amour filial absolu. Malgré sa gentillesse et sa générosité envers la Belle, la Bête est repoussée par celle-ci, jusqu'à ce que la Belle comprenne la nature des sentiments amoureux qui l'habitent. Dès qu'elle franchit cet obstacle et accepte de ressentir de l'attirance pour la Bête, celle-ci se transforme en un homme beau, qui n'inspire plus la crainte.

La quête de l'autonomie est aussi un thème fréquent dans les contes: *Le Petit Poucet* comme *Hansel et Gretel* cherchent à s'affranchir de parents défailants: un



père effacé, une mère qui prend l'excuse de la pauvreté pour abandonner ses enfants. Au début du conte, le départ est subi. Les enfants arrivent à retrouver le chemin de la maison en semant des pierres, ce qui retarde leur quête. Bien que les parents les poussent dehors, la maison familiale reste le point de repère qui rassure.

L'adolescence est aussi un rite de passage vers l'âge adulte. "Les contes relatent ce passage à travers la traversée symbolique de la forêt, lieu d'initiation et de mise à l'épreuve"<sup>1</sup>. Pour Lafforgue, "cette quête initiatique dans la forêt, qu'elle soit magique ou violente, a quelque chose à voir avec la curiosité sexuelle et son déplacement sur la curiosité de savoir"<sup>2</sup>.

Ainsi, grâce à sa trame symbolique, le conte est un véritable médiateur de la vie psychique. Il permet une "remise en jeu de l'activité du préconscient et de la figurabilité"<sup>3</sup>. La dimension thérapeutique du conte, qu'il s'adresse à un enfant autiste ou à une adolescente anorexique, réside dans sa capacité à conduire "le vécu inorganisé, difficilement représentable pour (lui/elle) dans une relation avec ses objets réels, vers l'univers merveilleux de la représentation. (...) La détresse fondamentale, celle de la non-représentation, est battue en brèche."<sup>4</sup>

#### 4) Le conte comme support à la rêverie, la créativité

Bion désigne la capacité de rêverie de la mère comme condition nécessaire à l'établissement d'une bonne fonction alpha. Cela suppose qu'elle-même ait eu accès à

<sup>1</sup> Picard C., « Contes et thérapie », *Dialogue*, 2002.

<sup>2</sup> Lafforgue P., *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot, p.143.

<sup>3</sup> Picard C., 2002.

<sup>4</sup> Botella C. et S., « Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation », *Revue française de psychanalyse*, 1983.

une relation satisfaisante avec sa propre mère pour construire cette capacité de rêverie. Une relation carencée entre une mère et sa fille peut ainsi se répéter d'une génération à une autre si rien n'est fait pour identifier ce problème ou qu'il passe inaperçu... jusqu'à ce qu'il s'incarne dans une génération où la fille est sacrifiée pour maintenir un équilibre familial très fragile.

Pour Winnicott, chez l'enfant, la réalité extérieure est tout aussi importante que le monde intérieur, et "il passe de l'un à l'autre par l'intermédiaire d'états tels que le rêve, le jeu, etc"<sup>1</sup>. Dans le jeu, l'enfant est dans une illusion où il projette son vécu intérieur, bon ou mauvais. L'espace de jeu est très important pour que l'enfant puisse évacuer son agressivité envers les imagos parentales. Cette aire intermédiaire d'expérience, propre à l'enfant, constitue ce que Winnicott nomme un "phénomène transitionnel", "où la réalité intérieure et la vie extérieure contribuent l'un et l'autre au vécu", "entre l'érotisme oral et la relation objectale vraie, entre l'activité créatrice primaire et la projection de ce qui a déjà été introjecté, entre l'ignorance primaire de la dette et la reconnaissance de cette dette"<sup>2</sup>.

La fantasmatisation qu'on retrouve dans le jeu de l'enfant, existe déjà chez le nourrisson, nous dit Winnicott. Il s'agit d'une "élaboration imaginative de la fonction physique" (fonction orale, anale, urinaire, et plus tard génitale), provoquée par les expériences instinctuelles de la première année de vie<sup>3</sup>. Pour que la fantasmatisation existe, il est nécessaire que le nourrisson connaisse d'abord la satisfaction de ses pulsions instinctuelles. L'adaptation la plus fine possible de la mère aux besoins du bébé, rendue possible par la préoccupation maternelle primaire, est donc primordiale

<sup>1</sup> Winnicott D.W., «L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif», 1950-1955, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*.

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Winnicott D.W., «La première année de la vie», 1958, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*.

les premiers temps. Puis, peu à peu, le bébé devient capable de supporter l'attente. Winnicott parle d'une "pulsion créatrice innée qui, mieux que n'importe quoi, prouve à l'enfant qu'il est en vie"<sup>1</sup>. Cette pulsion créatrice innée dépérit si elle n'est pas réalisée, c'est-à-dire si les soins prodigués par la mère sont en inadéquation avec les besoins du bébé. "Chaque nourrisson doit recréer le monde mais cela n'est possible que si le monde se présente par bribes à des moments où l'enfant ressent l'activité créatrice". Néanmoins, la capacité créatrice peut aussi être étouffée si les besoins du bébé sont trop anticipés par la mère et si aucun espace n'est laissé à la fantasmatisation. Citons encore Winnicott: "la tâche principale de la mère (tout de suite après celle qui a consisté à favoriser l'illusion) est de désillusionner"<sup>2</sup>. Sans donner de recette miracle, car les besoins des nourrissons et leurs capacités à tolérer la frustration diffèrent, le juste milieu à trouver est celui de la mère "suffisamment bonne".

Quand les conditions sont réunies du côté de la mère et du bébé, une ère d'illusion se crée entre la perception réelle et la créativité primaire. Au début, "la présentation de l'objet par la mère fait vivre au nourrisson l'expérience de le créer"<sup>3</sup>, puis, dans cette ère d'illusion, le nourrisson se met à halluciner le sein, ce qui lui permet de survivre à l'attente. La créativité naît donc de la satisfaction des besoins mais surtout de l'expérience d'omnipotence qui en découle. Pour Christine Anzieu-Premmeur, "la créativité selon Winnicott n'est pas la capacité de créer une œuvre, c'est celle de vivre de façon créative une vie pleine de sens"<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Winnicott D.W., «La première année de la vie», 1958, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*.

<sup>2</sup> Winnicott D.W., «Objets transitionnels et phénomènes transitionnels», 1951, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*.

<sup>3</sup> Anzieu-Premmeur C., « De la créativité chez Winnicott » , *Le Carnet PSY*, 2011.

<sup>4</sup> Ibid.

La créativité ne s'arrête pas à la petite enfance, elle est "la capacité de conserver tout au long de la vie quelque chose qui est propre à l'expérience du bébé: la capacité de créer le monde"<sup>1</sup>. Dans *Psychanalyse des contes de fées*, Bruno Bettelheim montre bien l'intérêt des contes dans le développement psychique de l'enfant. Selon lui, l'enfant peut utiliser les contes pour se familiariser avec son inconscient. En stimulant son imaginaire, "en brochant des rêves éveillés, en ruminant des fantasmes issus de certains éléments du conte qui correspondent aux pressions de son inconscient"<sup>2</sup>, l'enfant peut y faire face. Les contes, patinés par des siècles de transmission et modelés par l'inconscient collectif, constituent, par leur diversité, une formidable réserve de matériel pour enrichir le monde imaginaire et la créativité de l'enfant. Bettelheim insiste sur la nécessité de lire et relire le conte, pour que l'enfant ait le temps de l'assimiler et lui apporter ses propres associations: "quand le narrateur donne aux enfants tout le temps de réfléchir, de se baigner dans l'atmosphère que l'audition a créée en eux, et quand ils sont encouragés à en parler, on peut alors constater que le conte apporte beaucoup à certains de ces enfants, sur le plan intellectuel comme sur le plan affectif"<sup>3</sup>. Pour Catherine Picard, "le conte permet de se ménager un espace pour la création imaginaire, un espace de compromis entre rêve et réalité, principe de plaisir et principe de réalité"<sup>4</sup>.

A l'adolescence, de façon très archaïque, le fonctionnement est souvent régi par l'immédiateté ("tout, tout de suite"), le passage à l'acte et l'intolérance à la frustration. Un tel mode de fonctionnement entraîne bien sûr des conflits avec les

<sup>1</sup> Abram J., *Le langage de Winnicott*, cité par Ribas D., dans « La créativité pour Donald Wood Winnicott », *Le Carnet PSY*, 2011.

<sup>2</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.18.

<sup>3</sup> Ibid, p.95.

<sup>4</sup> Picard C., «Contes et thérapie», *Dialogue*, 2002.

parents. Mais petit à petit, en faisant l'expérience que ses pulsions ne peuvent pas être satisfaites sur le champ et que, même dans ce cas, elles ne s'éteignent pas pour autant, l'adolescent va apprendre à les maîtriser. Pour Evelyne Kestemberg, l'un des problèmes de cette période est "de retrouver le temps d'attendre et de fantasmer"<sup>1</sup>. L'adolescence est donc un moment charnière où il paraît utile de soutenir les capacités créatrices pour ne pas qu'elles s'éteignent. Le conte, par sa trame symbolique, est tout indiqué dans ce travail. "Le conte est le jardin de la mémoire collective. Il ne faut pas le laisser en friche. Celui qui écoute ou lit des contes, se trouve dans une situation de créativité facilitée par le travail du déjà-là apporté par les générations passées. (...) c'est du déjà-là signifié et expérimenté par l'inconscient collectif qui l'a inscrit dans la structure"<sup>2</sup>, nous dit Pierre Lafforgue.

Dans l'anorexie mentale, passé un certain stade de la maladie, la plupart des patientes ne rêvent plus. De la même façon, leur imaginaire est très pauvre, en tout cas insuffisant pour alimenter une rêverie diurne. En fait, "les patientes anorexiques nous rappellent qu'il n'y a pas de rêve (nocturne) sans capacité de rêverie (diurne) et sans quelqu'un capable d'accueillir l'un et l'autre. Elles nous conduisent toujours vers la capacité de rêverie de la mère."<sup>3</sup>. Parfois, le vide psychique est tel que nous n'avons accès qu'à un discours plaqué, dans un espèce de faux-self qui fait barrage à toute relation intersubjective authentique. En-deçà d'un certain indice de masse corporelle, l'élaboration psychique est ainsi quasi impossible. L'hypothèse que nous faisons (développée dans la partie "Oralité, liens précoces mère-bébé et archaïsme" II.A.2) est que les jeunes filles présentant une anorexie mentale souffrent probablement d'une carence dans les premiers liens mère-bébé, sans doute en partie liée à des défaillances

<sup>1</sup> Kestemberg E., « Notule sur la crise de l'adolescence, de la déception à la conquête », 1980.

<sup>2</sup> Lafforgue P., *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot.

<sup>3</sup> Guéguen J-Ph., « Quand rêver est un cauchemar : à propos de l'anorexie mentale », 2008.

maternelles mais aussi à leurs difficultés propres. Pour soutenir ou recréer une créativité éteinte, le conte nous apparaît être un bon moyen, dans une maladie où les symptômes alimentaires, agis au niveau de la zone orale, privent la bouche de sa deuxième fonction de verbalisation.

Pour Colette Combe, “La bouche, “ora” est le siège du goût et organe de la parole”. Ainsi, “Retrouver la parole passe par puiser à la source des métaphores. Les contes sont dans l’enfance leur premier lieu de découverte le soir au coucher. Avant la plongée dans le sommeil et les rêves, nous nous sommes reposés dans la voix de nos parents et dans les nuages de mots des siècles et des siècles qui ont transporté ces contes jusqu’à nous. Soigner l’anorexie, c’est souvent une histoire de voix et de mots”<sup>1</sup>. L'amélioration des critères strictement médicaux (poids, normalisation du ionogramme, remise en route des cycles menstruels, reminéralisation osseuse) ne saurait suffire à définir la guérison de l'anorexie mentale. Pour Marion Hendrickx, "une jeune fille souffrant d'anorexie mentale n'est pas guérie quand elle atteint un poids normal, mais bien quand elle a pu réapprendre à rêver le monde"<sup>2</sup>.

## 5) Les critiques du conte

Certains adultes pensent que les contes peuvent être délétères pour leurs enfants, parce qu'ils seraient trop effrayants. Les contes pourraient ainsi entraîner des angoisses, à cause des monstres et des situations qu'ils mettent en scène. Mais est-ce à cause des contes que les enfants ont peur du noir ou des monstres qui se cachent sous leur lit? Ces monstres ne font-ils pas partie, de toute façon, du monde interne des

<sup>1</sup> Combe C., *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris, 2009, p.20-22.

<sup>2</sup> Hendrickx, *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, p.17.

enfants? Nous pensons au contraire que les contes peuvent donner aux enfants, mais aussi aux adolescents et jeunes adultes, des outils pour affronter les monstres de leur imagination, ces conflits intra-psychiques qui ne sont pas verbalisables.

L'enfant puis l'adolescent, au cours de son développement, doit faire face à des situations angoissantes. Il ressent souvent des émotions qu'il ne maîtrise pas. Il peut, par exemple, éprouver de la colère envers ses parents et avoir le désir qu'ils disparaissent, tout en les aimant très fort. Ces émotions contradictoires sont difficiles à concilier. Les sentiments négatifs ressentis vis-à-vis des êtres aimés se payent par de la culpabilité. Mais la culpabilité peut être un moteur quand l'enfant comprend qu'il peut réparer ses "méfaits". L'angoisse est moins grande quand il découvre qu'il peut être en colère contre la mauvaise mère et vouloir la détruire, sans que cela atteigne la mère bienveillante. Le conte peut ainsi amener progressivement l'enfant à une relation à un objet total avec ses proches, grâce à l'acquisition de l'ambivalence.

Selon Bettelheim, voici "l'une des sources de la répugnance qu'éprouvent les adultes à raconter des contes de fées: nous nous sentons mal à l'aise à l'idée que, de temps en temps, nous apparaissions à nos enfants comme des géants menaçants"<sup>1</sup>. En effet, à première vue, il n'est pas facile pour une mère d'être comparée à une sorcière ou une méchante marâtre, ni pour un père de se reconnaître dans un ogre castrateur ou un père effacé. Cela suppose que les parents aient eux-mêmes accès au registre symbolique et comprennent que ces personnages ne sont que les représentations des sentiments de leurs enfants à leur égard à un moment donné. Seuls des parents ayant accès à l'ambivalence peuvent donc se sentir à l'aise avec les contes de fées. Pour reprendre la théorie de Bion, l'idéal pour que le conte porte ses fruits, est que les

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.45.

parents soient capables de recevoir la colère et la frustration de leur enfant (les éléments bêta), de les digérer et de les renvoyer sous forme d'éléments alpha rassurants, assimilables par l'enfant; c'est-à-dire d'assurer une fonction alpha satisfaisante.

Chez l'enfant, le rituel de lecture d'une histoire le soir par les parents est très important: "quand ce sont ses parents qui lui racontent l'histoire, l'enfant peut être sûr qu'ils approuvent les fantasmes qui lui permettent de se venger des menaces que fait peser sur lui la domination des adultes"<sup>1</sup>. De la même façon en thérapie, le fait qu'un conte soit lu ou conté par un adulte légitime les émotions ressenties par l'enfant et les rend acceptables par son Surmoi.

Une autre critique des contes est qu'ils ne sont pas réalistes, contrairement à certaines histoires actuelles. Le risque serait que les enfants ne fassent pas bien la distinction entre l'imaginaire et le monde réel. Ainsi, les contes ne permettraient pas à l'enfant d'affronter la vie réelle. Or, au contraire, l'enfant sait très bien, quand il entend un conte, que l'histoire est imaginaire. Même s'il demande parfois confirmation à un adulte, "l'enfant qui est familiarisé avec les contes de fées comprend qu'ils s'adressent à lui dans un langage symbolique, loin de la réalité quotidienne"<sup>2</sup>. C'est justement parce qu'il serait trop violent de verbaliser explicitement les conflits psychiques qui se jouent dans le développement psycho-affectif de l'enfant que le symbolique du conte a toute sa place. Cela permet aussi à l'enfant de trouver lui-même une solution à ses questionnements, alors que si elle lui était soufflée directement par un adulte, cette solution lui paraîtrait sans doute hermétique.

<sup>1</sup> Bettelheim B., 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket, p.46.

<sup>2</sup> Ibid, p.98.



## F- Synthèse, entre théorie et pratique clinique

Bien que destinés initialement aux adultes, les contes de fées sont, de nos jours, quasi-exclusivement réservés aux enfants. Il faut dire que dans nos sociétés modernes, où la science est reine, peu de place est laissée aux croyances. Alors que les sociétés primitives étaient régies par la magie et la crainte des dieux, aujourd'hui, c'est la culture de la rationalisation qui prime. Pour autant, nous gardons ce besoin de rêver, moteur des nombreux récits fantastiques qui prolifèrent dans les librairies.

Boudant les contes, les adolescents et jeunes adultes sont souvent attirés par des récits plus noirs, appartenant au registre du fantastique, voire de l'horreur. La formule "il était une fois..." permet de marquer la frontière entre le monde réel et le monde merveilleux du conte. Or, l'adolescent "normal", contrairement au petit enfant, a la capacité de côtoyer l'inquiétante étrangeté, propre au fantastique, sans perdre pied. De plus, il est capable de gérer la séparation, même quand la fin n'est pas heureuse. Mieux, l'adolescent préfère que le récit n'ait pas vraiment de fin, c'est-à-dire qu'il laisse le doute au lecteur et libre court à son imagination. Enfin, l'adolescent adore se faire peur, se donner des frissons. Plus le récit est réaliste, plus le lecteur se sent en danger, et plus il en tire du plaisir.

Pourquoi, dans ce cas, proposer des soins médiés par les contes chez des adolescents souffrant d'anorexie? Il y a plusieurs réponses à cette question. Tout d'abord, nous constatons, en pratique, que les livres de chevet de nos patientes ne sont pas les romans de Stephen King ou de Stephenie Meyer, mais plutôt ceux de Guillaume Musso ou Marc Lévy. Sans dénigrer ces derniers, il faut admettre qu'ils sollicitent moins les angoisses archaïques que les romans d'horreur fantastique. Notre hypothèse est que les adolescents anorexiques n'ont pas intériorisé la même

contenance, le même sentiment continu d'exister dans un corps habité, que leurs acolytes "sains". Leur fonctionnement interne est encore régi par des imagos parentales persécutrices et clivées. Ils ne sont donc pas armés pour affronter des histoires fantastiques déstabilisantes qui mettraient leur fragiles assises narcissiques en danger. Rappelons qu'il s'agit souvent de jeunes incapables d'accepter la terrifiante aventure de la puberté, synonyme de différenciation sexuelle et d'impossible maintien de la relation fusionnelle aux objets infantiles. Quand l'histoire se termine par: "ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfant", les angoisses de séparation sont un peu plus gérables. Ainsi, les contes ne leur paraissent pas si désuets ou décalés que cela, dès lors qu'ils les rassurent et assurent cette fonction contenante.

D'autre part, le conte, par sa richesse symbolique, est un outil très intéressant pour stimuler la créativité si pauvre des anorexiques. Quand la capacité de rêverie maternelle n'a pas suffi à soutenir, chez l'enfant, la pulsion créatrice, le conte peut ouvrir la porte du symbolique, point de départ nécessaire à une élaboration psychique.

Le conte peut être utilisé sous différentes modalités. Outre l'atelier conte, certaines patientes du service, en particulier celles en repos strict au lit, bénéficient de temps de lecture en individuel dans leur chambre. Le conte, lu au lit du malade, répond à un questionnement récurrent de l'équipe de soin: comment apporter du bon à nos patientes, quand les capacités cognitives et d'élaboration psychique font défaut? Comment ne pas se focaliser uniquement sur les soins somatiques, même si ils sont incontournables, dans les moments les plus critiques de la maladie?

Les contes ont, enfin, un intérêt certain pour les soignants. Dans la relation soignant-soigné, les projections des patientes anorexiques, leurs tentatives de clivage, leur défiance face à la mort ne sont pas toujours faciles à vivre. Le conte est ainsi un média susceptible de détoxifier la relation thérapeutique, car il est "porteur d'une

fonction efficacement dédramatisante". Il permet au soignant de se protéger, de ne pas être trop envahi par les angoisses que suscitent les projections des patientes, et de mettre une distance tout en apportant du bon. Ainsi, le soignant n'est-il plus seulement assimilé à la sorcière castratrice, mais aussi à la bonne fée. De plus, le conte apporte au soignant des métaphores symboliques qu'il peut réutiliser dans les autres sphères de la prise en charge<sup>1</sup>. L'atelier conte, quant à lui, crée "un espace ludique transitionnel", permettant de retrouver "une distance plus neutre" et de se dégager "d'une identification trop prégnante" à nos patientes<sup>2</sup>.

Bien que Blanche-Plume soit encore loin d'être guérie, l'atelier conte lui a permis de prendre conscience de ce qui la mettait si mal à l'aise dans la relation à ses parents. En se décalant de ses problèmes personnels, grâce à l'identification à Blanche-Neige, elle a notamment compris comment la rivalité avec sa mère, alimentée par une relation ressentie comme ambiguë avec son père, entretenait un flou dans la place symbolique des différents membres de la famille. Le père ne se posait pas en tiers organisateur pour le couple mère-fille, mais plutôt en objet de convoitise, source de conflit, au sein d'une relation mère-fille fusionnelle. La rivalité mère-fille éprouvait fortement la loyauté de Blanche-Plume envers sa mère. A la culpabilité de Blanche-Plume, la mère répondait par des attitudes froides et vengeresses. Bien que les parents soient à ce jour encore peu enclins à sortir de ce cercle infernal, Blanche-Plume a pu prendre un peu de recul. Des tentatives de résolution de ce conflit émergent petit à petit. Peut-être que la meilleure solution est de partir, de sortir de ce triangle toxique, de prendre son indépendance. Cela permettrait, à la fois, à Blanche-Plume de tracer son propre chemin, et au couple parental de se retrouver.

<sup>1</sup> Rodet C., «Les contes : des métaphores pour les cliniciens de l'âme», *Dialogue*, 2002.

<sup>2</sup> Vacher-Neill N., « "Il était une fois..." Effet thérapeutique des contes pour les équipes soignantes », *Enfances & Psy*, 2005.

# Conclusion

Après avoir exposé l'histoire clinique de Blanche-Plume, nous avons brièvement décrit l'anorexie mentale sous ses aspects psycho-somatique et addictologique. Néanmoins, le parti pris de notre travail est de proposer une réflexion d'orientation essentiellement psychanalytique, c'est pourquoi nous avons choisi d'approfondir cette facette de la maladie. Nous avons donc détaillé les conflits internes qui concourent au développement de l'anorexie mentale, des interactions précoces mère-bébé aux bouleversements de l'adolescence. Puis, nous avons axé notre propos sur les contes et leur utilisation en psychothérapie. Nous avons enfin tenté de démontrer en quoi le conte merveilleux pouvait être un outil riche dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

L'atelier conte, issu de l'expérience d'un service de psychiatrie adulte spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, ainsi que la rencontre de deux patientes: Blanche-Plume et Sans-Chair, a enrichi notre réflexion. L'objectif était, d'une part, de mettre en évidence le parallèle existant entre les thèmes symboliquement abordés dans les contes de fées et les conflits psychiques inconscients à l'origine de l'anorexie mentale, d'autre part, de montrer l'intérêt du conte thérapeutique dans la prise en charge de l'anorexie mentale, tant pour les patientes que pour les soignants. Ce dernier aspect serait sans doute intéressant à creuser dans de futurs travaux.

# Bibliographie

American Psychiatric Association, « Practice guideline for the Treatment of patients with eating disorders » - third edition, *Am J Psychiatry* 2006;163(7 Suppl):4-54.

Antti Aarne, Stith Thompson, *The Types of the Folktale : A Classification and Bibliography*, Second Revision, Academia Scientiarum Fennica, coll. « Folklore Fellow's Communications, 184 », Helsinki, 1961.

Anzieu Didier,

- 1985, *Le Moi Peau*, Dunod, Paris, 1995 pour la 2<sup>ème</sup> éd.

- « Une peau pour les pensées », dans *Les enveloppes psychiques*, Dunod, Paris, 1995.

Anzieu-Premmereur Christine , « De la créativité chez Winnicott » , *Le Carnet PSY*, 2011/2 n° 151, p. 22-25. DOI : 10.3917/lcp.151.0022

Aquien Michèle, « Si Peau d'Âne m'était conté... » Lecture psychanalytique du conte, *Le Journal des psychologues*, 2008/9 n°262, p.67-71. DOI: 10.3917/jdp.262.0067.

Bauduin Andrée, « Variations sur le thème d'être mangé », *Revue française de psychanalyse*, 2001/5 Vol. 65, p. 1521-1536. DOI : 10.3917/rfp.655.1521

Bettelheim Bruno, 1976, *Psychanalyse des contes de fées*, Pocket.

Bion, «Une théorie de l'activité de pensée», titre original «A Theory of Thinking», *International Journal of Psycho-Analysis*, 1962, 43, n°4-5.

Blos Peter, 1967, « Adolescence et second processus d'individuation » (traduction française), dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 162-186.

- Botella César et Sara, 1983, « Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation », *Revue Française de psychanalyse*, XLVI, vol.3, pp.765-776.
- Boulé-Croisan Annick, « La fonction thérapeutique du conte », *Le Coq-héron*, 2005/2 no 181, p. 128-136. DOI : 10.3917/cohe.181.0128
- Bourdellon Geneviève, « L'anorexique « une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc » », *Revue française de psychanalyse*, 2001/5 Vol. 65, p. 1561-1576. DOI : 10.3917/rfp.655.1561
- Bousquet Lucie, « Le conte et ses images », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2010/1 n° 79, p. 53-58. DOI : 10.3917/lett.079.0053
- Bruch H., *Les yeux et le ventre*, Paris, Payot, 1975.
- Brusset Bernard,
- *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, 1998, Dunod, Paris.
  - « Oralité et attachement », in *Revue française de psychanalyse*, 2001/5 Vol. 65, p. 1447-1462. DOI : 10.3917/rfp.655.1447.
  - « La figure de l'anorexique dans l'adolescence », in *Adolescence*, 2005/3 no 53, p. 575-586. DOI : 10.3917/ado.053.0575.
- Cahn Raymond, 1991b, *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*, Paris, PUF.
- Carruthers Janice, « Temps et oralité dans le conte oral », in *La linguistique*, 2006/1 Vol. 42, p. 97-114. DOI : 10.3917/ling.421.0097
- Combe Colette, 2002, *Soigner l'anorexie*, Dunod, Paris.
- Coulacoglou Carina, « La psychanalyse des contes de fées : les concepts de la théorie psychanalytique de bettelheim examinés expérimentalement par le test des contes de fées », *Le Carnet PSY*, 2006/6 n° 110, p. 31-39. DOI : 10.3917/lcp.110.0031

- Degeilh Simone et Nigou Geneviève, « Un atelier conte », *VST - Vie sociale et traitements*, 2005/4 no 88, p. 92-95. DOI : 10.3917/vst.088.95
- Dodin Vincent et Testart Marie-Lyse, 2004, *Comprendre l'anorexie*, éditions du Seuil.
- Dodin Vincent et collaborateurs, « Soins à médiation multi-sensorielle », in *Adolescence*, 2012, 30, 3, 603-616.
- Dolto Françoise, 1984, *L'image inconsciente du corps*, éditions du Seuil, Collection Points.
- Durif-Bruckert Christine, « Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire », *Champ psychosomatique*, 2003/1 no 29, p. 71-95. DOI : 10.3917/cpsy.029.0071
- Elfakir Abdelhadi , « Le conte entre rêve et parole : d'une modalité d'articulation du sujet et du collectif », *Adolescence*, 2006/2 no 56, p. 327-337. DOI : 10.3917/ado.056.0327
- Ferenczi S., « Le développement du sens de la réalité et ses stades » (1913) et « La Psychologie du conte » (1919), in *Psychanalyse II*, Paris, Payot.
- Freud Anna
- « L'adolescence », dans *L'enfant dans la psychanalyse* (1958), Paris, Gallimard, 1976, 244-266.
  - « Le Moi et le Ça à l'époque de la puberté » et « Angoisse pulsionnelle à la puberté », 1936, dans *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 2009.
- Freud Sigmund,
- « Deuil et mélancolie », 1915, dans *Métapsychologie*, Folio essais, 2008.
  - *L'Interprétation des rêves*, 1900, PUF, Paris, 2008.

- « Les métamorphoses de la puberté », 1905, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, Paris, collection "Folio", 1987.
- « La sexualité infantile », 1905, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, Paris, collection "Folio", 1987.
- *Totem et Tabou*, 1912-1913, Points, 2010.
- « Sur les souvenirs-écrans », 1899, dans *Névrose, psychose et perversion*, PUF.
- « L'Homme aux loups, A partir de l'histoire d'une névrose infantile (1918b) », dans *Cinq psychanalyses*, PUF.
- « Le petit Hans, analyse de la phobie d'un garçon de 5 ans (1909b) », dans *Cinq psychanalyses*, PUF.

Grimm, *Contes cruels*, Le Pré aux Clercs, 1998.

Grinberg L., Sor D. et Tabak de bianchedi E., «Nouvelle Introduction à la pensée de Bion», *Revue française de psychanalyse*, 1998/3 (n° 62).

Guéguen Jean-Philippe,

- « L'anorexie mentale: une pathologie féminine », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2003/1 n°51, p.81-86.
- « Quand rêver est un cauchemar : à propos de l'anorexie mentale » , *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2008/1 n° 71, p. 41-46. DOI : 10.3917/lett.071.0041

Guide de littérature pour la jeunesse, Flammarion, 1975.

Guillaume S, Jaussent I, Olié E, Genty C, Bringer J, Courtet P, Schmidt U, «Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa »: a case-control study, *PLoS One*. 2011;6(8):e23578. doi: 10.1371/journal.pone.0023578. Epub 2011 Aug 12. PMID: 21858173.



- Gutton Philippe, 1991, *Le Pubertaire*, Paris, PUF.
- Harris EC, Barraclough B, « Excess mortality of mental disorder », *Br J Psychiatry* 1998;173:11- 53.
- Hendrickx Marion, *Petit traité d'horreur fantastique à l'usage des adultes qui soignent des ados*, 2012, érès, collection la vie de l'enfant.
- Henrion Anne, « Conter à l'hôpital ou... l'aventure de Hopi'conte », *Pensée plurielle*, 2002/1 no 4, p. 7-12. DOI : 10.3917/pp.004.0007.
- Hoek HW, Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):389-94.
- Houssier Florian, « Pierre l'Ebouriffé et les souhaits infanticides : du conte à la clinique de la parentalité », *La psychiatrie de l'enfant*, 2007/2 Vol. 50, p. 483-502. DOI : 10.3917/psy.502.0483.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC, « The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
- Kaës René et al., 1979, « Introduction à l'analyse transitionnelle », dans *Crise, rupture et dépassement*, Dunod, Paris, p. 1-81.
- Kaës René, Perrot R., Hochmann J., Guérin C., Méry J., Reumaux F., 1984, *Contes et divans, Médiation du conte dans la vie psychique*, coll. «Inconscient et culture», Dunod, Paris, 3ème éd. 1996.
- Kahn Massud, « La capacité de rêver », dans « L'espace du rêve », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°5, 1972.
- Kestemberg Evelyne, 1980, « Notule sur la crise de l'adolescence, de la déception à la conquête », dans la *Revue Française de Psychanalyse*, 44, 523-530.

Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., 1972, *La faim et le corps*, Paris, PUF,  
1994 pour la 5<sup>ème</sup> édition.

Klein Mélanie,

- 1934, « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs ».

- 1946, « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes ».

Lafforgue Pierre,

- *Petit Poucet deviendra grand, soigner avec le conte*, 1995, Petite Bibliothèque Payot.

- « Le conte et sa fonction organisatrice », 1995, *Dire*, n°5, dossier "Conte et thérapie", p.21-24.

Lampl-de Groot Jeanne, 1960, « On Adolescence », dans *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 95-103.

Laufer Mosès, « Adolescence, fantasme masturbatoire central et organisation sexuelle définitive », dans *Adolescence et psychanalyse : une histoire*, 1997, Delachaux et Niestlé S.A. collection textes de base en psychanalyse.

Lévi-Strauss Claude,

- *Anthropologie structurale* , 1958, Paris, Plon.

- *Anthropologie structurale deux*, 1973, Paris, Plon.

Lewin B., «The body as phallus » (1933), dans *Psychoanalytic Quaterly*, 2.

Marinov V., « Le narcissisme dans les troubles des conduites alimentaires », dans *Anorexia, additions et fragilités narcissiques*, Paris, PUF, 2001, p. 63-64.

Marzano Michela, « Qui suis-je ? Que puis-je ? » L'anorexie, le corps du vide et le regard d'autrui, *Le Télémaque*, 2004/1 n° 25, p. 61-72.

McDougall Joyce

- « L'économie psychique de l'addiction », *Revue française de psychanalyse*, 2004/2 Vol. 68, p. 511-527. DOI : 10.3917/rfp.682.0511.

- *Plaidoyer pour une certaine normalité*, Paris, Gallimard, 1978.

- «Le psyché-soma et le psychanalyste », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 10, 1974, p.132.

Mélétinski Evguéni, «L'étude structurale et typologique du conte», in V.Propp, *Morphologie du conte*, 1970.

Micheli-Rechtman, «Anorexie et pulsion de mort:une perspective lacanienne», *Analyse Freudienne Presse*, 2002/2 n°6, p.145-151.

Monzani Stefano, « Pratiques du conte : revue de la littérature », *La psychiatrie de l'enfant*, 2005/2 Vol. 48, p. 593-634. DOI : 10.3917/psy.482.0593

Perrault Charles, *Les contes de ma mère l'Oye*, 1697.

Perret-Catipovic Maja et Ladame François, « Adolescence et psychanalyse : l'histoire d'une histoire », dans *Adolescence et psychanalyse : une histoire*, 1997, Delachaux et Niestlé S.A. collection textes de base en psychanalyse.

Perrin Jean-François et Jomand-Baudry Régine (éd.),

- *Le Conte merveilleux au xviii<sup>e</sup> siècle*, Actes du colloque de Grenoble (septembre 2000), Paris, Kimé, 2002.

- *Le Conte en ses paroles : La figuration de l'oralité dans le conte merveilleux du Classicisme aux Lumières*, Actes du colloque de Grenoble (septembre 2005), sous la dir. d'Anne Defrance et Jean-François Perrin, Paris, Desjonquères, 2007.

Picard Catherine , « Contes et thérapie » , *Dialogue*, 2002/2 no 156, p. 15-22. DOI : 10.3917/dia.156.0015

- Pirone Ilaria , « Adolescents en panne d'histoire(s) », *Le Télémaque*, 2010/2 n° 38, p.71-86.
- Preiss, Dictionnaire des littératures de langue française, Bordas, Paris, 1984.
- Propp Vladimir (1928, 1965 pour la traduction française), *Morphologie du conte*, 1970, Points.
- Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A, « Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins », *PLoS One* 2009;4(2):e4402.
- Ribas Denys , « La créativité pour Donald Wood Winnicott » , *Le Carnet PSY*, 2011/2 n° 151, p. 26-31. DOI : 10.3917/lcp.151.0026
- Rodet Chantal , « Les contes : des métaphores pour les cliniciens de l'âme » , *Dialogue*, 2002/2 no 156, p. 55-65. DOI : 10.3917/dia.156.0055
- Sagne J.C. (1990), « Le repas, acte d'alliance : l'oralité, fondement de la personnalité individuelle et du lien social », in *Recherches et documents* du Centre Thomas More, L'Arbresle.
- Soriano Marc, *Les Contes de Perrault, culture savante et traditions populaires*, Gallimard, 1968.
- Vacher-Neill Nicole , « Il était une fois... » Effet thérapeutique des contes pour les équipes soignantes, *Enfances & Psy*, 2005/4 no 29, p. 161-168. DOI : 10.3917/ep.029.0161
- Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW, « Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands ». *Int J Eat Disord* 2006;39(7):565-9.
- Vannina Micheli-Rechtman, «Anorexie et pulsion de mort: une perspective lacanienne», *Analyse Freudienne Presse*, 2002/2 n°6, p.145-151.

Vermorel Henri et Vermorel Madeleine, «Abord métapsychologique de l'anorexie mentale», *Revue française de psychanalyse*, 2001/5 Vol. 65, p. 1537-1549. DOI : 10.3917/rfp.655.1537

Winnicott D.W., in *De la pédiatrie à la psychanalyse*:

- «Le développement affectif primaire », 1945
- «L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif », 1950-1955
- «Objets transitionnels et phénomènes transitionnels», 1951
- «La première année de la vie », 1958
- «Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant », 1962



**AUTEUR :** Nom : Groulez-Drain Prénom : Coline

Date de soutenance : 20 septembre 2013

Titre de la thèse : QUAND LE CONTE VA A LA RENCONTRE DE L'ANOREXIE MENTALE:  
réflexion autour d'un atelier conte, dans un service de psychiatrie adulte  
spécialisé dans les troubles alimentaires.

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES de psychiatrie

Mots-clés : conte, conte de fées, conte merveilleux, conte populaire, psychothérapie, atelier  
conte, anorexie mentale, trouble du comportement alimentaire, adolescence, créativité,  
rêverie, archaïsme, groupalité.

Résumé :

La période d'adolescence est un passage, plus ou moins douloureux et tumultueux, vers l'âge adulte. Pour les jeunes filles souffrant d'anorexie mentale, ce chemin rencontre des obstacles longtemps infranchissables, en partie parce que la différenciation sexuelle et la séparation-individuation par rapport aux parents, qui l'accompagnent, ne sont pas encore mentalisables.

A partir de l'histoire de Blanche-Plume, jeune patiente souffrant de troubles alimentaires, nous proposons une réflexion psycho-dynamique sur l'apport d'un atelier conte, vis-à-vis des conflits psychiques et des angoisses archaïques qui hantent les anorexiques. En effet, le cadre analytique classique butte sur la faiblesse d'élaboration et d'association de ces patientes, et sur la pauvreté de leur capacité de rêverie. Les contes de fées, fruits de l'héritage culturel des générations successives, et porteurs de l'inconscient collectif, pourraient mettre symboliquement en scène ces conflits. Le conte pourrait être un outil précieux pour éveiller la curiosité, stimuler la créativité si pauvre de nos patientes, et ainsi faciliter les autres psychothérapies en cours.

L'expérience d'un atelier conte chez des adolescentes anorexiques, nous montre comment l'élaboration psychique peut renaître, grâce au portage du conteur et du groupe. A la fois espace ludique transitionnel et porte d'entrée vers le rêve, l'atelier conte permet de réinsuffler du vivant, chez des patientes incarnant, au sens littéral, la mort.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur P. Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur O. Cottencin

Monsieur le Docteur R. Jardri

Monsieur le Professeur V. Dodin

Madame le Docteur M. Hendrickx (directrice de thèse)

