

L'assiette à l'envers

Autor(en): **Tendon, Edwige**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Femmes suisses et le Mouvement féministe : organe officiel des informations de l'Alliance de Sociétés Féminines Suisses**

Band (Jahr): **81 (1993)**

Heft 11

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-280452>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



L'assiette à l'envers

Les troubles de la sphère alimentaire sont en constante augmentation. Ce sont les femmes qui trinquent le plus lourdement, hantées qu'elles sont par le kilo en trop.

Prendre des libertés avec le pèse-personne dans une société où le désir de minceur vire à l'obsession, c'est se condamner à l'exclusion. Si les hommes, look oblige, échappent de moins en moins au terrorisme de la petite aiguille, les femmes restent les plus acharnées à traquer le kilo superflu. C'est qu'elles ont appris très tôt à se conformer à un idéal de la féminité dont la constante la plus immédiatement visible est la minceur. En se vengeant sur la nourriture de leur ego émiétté par les fluides et frêles sylphides qui font la une des magazines, les professionnelles performantes, les épouses modèles et les mamans-tartine pimpantes et disponibles, elles ne font qu'exprimer leur impuissance à répondre à ce que l'on attend d'elles. Ce n'est donc pas par hasard si elles sont aussi les championnes toutes catégories, si l'on ose dire, de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse: sur 100 personnes traitées pour ces deux «classiques» des troubles du comportement alimentaire, il y a 95 femmes¹.

Quand le diable...

Satan est à la boulimie ce que Lucifer est à l'anorexie: même peur de grossir, même volonté de restreindre l'alimentation, même terreur face à la nourriture, égale fascination. Pour la doctoresse Begoña Penalosa², on ne saurait cependant réduire les troubles alimentaires à un effet de la mode minceur, même si ce facteur peut jouer un rôle: «*Les cas d'anorexie et de boulimie sont certes en augmentation, mais les conduites anarchiques en matière d'alimentation ont toujours existé. Des anorexiques, par exemple, il y en avait déjà à une époque où l'on célébrait plutôt les ronds. Souvenez-vous de sainte Catherine de Sienne, de l'impératrice Elisabeth d'Autriche, de Virginia Woolf, de Simone Weil et j'en passe...*»

Chez l'adolescente, le refus de s'alimenter, ou les ripailles orgiaques suivies de vomissements provoqués, peut traduire son désir d'autonomie vis-à-vis des parents, en particulier de la mère, mais aussi l'angoisse qu'elle ressent face à son corps, qui devient sexué et qui attire le regard des hommes: «*Or, observe Nicole Reverdin³, l'adolescente n'est pas prête psychologiquement à assumer les conséquences de sa féminité. Il y a décalage. Et contradiction entre le*

désir de séduction et celui d'annihiler toute forme de féminité. Les anorexiques n'ont plus de seins, plus de hanches, plus de fesses, plus de règles non plus, et les boulimiques les diluent dans la graisse... Ce qu'il faut savoir, c'est que les troubles

peur de l'exclusion dont elles pourraient être victimes en devenant femmes: «(...) En se projetant dans le futur, elles constatent que (...) les hommes sont récompensés par le biais de leurs activités sociales, alors que les femmes sont soit exclues de la vie



La poupée Barbie, plus mince que la plus mince des mannequins – modèle mythique des ados.
(Illustration tirée du film *La Sposa contenta* d'Elda Guidinetti)

du comportement alimentaire se développent sur un terrain où l'estime de soi est faible. Il y a eu une mauvaise rencontre entre la mère et sa fille dans la prime enfance, une mauvaise manière de se satisfaire réciproquement, un mécontentement, qui va exploser à l'adolescence. Pour devenir femme, la fille doit en effet se détacher de sa mère, mais aussi la prendre comme modèle de la femme qu'elle cherche à devenir...»

Un bouclier

Pour Susie Orbach⁴, c'est le refus d'investir un statut social dont elles sentent confusément la précarité qui pousse certaines adolescentes à adopter des pratiques alimentaires désordonnées. Les régimes, le jeûne, les empiffrages, les vomissements ne seraient rien d'autre qu'une réponse au sexisme ambiant, un bouclier contre leur

sociale ou, pis encore, y participent sans être récompensées.»

A notre question de savoir ce qui se passe dans la tête des anorexiques, la doctoresse Penalosa répond que les psychiatres ne le comprennent pas encore: «*Ce que nous savons, c'est qu'il n'y a pas un facteur déclenchant unique. Les éléments qui entrent en jeu sont de plusieurs ordres: psychologique, familial, social, etc. La plupart des anorexiques ont commencé par faire un peu de régime parce que, à l'instar de bien des ados, elles se trouvaient trop grosses. Seulement, elles n'arrivent plus à dire stop... Elles subissent l'anorexie comme une emprise, mais ont l'impression de tout dominer; leur corps, leur faim, leur fatigue. En fait, elles sont prisonnières de leur histoire et dès qu'elles mangent elles ont un sentiment terrible de culpabilité. L'image qu'elles ont d'elles-mêmes est faussée. Elles ont un miroir déformant dans la*



tête et ne se «voient» pas telles qu'elles sont, maigres et malades. D'ailleurs, elles ne viennent jamais consulter spontanément. C'est leur entourage ou leur médecin qui nous les envoie, quand leur état physique et psychique est trop délabré.

FS – Quel est le profil de l'anorexique?

Dr B. P. – Elle est jeune: entre 13 et 18 ans, très bonne élève, travailleuse, crocheuse, s'adonnant frénétiquement à toutes sortes d'activités sportives pour brûler encore plus de calories. Sa vie relationnelle

est pauvre, sa sexualité massivement refoulée. Elle a aussi des rituels obsessionnels, des «petites manies» qui se déclenchent ou s'accroissent avec la maladie. Son unique centre d'intérêt, c'est la nourriture. Elle y pense tout le temps, y consacre toute son énergie. On a vu que son fonctionnement intellectuel est excellent. En revanche, son intelligence n'est pas au-dessus de la moyenne, comme on l'a souvent prétendu. Les tests révèlent en effet des résultats meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité. On a aussi dit qu'elle émanait le plus souvent de milieux socio-culturels favorisés. Ce n'est pas tout à fait vrai: dans ma pratique, je rencontre des filles de tous les milieux.

FS – Comment s'en sortir, quand on est prise dans cet engrenage?

Dr B. P. – Il faut d'abord que les anorexiques acceptent l'idée que c'est de cela qu'elles souffrent. Ensuite, qu'elles prennent du poids, donc qu'elles s'alimentent, sinon c'est la mort (ndlr: le taux de mortalité est de 5%, voir¹ en fin d'article). Le traitement peut être ambulatoire ou hospitalier, cela dépend de leur état. Mais rassurez-vous, à l'hôpital, on ne les gave pas et on évite de les mettre sous perfusion, même si un support médicamenteux s'avère parfois nécessaire... Le traitement est long, il s'étend souvent sur plusieurs années. En plus des entretiens que nous avons avec elles, nous leur remettons aussi une brochure destinée à les aider à comprendre ce qui leur arrive⁵. La collaboration des parents est essentielle: ils doivent absolument comprendre ce qui se passe et nous appuyer.

FS – Quel est le succès du traitement?

Dr B. P. – Si l'on retient uniquement les critères symptomatiques (aménorrhée, amaigrissement), il y a 50 à 60% de guérisons. Le taux chute à 30-40% si l'on prend en compte certains facteurs psychiatriques. En gros, on peut dire que le tiers des jeunes filles vont guérir complètement; un autre tiers vont garder des séquelles plus ou moins graves; pour le dernier tiers, le pronostic est mauvais.

FS – Y a-t-il des groupes d'auto-assistance en matière d'anorexie?

Dr B. P. – Pas spécifiquement pour les anorexiques. A Genève, il y a un groupe, le GEBA⁶, où l'on rencontre surtout des boulimiques, des mangeuses compulsives ou d'anciennes anorexiques qui s'en sont plus ou moins sorties. Mais pas les filles que je vois: elles sont beaucoup plus jeunes et n'ont pas la même problématique. Elles ne s'y sentiraient pas à l'aise.

Nous sommes en train de mettre sur pied un atelier, à l'instar de ce qui s'est fait à Lausanne. La demande émane des parents de mes patientes, qui souhaitent confronter leurs expériences avec d'autres parents, discuter des problèmes que posent ces filles, car pour eux, l'anorexie, c'est une torture... Une attaque terrible, une culpabilité monstrueuse. Ça remet en cause toute leur vie...

Toxico de la fourchette

En succombant à des séances d'empifrage clandestin dont elles se purifient par des vomissements, par la prise de laxatifs, de diurétiques et par le sport à outrance, puis en s'imposant des régimes de carmelites qui entraînent fatalement de nouvelles crises, les boulimiques réagissent aux mêmes conditions oppressives que les anorexiques. Manger, trop manger, manger sans fin («sans faim», précise Nicole Reverdin) ne plus manger sont les expressions d'un même désarroi face au devenir femme.

C'est dans la perception de leur état que réside la différence. En effet, contrairement aux anorexiques qui nient leur maladie tout en l'affichant en termes de maigreur excessive, les boulimiques savent que leurs pertes de contrôle ne sont pas «normales». Si elles hésitent à demander de l'aide, c'est généralement parce que la honte d'avouer... l'inavouable est plus forte que la souffrance et le dégoût d'elles-mêmes qu'entraînent leurs débordements, d'autant plus qu'elles se croient seules dans ce cas.

Nicole Reverdin range les boulimiques en deux catégories: les boulimiques «classiques» et les mangeuses compulsives. Ces dernières sont sensiblement plus âgées et leur nombre tend à augmenter depuis quelque temps. Elles sont souvent seules ou divorcées, ou mariées avec des enfants adultes qui ont quitté la maison. «Elles se voient désormais sans «emploi», commente Nicole Reverdin, puisqu'elles ont accompli leur fonction maternelle. Elles ne sont plus sûres de leur identité de femmes, proches qu'elles sont de la ménopause; elles ont de la peine à trouver des rôles nouveaux et satisfaisants dans une constellation familiale, sociale et individuelle nouvelle.» Manger de façon compulsive est pour ces femmes-là une réponse à une crise d'identité, à une frustration, à une situation de la vie émotionnelle qu'elles acceptent mal. Contrairement aux boulimiques classiques, les mangeuses compulsives ont le plus souvent un excès pondéral modéré ou important: «Elles ne recourent pas aux techniques dures des boulimiques; elles font du régime, prennent des coupe-faim, parfois des laxatifs. Leur comportement alimentaire est moins anarchique, mais oscille également entre excès et privations. Plutôt que d'absorber de grandes quantités de nourriture, elles se mettent à grignoter inlassablement – de préférence des douceurs – quand elles sont seules à la maison. Comme les boulimiques, elles ont une mauvaise estime de soi.»

FS – Est-il exact que seules les Européennes et les Américaines blanches souffrent de boulimie et de compulsion alimentaires?

N. R. – Oui... et non! Oui, s'il s'agit d'une question d'ampleur du phénomène. Il est très marqué aux Etats-Unis et en Europe (ndlr: 1 femme sur 100, voir⁷ ci-des-

Feux clignotants

Critères* servant à définir l'anorexie

- Refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimal normal, conduisant à un poids inférieur à 15% de la normale.
- Peur intense de prendre du poids, alors que celui-ci est inférieur à la normale.
- Perturbation de l'estimation de son poids corporel, de sa taille ou de ses formes.
- Chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs attendus (aménorrhée primaire ou secondaire).

* DSM III-R 1987, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, éd. française, p. 74) cité par M. Archinard, in Médecine et Hygiène, 1990, tiré à part N° 6597, pp. 2039-2042: Images du corps, le cas de la boulimie-anorexie.

Critères* servant à définir la boulimie

- Episodes récurrents de frénésie alimentaire, à savoir consommation rapide d'une large quantité de nourriture dans un laps de temps limité (binge eating).
- Sentiments de perte de contrôle du comportement alimentaire durant les épisodes de boulimie.
- Régulièrement le sujet, soit se fait vomir, soit use de laxatifs ou de diurétiques, soit pratique un régime strict ou jeûne, soit encore se livre à des exercices physiques importants dans le but de prévenir toute prise de poids.
- Au moins deux épisodes boulimiques par semaine, en moyenne, pendant au moins trois mois.
- Préoccupations excessives et persistantes concernant le poids et les formes corporelles.

* DSM III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Ed. Masson, 1989, cité par M. Archinard et N. Reverdin in Médecine et Hygiène, 1990, tiré à part N° 6639: Boulimie nerveuse et désordres alimentaires atypiques: quels traitements en 1990?



sous) – la facilité d'accès à la nourriture expliquant en partie cela. Non, car la boulimie existe aussi dans d'autres populations, à une moindre échelle. Au Japon, par exemple, où une enquête menée dans le milieu étudiant a révélé que 2,9% des filles souffrent de boulimie (ndlr: contre 5% à Genève en 1987, voir⁷). Ou encore en Israël, dans les kibboutz.

FS – Quel est le traitement de la boulimie?

N. R. – Il se pratique individuellement ou en groupes de huit à dix personnes et comporte deux volets: d'abord, on s'occupe de la restructuration du comportement alimentaire. Les boulimiques doivent en effet réapprendre à manger trois fois par jour, à des heures régulières, dans un lieu approprié. A cet égard, on leur demande de noter sur un carnet alimentaire tout ce qu'elles mangent, l'heure, le lieu, la quantité, la rapidité, le degré de faim et les sentiments qui les animent à ce moment-là. Le deuxième volet concerne la restructuration cognitive. On s'occupe des idées fausses, comme par exemple celle qui consiste à faire dépendre de sa minceur sa capacité à être aimée et reconnue. On tente aussi de développer ou de renforcer l'auto-observation, car en général les boulimiques scotomisent leur capacité d'introspection. L'alimentation court-circuite tout: elles mangent pour ne pas penser. Les questions relatives à l'image de soi, à son identité sont également abordées au cours de cette phase. Quand elles sont trop déprimées, car la perte de leurs habitudes alimentaires inadéquates peut être très éprouvante, on leur propose parfois des antidépresseurs de façon temporaire.

FS – Et quand ce travail est accompli?

N. R. – C'est là que tout commence... Les Américains prétendent que lorsqu'on a défait le comportement boulimique, tout est OK: on repart dans la vie avec une estime de soi suffisante... Possible. Mais je n'ai pas vu ça très fréquemment. Pour moi, c'est souvent le moment où se précise le besoin d'une thérapie individuelle...

Edwige Tendon

¹ Ph. Jeammet, *L'Anorexie mentale*, Encycl. méd. Paris, Psychiatrie 37350 A10 et A15 2-1984.

² Dr Begoña Pelanosa, psychiatre, médecin adjointe à la division de médecine psychosomatique et psychosociale, Clinique de psychiatrie II, IUPG, bd de la Cluse 51, 1205 Genève, tél. (022) 382 48 70 (traite plus particulièrement des cas d'anorexie).

³ Nicole Reverdin, psychologue, ancienne collaboratrice à la division de médecine psychosomatique et psychosociale, 9, rue Verdaine, 1204 Genève, tél. (022) 310 74 58 (traite plus particulièrement des cas de boulimie et d'alimentation compulsive).

⁴ Susie Orbach in *Maigrir sans Obsession*, Ed. Le Jour, 1984.

⁵ A. Crisp, N. Joughin, C. Halek et C. Bowyer, *L'Anorexie mentale et le Désir de Changement*, ISBM 2-9700037-0-8.

⁶ Renseignements auprès de la division de médecine psychosomatique et psychosociale, voir coordonnées ci-dessus.

⁷ M. Archinard et N. Reverdin in *Médecine et Hygiène*, N° 1853, 12.09.80.

Tu ne boiras pas!

Apprendre à dire et à se dire: premiers pas d'une thérapie face aux dépendances. Une clinique en Suisse alémanique fait œuvre de pionnière.

Le centre de réhabilitation Wysshölzli d'Herzogenbuchsee fête l'année dernière ses 100 ans. En 1892, Marie Sollberger ouvrit en effet dans la ferme de sa famille la première clinique de Suisse réservée aux femmes alcooliques.

La thérapie consistait en trois principes: abstinence, activité et alimentation saine. Il s'agissait d'occuper le corps et l'esprit des quelque vingt patientes d'alors. Ces dernières s'adonnaient aux tâches ménagères et au jardinage. Elles réalisaient aussi ce qu'on appelait les ouvrages de dames. Un moment de la journée était dévolu à la lecture de la Bible.

Marie Sollberger fit véritablement œuvre de pionnière. Les fondements de sa thérapie demeurent actuels. En 1918, à sa mort, l'Etat de Berne reprit l'établissement. De 1925 à 1971, il fut géré par des diaconesses. En 1971, Elisabeth Gordes-Gasser prit sa direction. Elle assouplit les règles en vigueur, introduisit de nouvelles thérapies et créa des équipes interdisciplinaires de thérapeutes. Aujourd'hui, une équipe de vingt personnes travaille dans l'établissement. «Ce sont en majorité des femmes», explique Elisabeth Schmidt, directrice du groupe thérapeutique, à l'exception d'un thérapeute, de l'administrateur et du jardinier. L'Institut de psychiatrie sociale de Berne met à disposition un psychiatre. Dernièrement, nous avons demandé que ce soit une femme. Il nous paraît important que le rôle de psychiatre ne soit pas toujours associé à un homme. De surcroît, l'écoute d'une femme est différente, plus intense peut être, car elle vit les mêmes dilemmes existentiels que les patientes.»

Toutes les huit semaines, un groupe de huit femmes commence la thérapie. Il parcourt ensemble ses diverses phases. La plupart des activités – excepté la gymnastique et la natation – se font en commun. Qu'il soit soudé ou conflictuel, le groupe demeure. Apprendre à vivre ensemble, à analyser ce qui enraie les engrenages de la communication fait aussi partie du concept.

La majorité des femmes sont dépendantes à la fois de l'alcool et des médicaments. Les dépendances uniques sont plutôt rares.

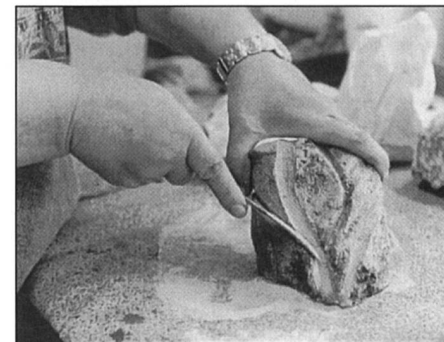
«La plupart des femmes ne se rendent pas compte qu'elles cumulent les dépendances. Elles boivent et elles prennent des médicaments pour dormir, pour se détendre, pour calmer leurs maux de tête. Les

femmes dépendantes des médicaments éprouvent souvent un sentiment de supériorité. Le médicament n'a pas d'odeur, il fait plus propre.»

Chaque phase dure huit semaines. Un horaire précis découpe les semaines en activités diverses, car un emploi du temps structuré aide à lutter contre les états de manque. La première phase est essentiellement celle de la détente et de la récupération physique et psychique. Il faut retrouver le contact perdu avec son corps en mouvement, se sentir vivre, reprendre confiance en soi. Les séances d'ergothérapie sont nombreuses. On travaille la glaise, le bois, les fibres, les matières naturelles.

Ce qui jaillit de soi

D'une phase plutôt intérieure, on passe à une étape ouverte vers l'extérieur et vers l'échange avec les autres. Dans les groupes, on tend à analyser les sources existentielles des dépendances, à mettre en lumière les difficultés, les échecs et les succès des stratégies personnelles. Peu à peu, les femmes découvrent que leur problème est essentiellement un problème de société et que leurs dépendances sont une réponse à des contextes sociaux. Peindre ce qui jaillit de soi, produire des sons et s'imprégner de musique fait aussi partie de cette étape.



Peindre ou modeler ce qui jaillit de soi: une stratégie existentielle.

(Photo archives Wysshölzli)

La troisième phase est celle de la structuration et de l'indépendance. Il n'y a plus d'ergothérapie. Les séances de thérapie s'espacent. C'est la marche vers l'autonomie et vers la recherche d'une voie nouvelle.