

# L'expérience boulimique

Catherine HABERT

*Gestalt-praticienne formée à l'EPG, en cours de 3<sup>ème</sup> cycle. Après vingt années d'une expérience professionnelle relativement diversifiée dans le champ du Travail Social, je m'engage progressivement dans celui de la Gestalt-thérapie, en individuel comme en groupe.*

## 1. INTRODUCTION \*

L'expérience boulimique fait figure dans un champ **L**Organisme/Environnement où ont partie prenante le niveau socio-économique, certaines injonctions de rôles et certains modèles de séduction sans cesse plus éloignés de la réalité des mensurations féminines.

Elle va autant révéler «l'être-tout-entier-tendu-vers» <sup>(1)</sup> qui la constitue à un moment donné, que permettre l'évitement de la prise de conscience de cet être-au-monde, et la dépression existentielle qui pourrait en résulter.

Je vous propose en premier lieu une définition du syndrome boulimique, suivie de quelques données épidémiologiques.

Cette définition sera complétée par une description gestaltiste de l'accès boulimique comme cycle expérientiel raccourci. Je m'intéresserai plus particulièrement, ici, à la forme avec vomissement provoqué, parfois nommée anorexie vomisseuse : d'abord parce qu'elle fut de mon propre être-au-monde, ensuite parce qu'elle est considérée par la majorité des auteurs d'un pronostic plus sévère et d'un traitement plus aléatoire.

*\* Exceptionnellement pour cet article, se reporter en page 61 pour consulter les notes.*

Je retracerai ensuite quelques hypothèses étiologiques de la boulimie, essentiellement à travers les regards de F. Perls et P. Goodman et certaines théories de la psychopathologie psychanalytique, puis montrerai que cette conduite n'est pas réductible à un comportement alimentaire.

Enfin, j'exposerai certaines des méthodes thérapeutiques actuellement proposées aux personnes présentant ce type de conduites alimentaires, et tenterai de mesurer la pertinence de la Gestalt-Thérapie dans ce contexte.

## 2. UNE DÉFINITION ET UN PEU D'ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon l'un des spécialistes français actuels de la question, P. Jeammet, la conduite boulimique peut être définie comme une contrainte à manger, de manière jugée excessive par le sujet, et évoluant par accès ou crises. Ces crises se déroulent d'un seul tenant une fois déclenchées, et peuvent se répéter en une fréquence très variable. Cette conduite peut être ou non associée à une anorexie mentale (boulimarexia), à une obésité, à une restriction alimentaire ou à des vomissements auto-induits <sup>(2a)</sup>.

Au niveau psychopathologique, la boulimie en tant que trouble comportemental répétitif, est comptée parmi les "addictions" <sup>(3)</sup>, avec les diverses toxicomanies exogènes, les sexualités addictives (l'autre comme objet d'addiction), etc... J'y reviendrai plus loin.

Les prémices de la boulimie apparaissent le plus souvent à l'âge de 17-18 ans, avec, au début de la puberté, une prise excessive de poids, une tendance au grignotage, et parfois une conduite anorexique <sup>(2a)</sup>.

Le syndrome dans sa forme complète se constitue plus tard, lors de la prise d'autonomie du jeune adulte, de ses premiers engagements ou échecs amoureux, et de sa confrontation à des injonctions parfois contradictoires massivement véhiculées par les médias : par exemple une femme "réussie" se doit d'être

à la fois accomplie professionnellement, désirable (autrement dit, mince) et fée du logis (bonne épouse, bonne mère...).

La boulimie peut constituer une sorte d'échappatoire à ces contraintes, au même titre que les toxicomanies médicamenteuses et les pratiques alcooliques qui l'accompagnent ou lui succèdent dans environ le tiers des cas, ou d'autres *agir* impulsifs (agressivité mal contrôlée, conduites suicidaires...) <sup>(2b)</sup>.

Le syndrome boulimique est une quasi exclusivité de nos sociétés à grande disponibilité alimentaire ; il est majoritairement mais non spécifiquement féminin. Il semble qu'il ait connu un net accroissement ces trente dernières années, ce qui lui a valu d'être reconnu comme entité clinique dans les années 70 <sup>(2a)</sup>. Il s'est développé parallèlement aux transformations des modes de vie, et semble plus spécialement lié aux trois suivantes :

- *Le déplacement de l'idéal du moi sur le corps*. Le culte de la performance et de l'apparence, la généralisation, voire la systématisation des régimes alimentaires, favorisent l'émergence d'une conduite boulimique, surtout chez les jeunes dont le modèle esthétique est incarné (inossé ?) par des "femmes-brindilles" au look anorexico-extra-terrestre. Des groupes "à risque" s'observent dans les populations étudiantes et les professions valorisant une certaine esthétique corporelle <sup>(4a)</sup>.

- *La destruction des conduites alimentaires*. Elles sont autant dues aux régimes aberrants et aux fluctuations erratiques de poids qu'entraîne cette obsession de la minceur, qu'à l'augmentation des "monoménages" : les mangeurs solitaires sont potentiellement menacés par le désordre alimentaire et les risques de dérapage du grignotage à la boulimie <sup>(4b)</sup>.

- *Les changements de rôles féminins et masculins*. Les troubles du comportement alimentaire seraient apparus massivement avec la première génération de femmes dont on attendait une vie très différente de celle de leur mère, plus proche socialement de celle du père. Ils prédomineraient largement chez les jeunes femmes appartenant aux niveaux socio-économiques les plus élevés <sup>(4a)</sup>.

Autant d'éléments donc, qui pourront participer de façon significative au champ Organisme/Environnement duquel émergera l'expérience boulimique.

### 3. L'ACCÈS BOULIMIQUE, CYCLE D'EXPÉRIENCE "RACCOURCI"

La crise boulimique elle-même (binge eating) peut être observée comme une Gestalt se déroulant sur fond de conduite boulimique.

Cet accès se vit la plupart du temps en cachette : le dégoût et la honte, liés à la perte d'une image acceptable de soi dans le regard des autres, en font partie avant, pendant, et après, ou seulement lors de l'aveu de celui-ci <sup>(2b)</sup>. Il arrive aussi que les accès soient utilisés comme provocation ou manipulation directe de l'entourage, ou que la personne soit amenée à ne plus les dissimuler du fait de l'évolution ancienne de ses troubles.

La crise se produit totalement indépendamment des repas, et fréquemment en fin de journée, après la tension du travail ou des cours. Elle se déroule généralement en plusieurs temps, mais d'un seul tenant et de façon très stéréotypée, quasi ritualisée pour chaque personne. Elle est brutale, impulsive, imprévisible la plupart du temps, déclenchée par n'importe quelle contrariété, bien que ce soit souvent le sentiment de solitude qui va la précipiter. Mais cela peut aussi se produire lorsque la personne ne s'y attend pas, lorsqu'elle est en plein sommeil ou en plein travail <sup>(5a)</sup>. L'accès peut aussi faire irruption après un repas ou suite à la consommation d'un aliment particulier : une sorte "d'emballlement" se produit, compromettant d'ailleurs la possibilité de s'alimenter normalement.

Toutefois, il n'est pas rare que la personne prépare son accès et achète voire cuisine de grandes quantités d'aliments en prévision.

Autant de préméditations, d'aménagements, d'automatismes qui peuvent participer à la durabilité de la conduite boulimique, à sa tendance à s'auto-entretenir et même à s'auto-renforcer.

Des durées de cinq à dix ans sont en effet courantes, et bien des formes de boulimie passent à la chronicité <sup>(2a)</sup>.

L'accès est précédé d'une période d'excitation : la montée d'une sensation envahissante, urgente, un état de frénésie incontrôlable décrit comme une vague impression de faim ou comme de l'angoisse, de l'irritabilité, un malaise <sup>(5b)</sup>.

La personne va traduire cette excitation en la nécessité impérieuse de se mettre à manger. Pourtant, elle sait qu'elle n'a pas faim, que la nourriture n'est pas ce qu'elle désire, que ce n'est pas non plus la gourmandise qui la stimule ; il existe toujours avant la ruée, aussi fugitif soit-il, un effort de dénégarion, de refus, comme un semblant de tentative de contrôle par le Moi. Mais le temps de *conscious awareness* sera violemment escamoté : la décharge de la tension en mode ça court-circuite la prise de conscience, interrompt la séquence de contact avec cette sorte de vide interne qui appelle, et la personne se "retrouve" en train de manger . Elle est en quelque sorte "agie" malgré elle.

C'est à ce niveau que B. Brusset rapproche l'accès boulimique du passage à l'acte du psychopathe, à cette différence que le premier est généralement anticipé, et que l'aspect agressif et autodestructeur n'implique pas la société et soi, mais le corps propre et soi <sup>(2b)</sup>.

La personne se retrouve donc en train de manger ou plus exactement en train d'ingurgiter, d'engloutir tout et n'importe quoi.

D'abord ce qu'elle aura éventuellement choisi, du sucré ou du salé, mais du dense, du riche, du consistant, du bourratif facile à engouffrer rapidement.

Puis, pêle-mêle, tout ce qui lui tombera sous la main : conserves pas même réchauffées, plats encore surgelés, plaque de beurre... Si c'est bon tant mieux, si c'est mauvais tant pis ; le besoin d'engloutir prime sur la recherche de goût, ce qui est mangé est en quelque sorte le contraire d'une nourriture : c'est un innommable, totalisant de 1200 à 15000 calories, pas

plus savoureux que sain, pas plus nutritif que nécessaire <sup>(5c)</sup>. Un innommable avalé à la hâte, voracement, sans mastiquer, la plupart du temps sans plaisir ou autre émotion particulière, et jusqu'à s'étouffer.

Comme le dit P. Jeammet, ce pur remplissage bafoue *"la cuisine, le bon goût, l'éducation, les mœurs apprises et même la recherche du plaisir, donc en rupture violente et paroxystique avec l'adaptation aux besoins biologiques, avec l'éthique et l'esthétique, les normes, les usages, les apprentissages, la dimension sociale et universelle du repas..."* <sup>(4d)</sup>.

Un remplissage pouvant durer entre quinze minutes et huit heures, selon le lieu, la proximité d'autrui, le temps disponible, et qui va se reproduire entre 1 et ...46 fois par semaine, régulièrement, ou par périodes de plusieurs mois ou semaines avec des intervalles libres de durée variable.

En ce qui concerne le cycle de l'expérience, une interruption du contact est repérable, nous l'avons vu, pendant la phase d'excitation. Pour P. Goodman *"si l'interruption se produit pendant l'excitation, le self introjecte, déplace son désir ou son appétit potentiels"* <sup>(6a)</sup>.

L'accès boulimique est d'ailleurs une sorte de caricature de l'introjection, où l'organisme "avale" quelque chose de l'environnement, sans goûter ni mâcher.

Mais cette façon d'engouffrer sans interruption les aliments disponibles, d'engloutir la nourriture solide comme si elle était liquide, évoque aussi ces temps d'absolue dépendance de l'enfant : alors qu'il n'avait qu'à jouer les "morsures crampon", se transformer en "pompe à vide" pour faire de la nourriture une douce confluence et satisfaire sa faim. Comme s'il y avait, à travers le remplissage boulimique, la quête d'une sensation physique sécurisante, proche du sentiment de sécurité procuré par l'état de confluence ; état propre à ces temps d'avant l'expérience de la frontière-contact, alors que la mère servait de contenant, tant physiquement que psychiquement.

Et il semble que ces aliments ainsi engouffrés ne soient effectivement qu'un moyen de prendre contact avec soi de l'intérieur,

de ressentir ses contours, ses limites, par une sorte *“d’invagination de la surface cutanée externe.”* P. Jeammet ajoute : *“l’objet nourriture passe ainsi de sa qualité de contenu à un rôle de contenant, où il devient l’objet qui supporte et soutient le sujet, qui se sent à la fois enveloppé par sa sensation de réplétion, et y puise un sentiment d’exister et de continuité qui lui fait par ailleurs défaut”* <sup>(4d)</sup>. Comme si la nourriture palliait un défaut d’awareness et de “contacting”, un défaut d’expérience de frontière-contact, et que le sentiment de sécurité procuré par cette confluence névrotique se substituait à l’expérience du contact. Comme s’il s’agissait de revenir à un état de non besoin qu’aucune nouvelle excitation ne pourrait venir détruire, et ainsi se protéger du sevrage, éviter le retrait.

Ce n’est d’ailleurs pas le retrait qui mettra fin au remplissage boulimique. L. Igoïn montre comment la tension demeure, malgré l’engloutissement des aliments, comment la satisfaction se trouve continuellement reportée, *“une bouchée en appelant une autre, encore et encore”* <sup>(5d)</sup>. La crise ne se termine que lorsqu’il n’y a plus rien à manger, ou si la personne est dérangée par un tiers ; mais surtout du fait de l’impossibilité physique de caser une bouchée de plus dans son tube digestif, lorsque la réplétion se fait enfin ressentir jusqu’à la douleur, le malaise, l’épuisement, l’impression d’étouffer ou d’éclater.

Ces signes physiques désagréables sont moins difficiles à supporter que le remords, le dégoût de soi, la culpabilité, l’autodépréciation, la honte, la conscience du caractère anormal de son comportement, la crainte de n’être jamais capable d’y mettre fin... Ce peut d’ailleurs être le moment des bonnes résolutions dont la personne s’autorise elle-même à peine à être dupe faute de n’avoir jamais pu les mettre en œuvre.

Le déroulement répétitif de la boulimie s’appuie en effet sur l’évacuation de l’acte : son amnésie (évacuation mentale par un sommeil de plomb, sans rêve) ou son annulation (évacuation corporelle par le vomissement) <sup>(4a)</sup>.

Au même titre que d’autres pratiques de non-assimilation des ingesta, le vomissement provoqué est lié au trouble de l’image

du corps, trouble quasiment toujours repérable chez une personne boulimique : distorsion, défauts de perception (incapacité à se voir d'un poids normal, voire inférieur à la normale), impressions de difformité ou de monstruosité souvent focalisées sur les caractéristiques corporelles féminines, difficultés à formuler des appréciations sur son esthétique en dehors du regard d'autrui... Toujours anticipé, souvent condition même du passage à l'acte, le vomissement va permettre d'éviter cette obésité tant redoutée, et participer à la clandestinité de la conduite, même si certains indices peuvent l'évoquer <sup>(8)</sup>.

S'il épargne un surcroît de travail au système digestif, le vomissement recrée le besoin alimentaire et donc le recours à un nouvel accès. De ce fait, dans certains cas ou à certains moments particulièrement dramatiques, l'alternance boulimie/vomissement peut totaliser jusqu'à vingt crises par jour <sup>(2b)</sup>... Les complications somatiques dues à ces conduites ne sont d'ailleurs pas rares ni anodines <sup>(9)</sup>, bien qu'il n'y ait pas de risque vital immédiat comme dans l'anorexie.

Comme le précise B. Brusset, le rejet par la boulimique de l'aliment ingéré et précédemment tant convoité, signale le refus de toute intériorisation, de toute assimilation : *"elle ne peut le garder et encore moins le faire sien, et s'il le devient, c'est malgré elle, à son corps défendant, et il demeure un corps étranger à tonalité persécutrice"* <sup>(2b)</sup>.

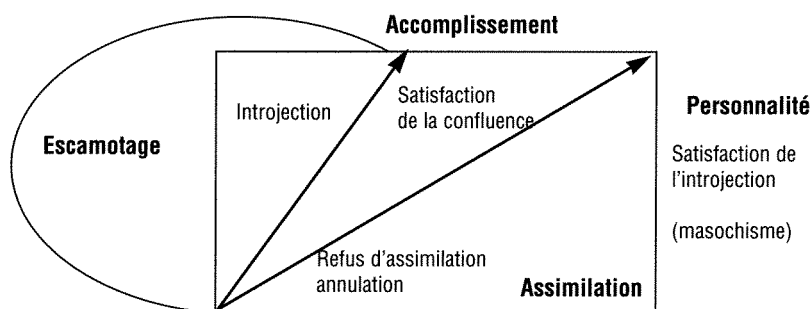
Il me semble qu'à travers cette incapacité ou ce refus ou cette peur d'assimiler la nourriture, se manifeste une faille du processus d'assimilation lui-même, en tant que fonction personnalité du self. J'imagine la possibilité de cycles expérientiels moins raccourcis chez la personne usagère de laxatifs (une certaine destruction, transformation de la nourriture subsiste néanmoins), comme chez celle pratiquant le jeûne ou l'exercice physique intensif (elle n'évite en rien le processus d'assimilation, mais en annule les conséquences pondérales). Cette réflexion rejoint les observations que faisait F. Perls sur l'impatience, l'avidité et l'incapacité à être satisfaites chez les personnes qui ne s'intéressent pas à la destruction de leurs aliments et sem-



blent exiger d'eux la gratification immédiate de leur faim : cette façon d'engloutir sans mâcher, sans faire l'effort de rendre les aliments assimilables par leur système digestif, ne leur apprendrait pas davantage à "mâcher les nourritures mentales" ni assimiler, comprendre le monde, ou y faire ses choix <sup>(7)</sup>.

Il est à noter que plus de la moitié des boulimiques repousse vivement et avec dégoût, l'idée même et la possibilité du vomissement <sup>(4a)</sup>.

En résumé de ce qui précède, le cycle expérientiel raccourci de l'accès boulimique pourrait être ainsi représenté (cf. C. Masquelier-Savatier d'après N. Salathé, revues Gestalt n°11 et 12) :



L'accès boulimique est ici considéré comme une introjection qui escamote l'awareness et l'orientation, avec passage direct du mode ça au mode moyen dans ce pseudo-accomplissement que serait la "satisfaction de la confluence". Il n'y a pas de retrait, mais annulation de l'expérience et recommencement. Les sentiments de profonde dévalorisation de soi qui marquent le passage du self en mode personnalité, semblent ainsi plus propices à renforcer la résistance, qu'à décider la personne à affronter la finalité de ce remplissage frénétique. Finalité qui serait selon B. Brusset "d'occulter le vécu du manque, du vide, de la douleur psychique, du trouble de l'identité" <sup>(4c)</sup>.

Pour Goodman, l'annulation qui suit l'introjection et permet le refoulement de la souffrance serait le masochisme : il signerait la satisfaction de l'introjection, point que je vais développer ci-après.

## 4. QUELQUES HYPOTHÈSES ÉTIOLOGIQUES

### **Approche gestaltiste**

A l'âge où l'enfant commence à faire l'expérience d'un non-soi, et à cliver son environnement en bon et mauvais selon la gratification ou la frustration de ses besoins, une frustration persistant au-delà du seuil supportable (une fois, plusieurs fois, ou régulièrement) peut, d'après Perls, "*l'amener à souffrir d'un traumatisme qui resurgira chaque fois que se produira une frustration réelle... L'objet désiré devient une "chose" inscrite dans sa mémoire*"<sup>(7)</sup>.

De même, l'impossibilité d'expérimenter le manque, donc le désir, peut aussi empêcher l'enfant de se développer dans la confiance en lui-même et en son environnement. Si la frustration doit être minime et toujours proportionnelle aux capacités de l'enfant, elle est nécessaire pour lui permettre de se mesurer à quelque chose.

La colère provoquée par ces situations de frustration, contient selon P. Goodman<sup>(6c)</sup> trois éléments agressifs :

- *La destruction*. C'est une fonction d'appétit, chaude et créatrice de plaisir, qui consiste à fragmenter un tout pour le rendre assimilable.
- *L'initiative*. C'est ce qui permet de passer de l'énergétisation à l'action. Elle peut se perdre dans la poursuite renouvelée de fins trop difficiles, ou être directement découragée par un environnement envahissant, jusqu'à ce que la peur ou l'impuissance fasse abandonner l'appétit.
- *L'annihilation*. Elle consiste à effacer de son champ l'objet dont l'existence est douloureuse, envahissante ou dangereuse.

Dans la mesure où aucun appétit ne la précède, la non-existence de l'objet ne sera ni un plaisir ni une satisfaction, tout juste un soulagement.

La chaleur de la colère provient *“de l'appétit et de l'initiative eux-mêmes”* ; mais *“à mesure que la nature frustrante de l'obstacle se fait manifeste, la tension devient douloureuse et, à l'appétit chaud et destructeur, s'ajoute la froide détermination d'annihiler”* <sup>(6f)</sup>.

Et lorsque l'enfant commence à se différencier, à constituer sa bonne et sa mauvaise mère en objet total et à prendre douloureusement conscience de son ambivalence, ce *“désir d'annihilation dans la colère éveille le sentiment de culpabilité envers les objets aimés difficiles”* : il ne peut se permettre d'anéantir cet objet dont il a besoin et *“qui est aussi douloureux et dangereux”* <sup>(6e)</sup>.

Dans la mesure où ni l'annihilation de l'objet ni la fuite ne sont possibles, il reste à l'enfant l'évitement de la conscientisation, jusqu'à ce qu'il soit capable de *“mettre en lumière quelles sont les propriétés de l'objet dont il a besoin et quelles sont celles qu'il veut rejeter, pour que le conflit, une fois étalé au grand jour, soit décidé ou enduré”* <sup>(6c)</sup>.

Ainsi, si l'enfant est autorisé à vivre son ambivalence et à user de son appétit destructeur, son awareness et ses capacités d'ajustement créateur vont pouvoir se développer : *“vivant ses agressions, l'organisme remplit toute sa peau si l'on peut dire, et contacte l'environnement sans dommage pour le self”* <sup>(6f)</sup>.

Au contraire, de l'inhibition de ces processus de destruction résultera l'introjection. P. Goodman conçoit deux destins à l'introjection : *“soit celui d'un élément douloureux au corps qui le vomit (un genre d'annihilation), soit que le self s'identifie partiellement avec elle, refoule la douleur et cherche à annihiler une partie de lui-même”* <sup>(6c)</sup>. Cette hostilité que le self exerce contre lui-même faute de pouvoir la déployer contre l'environnement, devient masochisme dans la mesure où elle est intériorisée.

Et la résignation, *“la pacification prématurée des conflits”*, est le seul recours qui reste à l'enfant encore trop dépendant. Son self va introjecter les normes de la personne à la fois trop aimée

et trop crainte pour que le conflit soit supportable, et l'énergie agressive sera ainsi rétrofléchie contre ses besoins. Ceci d'autant plus facilement que *"la partie la plus filiale et sociale de soi, qui représentait l'un des adversaires dans le conflit, peut s'allier avec l'autorité introjectée"* (6d).

Ainsi, il y a non seulement soulagement de la souffrance, mais aussi une énorme satisfaction tirée de l'identification à l'autorité victorieuse du conflit, bien que le self en soit la principale victime du fait de la réflexion permanente de l'agression. La satisfaction masochiste de l'introjection est cette autoconquête, cette autodestruction, à laquelle les bénéfiques narcissiques secondaires tirés de l'identification au vainqueur confèrent sa stabilité.

### **Approche psychanalytique**

D'après l'article de De Mijolla et Coll. (10) sur la psychopathologie des addictions (3), celles-ci seraient dues à un dysfonctionnement des processus nécessaires à l'instauration du principe de réalité et à l'instauration de l'activité de représentation. Or ce serait le principe de réalité et l'activité de représentation qui permettraient d'accepter l'absence de l'objet primaire, l'absence de l'objet qui avait autrefois apporté la satisfaction réelle.

Ce dysfonctionnement aurait lui-même pour causes des *"perturbations, véritables traumatismes précoces, parfois cumulatifs et peu élaborables psychiquement"*.

Pour Winnicott par exemple, les carences ou les excès dans la fonction de "holding" et de soins, pourront *"distordre le développement affectif primaire de l'infans"* (10). Une mère "suffisamment bonne" assurera un holding contenant, permettant à l'enfant d'en venir à *"avoir un intérieur et un extérieur et un schéma corporel"* : la fonction d'absorber et de rejeter va pouvoir prendre sens, une réalité psychique interne et personnelle pourra graduellement exister (12b).

La mère constitue pour l'enfant un environnement bien présent, mais lui laissant *"la possibilité de vivre ses expériences à*

*son contact*". Si elle représente un environnement extrêmement présent, par manque ou par excès, il ne reste à l'enfant aucune place pour l'expérience individuelle. Il peut ainsi être amené à vivre sa motricité "*en tant que réaction à l'empiétement*" et non pas comme champ d'expérimentations ; cela peut le conduire à un "*retrait vers le repos qui permet, seul, l'existence individuelle*" (14).

Négligence et trop d'amour peuvent avoir le même effet : la mère non "normalement dévouée" ne répond pas au mouvement de l'enfant mais lui substitue son propre mouvement. Mouvement qui n'aura de sens que par la soumission de l'enfant, dont "*l'individualité se développe comme une extension de l'environnement envahissant*" (14).

Pour d'autres auteurs, ces carences ou ces excès risquent de "*créer une difficile ou impossible étape d'individuation/séparation* (Malher), *de fomenter un état lacunaire à combler par une dépendance plus grande à l'objet primaire, et/ou d'organiser de véritables néo-besoins*" (10) (par exemple si la mère donne le sein en réponse à toute manifestation de son enfant).

L'investissement par trop nostalgique de l'objet primaire aurait du mal à être inhibé, et se ferait au détriment de l'investissement narcissique secondaire : faute d'internalisation, cet objet primaire puis ses substituts seraient toujours à chercher à l'extérieur. Parce que l'objet primaire n'a pas été constitué en objet perdu, l'addiction pourra être "*une forme de lutte contre la dépression anaclitique*" (10), un "*équivalent dépressif*" qui tenterait l'économie de la dépression liée à l'élaboration de l'ambivalence. C'est peut-être la raison pour laquelle les pathologies de l'alimentation sont décrites comme "*pathologie du deuil*", "*deuil impossible*", "*dépression indicible*" ou "*intolérance à la dépression*" (15b).

Pour d'autres auteurs tel Mc Dougall, l'addiction naît de l'en-trave à la construction de l'espace et de l'objet transitionnel (10).

Si la nourriture symbolise tout d'abord le premier lien à l'objet maternel, la crise boulimique apparaît comme "*une fusion des-*

*tructrice avec cet objet au travers de sa dévoration*".

Progressivement, le comportement perdrait sa valeur symbolique, le déplacement serait annulé, et l'objet réel nourriture deviendrait un *"non-objet fantasmatique"*.

Ainsi, dans la conduite boulimique, un *"court-circuit s'opèrerait dans le cycle : besoin, hallucination de la satisfaction, désir, absence de la satisfaction, apparition du principe de réalité ; le désir est gommé, c'est-à-dire, en définitive, le désir d'un autre, reconnu dans son existence"* <sup>(15e)</sup>.

La constitution d'un objet addictif, avec ses caractéristiques d'être immédiatement à portée de main et maîtrisable car réel, s'inscrirait dans cette annulation du désir, et signerait *"l'échec de la constitution d'un objet interne rassurant"* <sup>(15e)</sup>.

L'on rejoint ainsi la problématique de la relation d'objet narcissique : l'autre ne peut se voir accorder un statut réel, et la personne elle-même ne peut se vivre comme sujet autonome.

D'ailleurs, même si la plupart des auteurs reconnaissent une grande hétérogénéité dans les personnalités des boulimiques, on rapproche souvent celles-ci *"des états limites et des structures narcissiques"*. Dans ces pathologies narcissiques, on rencontrerait fréquemment *"des mères déprimées, ou ayant été déprimées dans la petite enfance de leur fille. Dès lors l'enfant, puis l'adolescente, n'a pu se séparer de sa mère ; ç'eut été la vider encore plus, elle qui ne vivait qu'au travers d'un investissement narcissique de son enfant"* <sup>(15a)</sup>. L'une complète le vide de l'autre.

L'objet d'addiction peut être compris comme le glissement de l'objet du besoin vers l'objet du désir, et l'innommable nourriture de la boulimique serait un substitut de l'objet primaire, à la fois nécessaire et non comblant. *"Cette approche confronte l'addiction à la lacune, au manque, au vide à combler, véritable besoin existentiel immodéré, qu'il soit alimentaire, alcoolique ou toxicomaniaque"* <sup>(10)</sup>.

## 5. L'ÊTRE-TOUT-ENTIER-TENDU-VERS... QUOI ?

Les lignes qui précèdent nous permettent d'imaginer quels champs Organisme/Environnement ont pu être fertiles à l'élaboration des résistances susceptibles de faire ultérieurement figure en expérience boulimique.

Nous pouvons en tous les cas supposer un environnement premier très ou trop présent, que ce soit par l'excès ou le manque d'amour. Faute de pouvoir y exprimer ses agressions, la personne aura fini par les rétrofléchir et par introjecter les valeurs, normes, interdits de cet environnement. Enfin, elle aura trouvé suffisamment de bénéfiques narcissiques secondaires dans cette introjection pour supporter et entretenir un mode d'être-au-monde renonçant à toute destruction de l'environnement, à toute assimilation, donc à sa frontière-contact et à sa croissance.

Nous pouvons imaginer que tout ce processus est remis en scène à l'adolescence, au moment où les transformations de la puberté mettent en quelque sorte cette auto-conquête en échec. Peut-être est-ce d'ailleurs la raison pour laquelle le corps lui-même devient objet à conquérir, à maîtriser, à *conformer* à on ne sait quel idéal jamais atteint ?

Nous pouvons aussi imaginer l'être-au-monde de cette personne devenue adulte : continuant à introjecter son environnement, l'avalant tout crû et tout cru sans l'avoir passé au crible de ses désirs ni de son esprit critique, et le régurgitant, le recrachant tel quel, sans l'avoir assimilé, sans l'avoir fait sien. Nous pouvons imaginer son besoin de se sentir contenue par l'environnement, de chercher à travers cette confluence un sentiment d'exister et de s'y cramponner. Elle peut éventuellement confondre ce besoin et l'amour. Elle peut aussi considérer l'amour comme un dû, vu le prix payé à l'auto-conquête permanente...

Chaque situation de frustration réelle ou d'abandon ou de peur de cet abandon, chaque circonstance ébranlant son nar-

cissisme fragile, peut annihiler la satisfaction masochiste de la personne et rendre moins supportable l'introjection. Et le conflit prématurément pacifié peut, à ce moment là, refaire figure.

L'accès boulimique pourrait être un moyen, reproductible à merci, d'éviter le contact avec ce mélange d'angoisse, de souffrance et de désir d'annihilation tout juste maîtrisé dans l'auto-conquête ; un moyen de retrouver la sécurité procurée par l'état de confluence, de revenir en amont de cette Gestalt séparation/individuation restée inachevée. Sont ainsi évitées la prise de conscience du prix existentiel de cette auto-conquête, la mise à nu de la dépendance, de la faille narcissique, de l'incapacité de faire avec le manque, avec le deuil.

Peu à peu, la nourriture, l'obsédante et innommable nourriture, cette "cochonnerie" tant méprisée et que l'on se méprise de tant dévorer, la nourriture finit par prendre tout le temps, une grande partie des revenus, et toute la place... Tel est sans doute l'effet recherché d'ailleurs : que la nourriture prenne toute la place. Et si ce n'est elle, c'est la boulimie, cette figure de substitution, qui apparaîtra comme seul objet de préoccupation.

Ainsi se constitue un cercle vicieux : si dans un certain contexte, le sentiment de solitude et ses causes profondes participent à générer la conduite boulimique, celle-ci tend progressivement à renforcer l'isolement, lequel "cautionne" ou motive les accès, etc.... L'accès boulimique sera de surcroît souvent utilisé pour fuir la douleur dépressive consécutive à l'accès boulimique.

P. Jeammet souligne combien des états dépressifs d'ampleur et de durée variables sont toujours repérables à un moment ou un autre de l'évolution d'une boulimie, au point où une ou plusieurs tentatives de suicide peuvent l'émailler <sup>(2a)</sup>. Les désordres biologiques causés par le mauvais état nutritionnel de l'organisme ne sont d'ailleurs pas innocents dans ces états dépressifs ; ils participent aussi à l'auto-entretien de la conduite à travers les modifications psychiques et comportementales qu'ils induisent. Ainsi, la boulimie est-elle au moins autant dévorée par la nourriture qu'elle ne la dévore.



L'obsession de l'image du corps, souvent déformée, dévalorisée, surdimensionnée, est le corollaire de l'obsession de la nourriture. Comme si le corps, jamais assez enfantin, jamais assez impubère, jamais assez satisfaisant, endossait la responsabilité de la souffrance et de l'indignité d'être aimé.

C. Couvreur montre comment les relations vivantes font peu à peu place aux relations d'emprise, comment la quête de sensations se substitue aux émotions : *“aux échanges relationnels vivants, diversifiés, potentiellement conflictuels, ouverts aux changements et à la découverte, se substitue le repli sur soi et sur des objets de substitution (la drogue, l'aliment, la préoccupation dysmorphophobique, le symptôme, ...) qui ont en commun de se prêter à une relation de maîtrise”* <sup>(4b)</sup>.

M.Sanchez-Cardenas repère une possible “boulimisation” de l'existence, à travers un investissement massif au niveau professionnel, une pratique intensive du sport, ou encore une façon de “gobier” puis de “vomir” les relations amicales, sexuelles, psychothérapeutiques. La fragilité narcissique de la personne boulimique va effectivement de pair avec une certaine avidité relationnelle, et elle annule les liens aussi promptement qu'elle les établit <sup>(15e)</sup>.

Pour L. Igoïn, la boulimie peut être un symptôme de défense contre la sexualité : l'expérience de la plénitude de l'orgasme est en quelque sorte déléguée à l'accès boulimique, *“le refoulement induisant un déplacement vers le haut”*. Parfois, elle observe au contraire une boulimie de relations sexuelles, décrites à l'image des crises : autant d'actions machinales ne procurant aucun plaisir, ou un plaisir d'organe. *“De sorte qu'en fin de compte, la masturbation, la boulimie et le coït reviennent à des activités apparemment équivalentes”* <sup>(5f)</sup>.

Il semble donc bien que l'expérience boulimique, cette *“création ratée”*, pourrait-on dire en écho à J.M. Robine <sup>(11)</sup>, loin d'être un simple trouble comportemental, exprime quelque chose de *l'être-tout-entier-tendu-vers* qui la constitue.

## 6. APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

Je m'inspire ici largement du travail de M. Sanchez-Cardenas<sup>(15)</sup>. Il s'y réfère à son expérience clinique (Nantes) ainsi qu'à celles d'autres psychiatres spécialistes des troubles du comportement alimentaire (Jeammet et Samuel-Lajeunesse à Paris, Leichner à Montréal...)

### ***Les techniques thérapeutiques comportementales et cognitives***

Il semble que ces techniques se soient beaucoup développées ces dernières années dans leur application à la boulimie. La raison en est peut-être la fréquence avec laquelle les personnes présentant un syndrome boulimique, formulent une demande de traitement directement axée sur leur comportement (à l'inverse des personnes souffrant d'anorexie)<sup>(15c)</sup>.

Parmi ces techniques, nous pouvons citer :

- *Celle de Fairburn*, pionnier de cette application, qui propose un **programme en trois temps** :
  - Le premier, d'inspiration surtout comportementale, vise à restituer à la personne boulimique un certain contrôle sur sa façon de se nourrir.
  - Le deuxième, d'orientation plus cognitive, vise l'identification et la modification des pensées, des croyances et des valeurs entretenant le trouble alimentaire. Il semble en effet que les pré-occupations corporelles gagnent le psychisme "en tâche d'huile" : autour du postulat "la minceur est le critère de toute réussite", se réorganiserait un certain style cognitif, pétri de distorsions (surgénéralisations, amplifications de la signification d'événements non désirables, pensée dichotomique, interprétation égocentrique d'événements impersonnels, pensée superstitieuse supposant une relation de cause à effet entre événements non liés, etc....). Ce sont ces distorsions qui constituent la cible du traitement cognitif.

- Le troisième temps du programme a pour but le maintien des acquis des temps précédents : les risques de rechute ultérieure, et les stratégies à adopter en de tels cas, font partie des informations fournies.

- *L'approche nutritionnelle psycho-éducative.*

De nombreux praticiens estiment indispensable de l'intégrer (en individuel ou en groupe) à toute stratégie thérapeutique, dans la mesure où la personne boulimique ne sait plus ce que sont les besoins physiologiques et les mensurations d'un corps normal, ni une nutrition adaptée.

De plus, l'arrêt des laxatifs ou des vomissements peut provoquer une prise pondérale de plusieurs kilos (rétention hydrique), qui s'ajoutera à un gain lipidique particulièrement rapide au début de la reprise d'une alimentation normale. Ce gain lipidique, stocké au ventre, aux cuisses et aux fesses, mettra plusieurs mois à se résorber car la masse musculaire se reconstitue lentement. Si la personne boulimique, jusqu'alors centrée sur sa phobie pondérale, n'a pas été informée de ces modifications, elle peut s'affoler et se reprécipiter vers ses conduites de purge.

En plus de ces aspects informatifs et "rééducatifs", cette approche nutritionnelle psycho-éducative propose des "recommandations", pour les moments où la personne serait tentée de succomber à un accès boulimique (techniques de digression, de report dans le temps... ) : en tous les cas la rechute est envisagée, de façon à ce que la portée n'en soit pas exagérée. Sinon, il est fréquent de voir les personnes ayant rechuté "se remettre à fuir dans leur symptôme et à rompre tout contact, dans un mouvement où elles s'autodéprécient et se jugent indignes d'être à nouveau aidées" (15e).

- *Certaines thérapies travaillant sur l'image du corps.*

Par exemple, Leichner, à Montréal, utilise des techniques de vidéo, de photographies et de comparaison de prises de vues. Il peut notamment filmer la personne boulimique en maillot de bain et en compagnie d'une amie dont elle juge les proportions

satisfaisantes. Ce type de travail de confrontation de l'image corporelle à la réalité, bien qu'intensément redouté, commencerait à en modifier la perception dans un sens plus favorable.

### ***L'approche psychanalytique***

#### ***• Les thérapies analytiques.***

Elles auraient longtemps été considérées comme non pertinentes pour les troubles du comportement alimentaire, jusqu'à ce qu'elles s'adaptent *"aux structures borderline ou narcissiques dont participent nombre de ces patientes"* <sup>(15b)</sup>.

En effet, souvent posée en termes de "tout, tout de suite", la demande d'aide *"laisse transparaître l'oralité dévorante"*, comme si la personne boulimique était tentée *"de s'en remettre complètement au bon vouloir d'un autre provisoirement idéalisé"* <sup>(15e)</sup>. Idéalisation provisoire, car dès que l'objet se met à exister, il risque d'être envahissant, dangereux : de son idéalisation, on passe alors à sa déchéance. Lorsque la relation d'objet narcissique est remise en cause, les défenses archaïques (déli, clivage, identification projective...) peuvent apparaître et la personne peut opérer différents passages à l'acte (rechute symptomatique, tentative de suicide, arrêt brutal de la thérapie...).

Il serait alors préjudiciable que le thérapeute adopte une attitude de retrait, car *"dans ces pathologies qui gravitent autour de l'adolescence"*, cette attitude ne ferait que renforcer le retrait de la personne *"en une collusion de la réalité externe et de la réalité interne"*.

La nécessité d'une qualité de présence réelle du thérapeute pendant les séances, d'une relation soutenante mais non intrusive, est d'ailleurs soulignée. Il importe que le thérapeute renforce et soutienne l'engagement de sa cliente, même si cet engagement a été exprimé de façon ambivalente ou fugitive. Les interprétations imprévisibles, ou susceptibles d'être blessantes au plan narcissique seraient à éviter ; elles devraient *"tout d'abord rester au plus près du moi"*, et resituer le sujet

dans son sentiment d'existence propre et dans sa reconnaissance par un autre.

Travailler les conflits d'ordre narcissique s'avérerait en tous les cas indispensable, pour espérer que la thérapie aille "vers un travail plus subtil portant sur les identifications" et les relations d'objet <sup>(15b)</sup>.

- *Le psychodrame analytique.*

Outre l'extériorisation des conflits et leur mise à distance, il autorise la personne boulimique à jouer plus librement avec ses investissements.

Il permettrait aussi aux thérapeutes de "soutenir plus facilement un transfert qui les place parfois en position d'appendice méprisable d'un patient omnipotent et omniscient, et de mieux moduler leur propre contre-transfert" <sup>(15b)</sup>.

## **Les groupes de boulimiques**

Animés par des thérapeutes, ces groupes permettraient eux aussi une certaine "dilution" du transfert, ainsi rendu plus supportable.

De plus, au début ou avant une prise en charge thérapeutique à proprement parler, ils peuvent donner aux personnes boulimiques l'occasion de prendre conscience de leur trouble, de rompre leur isolement face à leur problème et de mûrir une demande de thérapie.

Enfin, au fil du temps, "le groupe instaure sa propre dynamique et ses facteurs thérapeutiques" <sup>(15e)</sup>.

## **Et la Gestalt-thérapie ?**

L'attitude thérapeutique gestaltiste ne se fonde certes pas sur des hypothèses étiologiques, ni sur des modèles psychopathologiques, ni sur les stratégies thérapeutiques qui s'y réfèrent. De ce fait, choisir d'examiner la pertinence de la Gestalt-thérapie face à l'expérience boulimique, à travers les constats et pratiques que je viens d'exposer, est fort contestable. Les

réflexions de ceux d'entre vous ayant l'expérience clinique qui me manque en la matière, seront d'ailleurs bienvenues.

Ainsi, au regard des observations faites par des praticiens spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire (et dont l'approche thérapeutique n'est pas gestaltiste), la Gestalt-thérapie présente des atouts certains dans l'aide aux personnes constituant ou ayant constitué un syndrome boulimique ; notamment pour celles dont le self est défaillant à la frontière-contact.

On peut par exemple, souligner la pertinence de la présence fortement investie du Gestalt-thérapeute, dans un cadre contenant. Il s'implique de façon contrôlée, accompagne sans imposer, respecte sans être dans le retrait "neutre" ni l'acceptation inconditionnelle.

L'incessant travail de développement et de renforcement de l'awareness et de l'assertivité, de valorisation de l'agressivité vitale semble aussi tout à fait pertinent. Bien des distorsions cognitives pourront être observées, explorées, confrontées, grâce à l'analyse constante, non interprétative, de "ce qui se passe" maintenant à la frontière-contact, dans "l'entre-deux" avec le client.

Tout aussi pertinente est la possibilité de travail en groupe qu'offre la Gestalt-thérapie. Dans ce cadre protégé et protecteur, la personne boulimique pourra bénéficier de la "dilution du transfert" dont l'intérêt a déjà été souligné, traverser la honte et sortir de la clandestinité, confronter son image corporelle aux regards et aux corps des autres, prendre conscience de sa façon de "boulimiser" les relations, mais aussi expérimenter d'autres façons "d'être avec", etc.....

### ***Des traitements multidimensionnels***

En fait, compte tenu de la complexité des troubles boulimiques, M. Sanchez-Cardenas estime nécessaire de leur appliquer des traitements multidimensionnels, c'est-à-dire conjuguant ces pratiques aux bases théoriques très différentes.

Il semble que l'important soit surtout la façon d'articuler ces stratégies entre elles :

- Un premier temps devrait être considéré comme symptomatique : car sans rupture du cercle vicieux physio-psycho-pathologique, sans interruption de l'auto-entretien des symptômes, la démarche thérapeutique semble tout à fait improbable.

- Ensuite, dans la mesure où *"le symptôme a souvent eu le temps d'opérer tout un travail de déliaisons qui prive la patiente de la capacité à jeter un regard introspectif sur elle-même"* (15g), il importerait de l'aider à nommer : nommer ses sensations, ses affects, ses moments dépressifs, ses sentiments de plaisir... Elle pourra ainsi peu à peu découvrir la dimension psychologique qui s'exprime à travers la conduite boulimique.

Non seulement cela contribuerait à sceller une alliance thérapeutique, mais cela amènerait la personne à *"recommencer à reprendre le contrôle d'elle-même"* et ainsi à s'engager dans sa démarche thérapeutique. Ceci s'avère essentiel dans la relation d'objet narcissique du fait d'un *"vécu d'emprise aliénante"* (15f).

- Toute cette préparation serait la condition d'un engagement authentique dans le travail thérapeutique.

M. Sanchez-Cardenas conseille une prise en charge "bifocale" : psychothérapeutique d'un côté, et l'ensemble des autres traitements coordonnés par un autre thérapeute. Un peu comme cela est préconisé pour les personnes ayant un problème d'éthylisme ou de toxicomanie. On parle d'ailleurs de la boulimie comme d'une toxicomanie sans drogue, du moins sans drogue exogène : les troubles alimentaires amèneraient en effet la production intracérébrale de substances opioïdes d'effet morphinique (4b).

## 7. CONCLUSION

En conclusion, j'ai surtout envie de partager la réflexion qui s'est imposée à moi au cours de ce travail d'écriture : si le trouble alimentaire ne fait plus depuis longtemps figure dans

mon champ Organisme/Environnement, quelque chose d'un être-au-monde boulimique a transparu dans la forme de cet article.

On parle souvent de moutures successives, pour évoquer le processus d'affinage d'un écrit jusqu'à une version acceptable. Les moutures évoquent la réduction de grains de céréales en farine de plus en plus fine. Pour garder la métaphore culinaire, je dirais qu'il s'est agi davantage ici de moulinages, lesquels se réfèrent à l'écrasement d'aliments en purées plus ou moins lisses, voire de hachages, où l'on se contente de couper en petits morceaux.

Il m'a fallu apprendre à ouvrir les guillemets d'un nombre conséquent de citations, de façon à en extraire le suc et le mêler au reste, le faire mien. Il m'a fallu renoncer aux phrases denses et bourratives, conglomérat de mots et d'idées régurgitées, confiés à l'assimilation d'un lecteur plus ou moins en apnée. Il m'a fallu revoir l'oralité du style, etc...

Ainsi, cet article est autant produit d'une assimilation qu'expérience du processus d'assimilation.

Et se confirme pour moi à l'évidence à quel point le processus est plus révélateur que le contenu, à quel point le fond donne son sens à la forme, à quel point l'originalité de notre être-au-monde est aussi faite de nos failles.

### **Résumé**

*Cet article veut rendre compte de l'expérience boulimique comme manifestation d'un être-au-monde dont le self est défaillant à la frontière-contact ; parmi ces manifestations est décrit l'accès alimentaire, cycle expérientiel raccourci.*

*Il évoque différentes approches thérapeutiques de la boulimie, et insiste sur la nécessité d'un traitement symptomatique connexe.*



## NOTES

(1) BLAIZE, J. *Introduction à une approche phénoménologique du corps en Gestalt-thérapie*, Revue Gestalt n°3, Automne 1992.

(2) Revue du Praticien n°5, 16 février 1989, La Monographie, *Troubles du comportement alimentaire*.

a) JEAMMET, P. *Les conduites boulimiques*.

b) BRUSSET, B. *Troubles du comportement alimentaire*.

(3) Addiction signifiait "se donner" en vieux français, et parlait des "contraintes par corps" imposées aux débiteurs incapables d'honorer autrement leurs dettes.

(4) S/d BRUSSET, B. et COUVREUR, C. *La boulimie*, monographies de la Revue Française de Psychanalyse, PUF, 1991, 2ème éd. 1992.

a) VINDREAU, C. *La boulimie dans la clinique psychiatrique*.

b) COUVREUR, C. *Sources historiques et perspectives contemporaines*.

c) BRUSSET, B. *Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique*.

d) JEAMMET, P. *Dysrégulations narcissiques et objectales*.

(5) IGOIN, L. *La boulimie et son infortune*, PUF, 1989

a) p.104 ; b) p.27 ; c) p.53 ; d) p.72 ; e) p.123 f) p.75.

(6) PERLS, F. HEFFERLINE, R. et GOODMAN, P. 1951, *Gestalt-thérapie, vers une théorie du self, nouveauté, excitation et croissance*, Stanké, Trad. 1979.

a) p.272 et 273 ; b) p.217 ; c) p.143 ; d) p.167 e) p.142 f) p.145

(7) PERLS, F. *Le Moi, la faim et l'agressivité*, Tchou, 1942.

(8) Complications dentaires, hypertrophie parotidienne bilatérale, stomatite et périostomatite, lésions par frottement dentaire au niveau des phalanges, ...

(9) Troubles métaboliques comme l'hypokaliémie et l'alcalose, atteintes rénales, troubles du cycle menstruel, hypertrophie des parotides, ulcérations parfois hémorragiques des voies digestives hautes, dilatation aiguë de l'estomac... Usure de l'émail des dents par les sucs digestifs.

(10) S/d DE MIJOLLA, A. et DE MIJOLLA-MELLOR, S. *La psychopathologie psychanalytique; psychopathologie des addictions*, in Psychanalyse, PUF, 1996.

(11) ROBINE, JM. *Une esthétique de la psychothérapie*, in la Gestalt en tant que psychothérapie, Actes des journées d'étude de Bordeaux, 1984, 2<sup>ème</sup> ed. 1986.

(12) CLANCIER, A. et KALMANOVITCH, J. *Le paradoxe de Winnicott*, Payot, 1984.

a) p.34 ; b) p.27.

(14) DELACROIX, J.M. *De la psychanalyse selon Winnicott à la psychothérapie gestaltiste*, in la Gestalt en tant que psychothérapie, Actes des journées d'étude de Bordeaux, 1984, 2<sup>ème</sup> ed. 1986.

(15) SANCHEZ-CARDENAS, M. *Le comportement boulimique*, Ed. Masson, 1990.

a) p.40 et 41 ; b) p.81 à 85 ; c) p.13 ; d) p.91 ; e) p.103 et 104 ; f) p.74 et 7.

## BIBLIOGRAPHIE

DE CASTILLA Denise et BASTIN Christiane, *La boulimie, mieux se connaître pour en guérir*. Ed. Laffont, Paris, 1988, 202 pages.

IGOIN Laurence, 1979, Paris, *La boulimie et son infortune*. PUF, Paris, 1989, 150 pages.

LAXENAIRE M., *La nourriture, la société et le médecin*. Ed. Masson, Paris, 1983, 153 pages.

MELKONIAN Martin, *De la boulimie et de la privation*. Ed. Armand Colin, Paris, 1993, 135 pages.

PASINI Willy, 1994, Milan, *Nourriture et amour*. Ed. Payot, Paris, 1994, 296 pages.

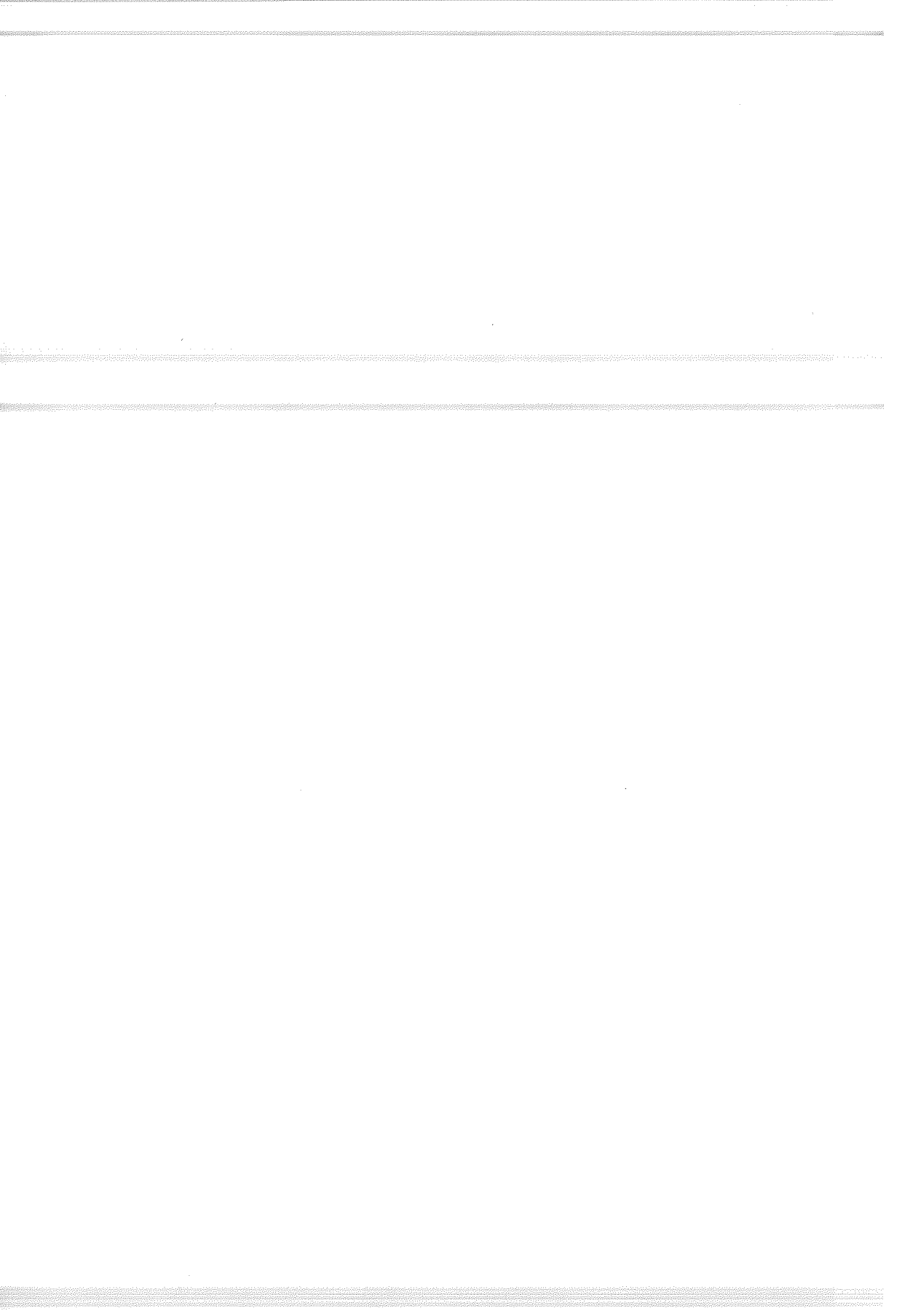
PERLS, F., (1942, Durban), "*Le Moi, la faim et l'agressivité*", Ed. Tchou, 1978, 334 pages.

PERLS, F. HEFFERLINE, R. et GOODMAN, P., 1951, New York, "*Gestalt-Thérapie, vers une théorie du self, nouveauté, excitation et croissance*". Ed. Stanké, Montréal, 1979, Tome 1, 290 pages.

ROTH Geneen, 1991, USA, *Lorsque manger remplace aimer*. Ed. de L'Homme, Stanké, 1991, 232 pages.

SANCHEZ-CARDENAS Michel, *Le comportement boulimique*. Ed. Masson, Paris, 1990, 107 pages.

HABERT Catherine, 1994, mémoire 2<sup>ème</sup> cycle EPG, *D'un "je" sans frontière à la faim de bœuf*, Document EPG n°12, 1998, 47 pages.



*Il faut savoir capter  
la lumière-autre  
venue de loin  
savoir la transmettre  
la restituer  
à ceux qui ont faim*

D.Sibony, cité par M.F. Bonicel

*" Je sens, j'interroge  
le morceau de pierre  
Quel est l'être  
qui est à l'intérieur ?  
En la caressant  
en tournant autour d'elle  
elle prend confiance  
et se dévoile...  
je suis là pour l'aider,  
l'accompagner  
comme un acte d'amour  
avec réciprocité "*

« Femme en spirale »



