



Mon incarnation me permet d'être en interaction avec le monde, ce qui m'occasionne des sensations. Par là même, je me sens vivant, présent, et qui plus est, je suis à même d'en prendre conscience.

Personnellement, je ne m'en lasse pas. Vivre, c'est épatant. Aujourd'hui, par exemple, j'ai un peu mal au dos et je me tiens tout tordu. Eh bien, lorsque je le vois, ce mal de dos, comme un rappel de ma condition d'être incarné, je le trouve acceptable, voire réjouissant. J'explore ma douleur, j'en repère les saillies, et je me dis que ce mal de dos est mieux que rien, ce rien du néant qui, à un moment ou un autre, m'aspirera, comme il se doit.

Oserais-je faire le rapprochement avec le corps gros qui nous occupe tant ? Ce corps peu conforme, si difficilement aimable ? Et si, finalement, aimer son corps n'était pas le point crucial ? Si l'important était plutôt de le reconnaître comme objet de son incarnation ? C'est par ce corps-là que j'existe, et tel est l'objet de ma re-connaissance.

Bon, me direz-vous, et tous ces stéréotypes, ces discours à plume et à poil qui l'inondent, ce corps ? Discours sociaux et médicaux d'appel à la conformité, jugements à l'emporte-pièce, verbalisations de soignants

empêtrés de mots ? Bah, laissons les crapauds baver tandis que la caravane passe.

Nos Rencontres 2012 m'ont rappelé à quel point les discours sur le corps sont insignifiants, à quel point les thérapies purement verbales manquent de corps. Mon corps n'est pas non plus un objet dont il suffirait de contrôler les entrées et les sorties, ou qu'on sculpterait à son gré. Non, mon corps est ma maison, et demande à être habité. Mon corps demande à vivre : telle doit être sa thérapie, et cela, il me semble, a été largement démontré durant cette journée et demi.

Quelle que soit la forme de mon incarnation a prise, son aspect extérieur, quels que soient les sensations, émotions, pensées, agréables ou désagréables qui m'habitent, c'est par ce corps que je suis au monde, que je me frotte aux autres, que je ressens, que je pense, que j'agis, que je m'engage dans des actions qui, à mes yeux, en valent la peine, qui font la richesse de ma vie. La souffrance qui découle de cela, oui, je l'accepte car elle fait corps avec ma vie.

Bon, quoi qu'il en soit, je vais tout de même prendre une ou deux aspirines. Bonne année à tous !

Gérard Apfeldorfer

Sommaire

GROSInfo numéro 9

Directrice de rédaction : Sabrina JULIEN

Rédacteur en chef : Gérard APFELDORFER

Sculptures de la photographie : Elisa LEJARS



Le congrès vu par ...

Le président du congrès	page 3
Les présidents du GROS	page 4
La vice-présidente du GROS	page 5

Incarner l'être

Vignette clinique: Victor et le mal de mère, Vincent Dodin	page 6
--	--------

Activer son corps

Edouard Rodriguez	page 7
-------------------	--------

Au commencement était le corps

La contenance psychique, vignette clinique, Antoine Ducret	page 9
L'image du corps, vignette clinique, Eric Pireyre	page 11

Minceur et stigmatisation

Sylvie Benkemoun	page 13
------------------	---------

Clinique du corps

L'homme est-il en train de devenir une femme comme les autres ? Sophie Cheval	page 14
---	---------

Le congrès vu par ...

Le président du congrès, Pierre Dalarun

Le pari était audacieux, faire le grand écart entre l'anorexie et l'obésité, en rassemblant ces problématiques, apparemment opposées, autour d'un même thème : le corps.

Dans les deux cas, la plainte de nos patientes est d'être victimes d'un excès de corps, réel ou imaginaire, leur difficulté commune étant d'habiter le corps qu'elles ont, de l'accepter.

Chacun aura son opinion sur la qualité des débats et des échanges. Pour ma part, mon impression globale est positive.

L'une de mes satisfactions est d'avoir mis en contact des personnes qui d'habitude ne se rencontrent jamais dans les colloques ou les congrès, chacun étant confiné dans sa spécialité, dans son champ d'application.

Je ne passerai pas en revue chaque atelier et chaque intervention mais voici ce que j'ai retenu :

1- Notre marge de manœuvre est étroite quand il s'agit d'aider les personnes en difficulté avec le poids et le volume de leur corps.

2- Ces problématiques s'originent souvent dans les interactions précoces et sont de ce fait difficiles à traiter.

3- Le constat précédant nous invite en tant que thérapeutes à avoir une attitude contenante, sans tomber dans le nursing ou la séduction, sans non plus disqualifier la mère de nos patientes.

4- Nous sommes tous victimes de stéréotypes, les obèses en particulier, et les stéréotypes ont la vie dure.

5- L'activité physique est un élément important de la stabilité pondérale, mais l'individu est extrêmement dépendant de son environnement pour l'inciter à bouger.

6- La voie de l'acceptation est finalement la seule issue pour améliorer son existence, sans pour autant modifier son poids dans les proportions espérées.

L'acceptation n'étant pas la résignation mais pouvant le suggérer, je préfère l'idée d'accueil de soi.

L'accueil de soi, c'est accueillir son corps à chaque instant, dans ses éprouvés physiques et émotionnels, c'est arrêter de ruminer le passé et d'anticiper l'avenir, c'est modifier la perception que l'on a de soi et du monde.

Le point de départ d'une évolution possible, y compris sur le poids du corps, passe par cet accueil de soi.

Il s'agit donc de déposer les armes et de se poser soi, d'écouter, d'observer, de changer de focale, car l'élément catalyseur d'un changement possible n'est pas l'action mais la perception.

La question n'est pas « Qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » mais « Qu'est-ce que je ressens là, maintenant ? ».

Qu'elles soient corporelles, cognitives ou psychodynamiques, toutes les approches représentées dans ces journées sont susceptibles d'aider nos patients à s'accueillir dans leur corps, à incarner leur être

Ne nous leurrions, la tâche n'est pas simple... mais tellement plus enthousiasmante que de prescrire des régimes et des programmes d'activité physique.

Certes il nous faut abandonner la toute puissance des pourfendeurs de kilos en trop ou des redresseurs de comportements déviants, mais l'aventure humaine est tellement plus passionnante et surtout, l'entreprise, dans cette orientation, tellement moins nocive, porteuse de l'espoir d'un « mieux vivre », ou d'un « vivre » tout court.

Par ailleurs, je me réjouis d'avoir croisés autant de praticiens corporels lors de ces journées, car ils étaient trop rares jusqu'à présent dans nos congrès et nos formations.

J'espère que cette implication des psychomotriciennes, des kinésithérapeutes et des ostéopathes que j'ai pu croiser, sera durable.

Praticiens corporels de tous horizons, levez-vous, nos patients ont besoin de vous !

De manière plus intime, je retiendrai ce moment de grande jubilation d'avoir participé à l'atelier de Danse-Thérapie de Claire Bertin, dans cette magnifique salle de l'Ecole de Médecine de Paris.

Si notre démarche est scientifique, elle ne doit pas oublier que la médecine est un art et que la danse, entre autres moyens, peut nous ramener dans le tourbillon de la vie.

Enfin, je voudrais vous dire que ces journées furent pour moi une expérience unique, tant dans leur préparation que dans leur réalisation.

Un grand merci à toutes celles et ceux qui m'ont fait confiance et m'ont aidé dans cette mission.

Pierre DALARUN

Le congrès vu par ...

Le président du GROS, Bernard Waysfeld (actuellement président d'honneur)



A vrai dire, c'est la première fois qu'un colloque s'attaque à un thème aussi audacieux : le corps... Par sa polysémie, ce corps semble insaisissable : corps biologique, corps en mouvement, images du corps, corps de l'enfant, prolongement narcissique d'un idéal parental, le corps et le temps, le corps qu'on touche, le corps qui danse...

Comment s'en saisir ? Comment évaluer une plainte corporelle ? Doit-on encore s'intéresser aux kilos, aux calories, à la corpulence ?

De cet ensemble riche de communications et d'ateliers, il ressort quelques idées forces :

En premier lieu, il semble qu'il y ait consensus pour que dans ce registre, on sorte de la science et des calories. Le corps ne relève pas de la nutrition ni sauf exception, du toucher (sauf thérapeutique spécialisée).

En second lieu, le corps reste stigmatisé en raison de stéréotypes sociaux invétérés.

Enfin et surtout, le corps, c'est nous, c'est notre être, notre sensorialité et aussi notre appareil psychique. On pense avec son corps et ce n'est pas qu'une vision animiste ; si on admet que notre cerveau, c'est aussi notre corps.

Parmi les aspects intéressants, retenons :

Qu'on ne voit pas son corps et que cette cécité pourrait expliquer que presque toutes les femmes sont insatisfaites d'elles-mêmes alors qu'un grand nombre sont objectivement belles.

Le problème, c'est la temporalité, la diachronie, car de même que l'image spéculaire est fixe et figée, l'image de soi reste souvent fixée à ce qu'elle fût par le passé. Ainsi s'expliquent les « obésités fantômes » des sujets ayant maigri significativement.

Enfin concernant corps et poids, il est toujours bon de rappeler que le « weight loss » a fait place au « weight management » dans toutes les rencontres internationales. A défaut de faire maigrir et même de maigrir, on « manage » ; on fait avec, et ça devient un nouveau métier.

Bernard Waysfeld

Le président du GROS, Jean-Philippe Zermati



Chaque année nous attendons avec impatience notre nouveau congrès. Il s'agit d'un moment particulièrement fort de notre vie associative qui stimule notre réflexion et favorise les échanges de nos membres entre eux ainsi qu'avec les non-membres. C'est aussi un moment de partage durant lequel nous nous sentons moins isolés au sein de notre pratique encore si particulière mais dont nous sommes certains qu'elle sera appelée à se généraliser.

Cette année, nous avons choisi de traiter le thème du corps sous des angles particulièrement ambitieux et difficiles. Pour ma part, j'ai notamment retenu les sujets sur la clinique du corps, la stigmatisation et les stéréotypes.

La stigmatisation est une triste réalité qui affecte les personnes en surpoids. Elles sont victimes de stéréotypes négatifs dont on a vu à quel point il était difficile de se défaire. Ceux-ci participent à aggraver leurs troubles alimentaires, leur surpoids et les pénalisent sur le plan psychologique et social. La stigmatisation donne corps à un véritable racisme anti-gros dont les gros eux-mêmes deviennent les principaux porte-paroles tant ils ont intériorisé les messages du stéréotypes liés au surpoids. Il y a ici un véritable défi thérapeutique que nous devons relever : comment accompagner nos patients pour leur permettre de se distancier de ces auto-jugements négatifs. La reconnaissance du stéréotype et la mise à distance des pensées par la pratique de la pleine conscience et de la défusion me paraissent des moyens intéressants, pour ne pas dire indispensables. Les échanges avec le professeur Pegguy Chekroun ont permis d'envisager l'élaboration d'un test de reconnaissance des croyances liées au stéréotype du surpoids et du degré d'adhésion du patient à ces mêmes croyances.

J'avoue que dans ce congrès j'ai éprouvé un petit regret. J'aurais eu plaisir à entendre une communication clinique qui aurait traité des difficultés de certains de nos patients à percevoir leurs sensations corporelles, aussi bien celles liées à leurs émotions qu'à leurs sensations alimentaires. Mais tout congrès impose des choix, le temps y est limité. Ce sera donc l'occasion de nouveaux sujets et de nouveau congrès.

Le temps de digérer toutes ces nouvelles informations et nous voilà déjà en train de préparer notre prochain congrès que nous attendrons avec la même impatience.

Jean-Philippe Zermati⁴

Le congrès vu par ...

La vice-présidente du GROS, Katherine Kuréta-Vanoli.



Un congrès sur le corps, nous y pensions depuis plusieurs années... et nous l'avons fait. Le sujet est vaste et passionnant. En deux jours nous en avons exploré quelques belles facettes.

Le challenge était selon moi de faire le point sur des aspects théo-

riques mais aussi et surtout la pratique. L'objectif était double, amener les soignants non seulement à accompagner leurs patients pour qu'ils s'intéressent à leur corps, pour qu'ils le considèrent mieux et qu'ils fassent avec bienveillance équipe avec lui. Mais aussi motiver ces soignants pour qu'eux même investissent leur propre corps, car comment parler du corps à l'autre sans avoir exploré le sien ?

Les conférences, les ateliers, les expériences cliniques et les outils présentés par les conférenciers ont, je pense contribué à apporter des idées pour progresser dans ce sens.

Merci à nos conférenciers et à tous nos congressistes pour les échanges riches qu'ils ont permis.

Pour ceux que cela intéressent un groupe de réflexion sur internet est en place depuis plus d'un an, rejoignez nous et continuons partager sur ce sujet qui reste inépuisé.

Katherine Kuréta-Vanoli



La directrice de rédaction Sabrina JULIEN

Ce fut un congrès passionnant que vous retrouverez dans quelques semaines sur notre site. Toutes les vidéos et les abstracts seront à votre disposition et vous pourrez les voir et

revoir... hormis la présentation de Maurice CORCOS qui comportait des cas cliniques non diffusables.

Pour le GROSInfo spécial congrès 2011, nous avons posé des questions à tous nos intervenants pour approfondir un sujet. Cette année, je leur ai demandé soit de nous présenter une vignette clinique, soit d'approfondir le sujet de leur intervention.

Je vous souhaite une bonne lecture !

Sabrina JULIEN SWEERTS

Merci à nos sponsors de nous avoir permis de réaliser notre congrès !

- la Fondation Bonduelle
- le CEDUS
- Tanita

Incarner l'être



« Expérience d'une unité de soins TCA : revenir à soi par les soins à médiation multi-sensorielle ».

Pr Vincent Dodin, psychiatre, responsable de la Clinique Médico-Psychologique à l'hôpital St Vincent de Paul, professeur à la faculté libre

de médecine, Lille.

Vignette clinique : Victor et le mal de mère

Victor est un étudiant de 24 ans à la figure angélique, mais dont la croissance a été stoppée par une anorexie mentale pré-pubère. Son anorexie a débuté à l'âge de neuf ans, quelque temps après avoir vu sa mère se défenestrer sous ses yeux. Celle-ci avait été une maman aimante, vivant en couple dans une famille bourgeoise. Un beau jour, elle quitta son mari pour un homme toxico-mane qui l'entraîna dans la consommation d'alcool et de produits. La descente « aux enfers » fut vertigineuse et se solda par cet accident dramatique.

Depuis lors, les troubles des conduites alimentaires de Victor étaient devenus des procédés auto calmants qui lui permettaient de court-circuiter les pensées douloureuses qui lui rappelaient sa mère. L'anorexie se compliqua rapidement de crises de boulimie avec des conduites de vomissements et un mérycisme.

Victor était pris en charge depuis près de 15 ans pour ses troubles des conduites alimentaires. Devant la gravité des symptômes et la résistance

au traitement, nous lui avons proposé des soins à médiation multi-sensorielle. Ces soins combinent des stimulations olfactives à un enveloppement corporel chaud, un environnement musical relaxant et à la pénombre de la pièce. Nous utilisons des odeurs spécifiques créées pour l'olfactothérapie ; ces odeurs constituant le médiateur principal de cette thérapie.

Au décours d'une séance nous avons utilisé l'odeur de patchouli qui rappelait le parfum que la mère de Victor utilisait. Alors qu'il avait anesthésié tous ses souvenirs d'émotions et de douceur partagés avec elle, l'utilisation de cette odeur au cours de l'enveloppement lui avait fait dire : « c'est la première fois que je m'autorise à penser que ma mère me manque. »

Avec les soins à médiation multi-sensorielle, Victor a pu soutenir la douleur de son absence en nous disant combien il avait envie de lui raconter sa première journée de rentrée à l'université, lui parler de la copine dont il était secrètement tombé amoureux, ou de ses doutes quant au choix de ses études.

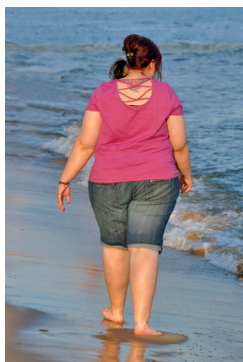
Bien sûr les séances n'ont pas suffi à guérir Victor de ses troubles alimentaires, mais le mérycisme a disparu. Les crises de boulimie et les conduites de vomissements se sont espacées et il a repris progressivement du poids jusqu'à se maintenir à un indice de masse corporelle à 16. Le contact fut plus facile et Victor put combler les lacunes de son histoire.

Vincent DODIN

Activer son corps

« **Habiter son corps, réhabiliter son corps** »,
Edouard Rodriguez, Psychomotricien, Ostéopathe, Laval

Vignette clinique



Mlle E., 34 ans, célibataire, sans enfants, vient en consultation sur indication de son Médecin Nutritionniste pour des « conseils sur l'activité physique et prise en charge en relaxation ».

Elle se décrit à ce moment-là comme une personne « peu motivée dans la vie », souvent « démoralisée » et sujette à

des douleurs ostéo-articulaires récurrentes.

Elle présente alors un poids de 108 Kg pour 1m68 et dit avoir atteint un poids maximum de 124 Kg à l'âge de 31 ans au cours d'un épisode dépressif particulièrement important et dont elle n'explique la cause. Période à laquelle elle a consulté un Médecin Psychiatre.

Mlle E. travaille comme auxiliaire puéricultrice dans une crèche et se plaint d'avoir de plus en plus de mal à assumer ce poste à cause des douleurs ressenties à force de soulever les enfants ou de se baisser à longueur de journée. Son travail semble néanmoins lui tenir à cœur : elle apprécie « la joie de vivre et l'innocence des petits dont elle s'occupe ». Elle s'y rend en voiture bien qu'elle habite à 20 minutes à pied de celui-ci. Marcher lui fait mal et l'essouffle me dit-elle.

L'histoire du surpoids chez cette jeune femme remonte à l'enfance avec des premiers régimes amaigrissants à l'âge de 6 ans et une préoccupation maternelle constante sur son poids, cristallisant des conflits mère/fille qui durent encore aujourd'hui. Elle me décrit un père effacé face à ces problèmes.

A 34 ans, Mlle E. a déjà une "carrière d'Obèse" de 28 ans !

Au cours de notre premier entretien, elle insiste sur le fait qu'elle s'attache à équilibrer son alimentation selon les conseils de son médecin mais qu'il lui arrive parfois de « craquer » et de « manger sans raisons », c'est-à-dire plus que d'appétit, sur certains repas (surtout le soir) ou encore « dévorer » du chocolat, des biscuits, une à deux après le repas, devant la télé.

Son sommeil semble également de mauvaise qualité. Elle éprouve des difficultés à s'endormir et se réveille deux à trois fois par nuit mais sans envie de manger.

Elle se dit perplexe quant à sa démarche auprès de moi et dans l'attente « d'exercices types » qui pourraient l'aider à maigrir. Ce qui, selon elle et son entourage, serait la solution à ses problèmes.

Nous entreprenons des séances hebdomadaires de 45 minutes environ.

Dans une approche visant tout d'abord soulager les tensions musculaires, apporter un vécu sensoriel positif et « nourrir » le corps de sensations proprioceptives, nous commençons par des exercices d'étirements et de relaxation dynamique.

Au bout de 3 séances, elle me dit qu'elle a « l'impression » que ça lui fait du bien mais qu'elle ne sait pas exactement ce qu'elle doit ressentir ; ne voyant pas « comment des mouvements de détente peuvent la faire maigrir ? » ; et d'ajouter, sous forme de reproche, qu'elle a d'ailleurs pris 2 Kg !

Mlle E. se confronte alors aux premières difficultés que l'on peut rencontrer dans les étapes d'un parcours corporel :

La focalisation sur la recherche d'amaigrissement l'empêche d'être à l'écoute de son ressenti corporel propre : elle n'est pas sûre de ce qu'elle doit éprouver et s'attend à ce que je lui dicte ce que doit être son ressenti. Or, il s'agit plus dans cette phase d'abaisser les tensions physiques et d'accueillir les sensations (bonnes ou mauvaises) qui émanent du corps plutôt que de plaquer des injonctions de bien-être. Le ressenti étant fondamentalement individuel, une même situation peut

Activer son corps

être relaxante pour l'un et angoissante pour l'autre.

« No pain, no gain ! » : Mlle E. a tellement entendu qu'il fallait souffrir pour y arriver, qu'elle ne conçoit pas que des exercices basés sur la concentration et le ressenti corporel peuvent l'amener vers l'amaigrissement tant recherché. À un autre niveau de lecture, on peut également constater que ce genre de travail corporel ne va pas dans le sens des activités d'endurance précisément recherchées pour "endurer", dans une forme d'expiation des péchés alimentaires...

Enfin, je note que ce qui plonge Mlle E., à ce stade, dans une certaine perplexité, c'est aussi une incapacité à mettre des mots sur ses ressentis corporels et émotionnels. Je remarque que son discours est régulièrement fondé sur une certaine rationalisation quand il s'agit de parler d'elle-même et non sur ce qui émane directement de ses émotions ou de son vécu corporel. Exemple : À la fin d'un exercice d'étirement : « Là, j'ai bougé mes bras et mes jambes comme ça et comme ça donc je dois être détendue. »

À 3 mois, un moment-clé :

Le travail a continué autour de la prise de conscience du corps à travers la relaxation dynamique et le nourrissage proprioceptif.

Mlle E. se plaint toujours d'avoir des difficultés à « ressentir » et qu'elle se sent angoissée de ne pas savoir exactement ce qu'elle doit éprouver avec les exercices.

Lors d'un exercice d'automassages suivi de percussions osseuses, elle évoque pour la première fois une sensation et une émotion précise : le sentiment d'être agressée. Elle associe aussitôt cette émotion avec le souvenir des remarques de sa mère sur son poids, son attitude, sa façon de s'habiller, etc. et ressent une profonde colère. Lien qu'elle poursuit avec ce qu'elle ressent lors de ses prises alimentaires et la culpabilité qui en résulte.

C'est à partir de ce moment que Mlle E. est parvenue à accepter d'entrer dans l'écoute de son ressenti corporel et apprendre de son corps plutôt que de lui appliquer une recette pour maigrir. Elle est passée d'un rapport de conflit, de maîtrise, avec son corps à un rapport d'acceptation et peut enfin laisser émerger une parole basée sur du concret (son vécu corporel propre) et non de l'abstrait qui l'éloignait de son ressenti. Sur mes recommandations, elle consulte une psychologue avec qui nous continuerons à travailler en co-thérapie.

Le travail s'est poursuivi autour de l'accordage musculaire et l'expressivité du corps.

Progressivement, Mlle E. est parvenue à modifier quelques unes de ses habitudes de vie :

Aller au travail à pied au moins 2 fois par semaine puis tous les jours,

Effectuer des balades le week-end,

S'inscrire à un cours de Tai Chi Chuan.

Au bout d'un an de suivi, les compulsions alimentaires ont largement diminué. Le sommeil s'est régulé.

Les symptômes dépressifs ont nettement diminué et Mlle E. dit avoir découvert un réel plaisir à retrouver sa souplesse et son « énergie ». Elle se sent moins essoufflée et bouge avec plus d'aisance dans son quotidien.

Au bout de 18 mois, Mlle E. s'est stabilisée à un poids de 95 Kg. Les douleurs au dos se sont largement atténuées et nous avons pu observer une modification significative de sa silhouette.

L'accompagnement en Thérapie Psychomotrice a pu s'espacer dans le temps et laisser place à la pratique des activités de loisirs. Nous nous revoyons une fois tous les 6 mois environ ou à sa demande pour faire le point.

Édouard RODRIGUEZ
Psychomotricien D.E.

Au commencement était le corps

Sensorialité, émotions et contenance psychique,

Dr Antoine DUCRET, psychiatre, psychanalyste
membre de la SPP, membre formateur du
CIRPPA, Antony

Vignette clinique

La contenance psychique présente deux aspects.

Celui qui concerne la transmission des contenus psychiques. C'est là qu'intervient le mécanisme de l'identification projective, qui est entre autres, et en simplifiant, la façon dont un patient se débarrasse d'un contenu douloureux en le faisant vivre à son thérapeute.

Et celui du dispositif, ou du cadre. Quel est le meilleur cadre (psychothérapie individuelle, psychodrame, psychothérapie de groupe) pour telle pathologie ?

Dans les troubles des conduites alimentaires, la thérapie de groupe, qui n'est pas exclusive me paraît être une approche intéressante, car elle met en évidence des aspects archaïques de la personnalité comme la dépression primaire, c'est à dire une dépression survenue très tôt dans la développement de l'enfant, avant le langage.

C'est ce que je voulais illustrer par cette brève vignette clinique, en me référant aux travaux de Bion sur les groupes.

Pour lui les patients en groupe régressent aux stades précoces de leur vie psychique

Il s'agit d'un groupe d'étudiantes, suivies dans un BAPU de la région parisienne, à raison d'une séance hebdomadaire d'une heure. Le groupe était constitué de 7 étudiantes, âgées de 19 à 22 ans, et j'en étais le seul thérapeute. Certaines avaient déjà suivi une thérapie individuelle et n'en était pas satisfaites, d'autres étaient là car la situation duelle était pour elles source d'angoisses paralysantes.

Nous sommes à la 14^e séance.

A cette séance, il manque l'une des étudiantes. Comme souvent, elles abordent d'abord le thème des troubles alimentaires car plusieurs sont concernées par cette problématique. S'en suit un long silence.

Puis l'une d'entre elles, Aurélie, prend la parole et demande s'il n'y a pas quelque chose de malsain dans le fait de ruminer ses problèmes.

Les autres étudiantes acquiescent, tout en disant que pourtant, ces séances sont le lieu pour parler de ces problèmes.

« Oui, reprend Aurélie, mais c'est fatigant de toujours évoquer des choses négatives. J'ai envie d'autre chose. J'ai l'impression d'un poids en venant ici. Je ne sais pas très bien définir, mais je sens une atmosphère pesante. Je veux être égoïste, j'ai assez de problèmes, je ne veux pas me payer ceux des autres, je veux me protéger »

Une partie du groupe réagit en disant qu'il ne faut pas se laisser aller, qu'il faut se forcer, que quand on ressent un poids, il ne faut pas s'écouter, qu'il faut faire preuve de volonté, confirmant ce que dit Bion. « Après avoir écouté ce genre de conversation pendant un certain temps, je me rends compte que chaque fois qu'un membre du groupe présente un symptôme névrotique, un autre membre lui donne un conseil dont il connaît, par expérience, l'inefficacité. »

Une discussion s'ensuit entre celles qui ne veulent pas se sacrifier, et celles qui s'imposent d'aider les autres.

Au bout d'un certain temps, une autre étudiante, Aude, dit se sentir très dévalorisée. « Je travaille dans un centre de gérontologie, je n'arrive pas à trouver ma place en groupe. Je suis toujours préoccupée à faire le bien autour de moi. J'ai absolument besoin d'avoir une bonne image de moi, que l'on me renvoie que je suis bien... »

Elle parle d'une voix monocorde, je la sens profondément triste, et je commence à ressentir l'atmosphère pesante dont il était question en début de séance. Le reste de la séance se poursuit dans cette tonalité.

A la séance suivante, seules trois d'entre elles sont présentes, Aude, Aurélie et Anne

Après l'habituelle question sur ce qui s'est passé la semaine précédente, Aude dit qu'elle n'est pas bien et évoque ses problèmes alimentaires et sa culpabilité. Ses crises de boulimie provoquent une tension avec l'ami qui partage sa vie. Elle parle toujours de façon monocorde, plaintive. Son ami est obligé de tout cacher, et d'enfermer

la nourriture dans des placards fermés à clef pendant son absence. Elle est inquiète car elle a pris du poids, et a peur de n'être plus aimée, bien que son ami soit très tolérant et lui dise de ne pas s'inquiéter. La vie commune est très difficile car elle est maniaque, et a besoin que tout soit à sa place, sinon c'est l'angoisse, alors que lui, il le supporte très bien.

Puis un long silence s'installe.

Pendant qu'elle parle, je me sens envahi par une torpeur, je suis soudainement épuisé, je ne peux plus penser, plus me concentrer, et je dois lutter pour garder les yeux ouverts. Je suis incapable de suivre les échanges.

Aurélie évoque une nouvelle relation amoureuse, un peu trop récente pour pouvoir en parler, parle de ses examens, Puis Aude de nouveau envahit la séance avec ses problèmes alimentaires.

Aurélie l'écoute, lui donne des conseils et finit par lui dire qu'elle ne sait vraiment pas quoi lui proposer.

Au bout d'un certain temps, elle lui dit qu'elle a du mal à écouter, comme elle l'avait déjà dit à la séance précédente, et « que les problèmes des autres, ça la plombe ».

Après un long silence, elle réalise avec étonnement qu'elle est en train de répéter la relation qu'elle avait avec sa mère boulimique, et se réfugie dans le silence.

Je fais le lien avec la séance précédente dans laquelle il était question de pesanteur.

Aude va reprendre son monologue et donne un tas de détails;

Aurélie lui dit qu'elle n'a qu'à ne plus y penser, qu'elle a eu à un moment des problèmes voisins qui ont disparu lorsqu'elle a lâché prise et pensé à autre chose.

Pendant toute la séance je reste épuisé et me sens écrasé par des affects dépressifs.

Dans la première séance, la dépression groupale peut s'exprimer, elle est contenue. Plusieurs participantes l'évoquent, en parlant de poids, d'atmosphère pesante, de fatigue. Cette dépression provoque un certain nombre de défenses, déni pour les unes, tentative de fuir pour d'autres, mais malgré tout cette dépression apparaît. Le groupe contient cette dépression, je peux continuer à penser et à utiliser ma « capacité de rêverie » pour transformer les vécus douloureux.

J'ai pensé que le vécu pénible de cette séance avait provoqué des résistances qui se sont traduites par de nombreuses absences à la séance suivante.

Dans la deuxième séance, la contenance du groupe a été attaquée et l'illusion groupale mise à mal.

J'ai fait l'hypothèse que Aude avait vécu l'absence de certaines participantes comme si elle les avait dévorées, ce qui a renforcé ses sentiments de culpabilité et sa dépression. Elle s'est ensuite débarrassée de ses sentiments pénibles sur le groupe, par le biais de l'identification projective.

La dépression groupale contenue lors de la première séance ne peut plus l'être au moment où l'enveloppe groupale est attaquée. Il me semble qu'à ce moment là, le groupe a été rendu vulnérable. Focalisé sur la problématique du lien entre les troubles alimentaires et la dépression primaire il a du faire face à un excès de travail psychique. Cet excès a fragilisé l'enveloppe et le groupe a eu du mal à transformer les projections négatives dont il était l'objet. Mais en même temps, il a poussé l'enveloppe à se renforcer. Aurélie à son insu s'est trouvée être une excellente cothérapeute ; Confrontée elle aussi à la dépression groupale, elle a tenté de soigner Aude, de la contenir, jusqu'à ce qu'elle réalise son impuissance et qu'elle prenne conscience qu'elle répétait dans le groupe sa relation à sa mère. Je pense que c'était pour elle une façon de lutter contre le mouvement dépressif du groupe, dans un mouvement de toute puissance. Et ce n'est que quand elle cède et accepte les affects dépressifs du groupe, c'est à dire de vivre le sentiment d'impuissance, qu'une issue groupale peut enfin se dégager par un vécu commun de dépression.

Aurélie avait pu vivre à la fois cette dépression et la défense contre cette dépression car à la séance suivante, elle dira aux autres étudiantes combien cette séance avait été pénible pour elle et leur demandera de ne plus manquer pour ne plus la laisser seule face à ce poids.

Cet exemple montre à mon sens la façon dont fonctionne ce modèle de la psychanalyse qu'est la contenance.

Ce qui soigne n'est plus tant de décharger par la parole, ni de dévoiler les fantasmes inconscients, mais c'est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. Ce qui dans l'analyse et chez l'analyste soigne le patient, c'est la capacité de contenir les émotions, les pensées que le Moi trop fragile du patient ne peut ni contenir ni penser. On voit que l'espace du groupe comme celui de l'analyse est un espace qui contient et qui transforme les émotions, les angoisses, les conflits, c'est à dire, au fond, la douleur psychique.

Au commencement était le corps



« Comment j'imagine mon corps : le problème de l'image du corps. », Eric Pireyre, psychomotricien, CMPP Colombes, coordinateur-enseignant ISRP Paris.

Vignette clinique

A son regard, je sais instantanément que je n'aurais pas dû dire ça.

Ses yeux se noircissent. Colère ou angoisse ? Je parie pour les deux, la première survenant à la suite de la seconde. Pourtant la balle était lancée adroitement. Il n'a pas « échoué » dans son retour avec sa raquette. Elle m'est arrivée directement dans le ventre. Balle en mousse, pas de douleur, pas de risque...

« C'est la troisième fois que la balle m'arrive dessus, c'est à croire qu'elle cherche quelque chose... ! » lui ai-je dit.

Les yeux noirs.

Cet adolescent de 13 ans, psychotique et hospitalisé en internat depuis l'âge de 6 ans, vient très assidûment tous les mardis pour sa séance de psychomotricité. Sa pathologie évoque de graves troubles de l'image du corps. L'enveloppe corporelle est fréquemment attaquée : griffures, morsures grattages jusqu'au sang et arrachages de sa propre peau. Pourtant il a une – rudimentaire – conception des notions de dedans et dehors. Ses orifices corporels lui sont très anxigènes : il est terrorisé le soir à l'idée que les araignées n'entrent dans son corps par sa bouche pendant son sommeil.

Ce n'était donc pas le bon moment pour prendre la parole et commenter ses « tentatives involontaires » de s'en prendre à ma propre enveloppe corporelle. J'attendrai donc une occasion plus favorable. Celle-ci doit arriver, c'est sûr, étant donné que ce jeu de « raquettes » nous occupe ainsi, lui et moi et à sa demande, depuis plusieurs semaines. Je sens « monter » quelque chose d'important pour lui. Je le connais bien et je sais que s'il parle peu, c'est qu'il va se passer quelque chose.

Quelques séances plus tard, je le vois examiner attentivement un petit trou dans un mur, une légère imperfection de l'enduit mural. Je m'approche pour regarder avec lui et commente : « Qu'est-ce que c'est ? » Il ne répond pas. Je sens toutefois que l'émotion n'est pas la même que l'autre fois. Il me regarde et demande à retourner jouer aux raquettes. Quand la balle vient me frapper dans la jambe, je peux simuler une petite douleur : « Aïe ! La balle m'a touché ! » Cette fois-ci, il rit. Je me sens autorisé à réfléchir à ma prochaine prise de parole.

Plus tard, je peux verbaliser que cette balle vient me heurter et qu'elle a pour objectif de m'entrer dedans. De façon très surprenante, mon patient se met à roter ! A plusieurs reprises, il produit de son ventre et de sa gorge des bruits extrêmement forts et prolongés. Je ne savais pas que le corps humain était capable d'autant de « productions » spectaculaires et « volontaires ». « Nul ne sait ce que peut le corps » disait Spinoza. Je ne cherche pas à moraliser sur le caractère incongru et mal élevé de mon patient mais préfère trouver un lien entre ce comportement et ce que cherche à me faire la balle. D'autant plus que le jeune se laisse aller à lâcher quelques paroles. « Merde, ça fait chier ! » Toujours dans ma logique d'écoute, je ne reprends pas non plus les grossièretés. Je peux me mettre à penser : on dirait que quelque chose renvoyant à l'analité est propulsé dans ma direction, la balle étant assimilée de près ou de loin à des excréments. Je fais dès lors très attention à ma façon à moi de renvoyer la balle, choisissant de rester dans un lancer bienveillant et répondant par le calme à ces sortes d'« attaques ». Bien m'en prend puisque les choses peuvent continuer vers un dévoilement d'autres aspects de la pathologie de ce jeune patient.

« Moi, au foot, je préfère être goal ». Il me demande alors de lui tirer des « penaltys ». Cherchant toujours à ménager son fond d'angoisse, je cantonnerai mes « tirs » à l'extérieur de la cage qu'il a matérialisé par des coussins.

« T'es nul et moi je suis un génie ! » me lance-t-il.

« Oui tu es trop fort, rien ne peut entrer dans tes buts, tu arrêtes tout, c'est pas comme moi. Moi, tout rentre facilement ».

« Oui »

« Moi, toute la merde me rentre dedans »

A ces mots, il rit beaucoup.

Les choses deviennent plus claires : inquiet de me voir prendre en moi et la balle et ce qu'il propulse fantasmatiquement, il cherche à me faire comprendre qu'il résiste à l'idée que je puisse lui renvoyer quoi que ce soit. Je dois garder ce qu'il m'a « donné » et ne pas le lui renvoyer. Probablement pense-t-il que ce que je « contiens » m'a atteint au point de faire de moi « un nul ». Il en est donc d'autant plus important de lui montrer que je résiste, que je ne suis pas détruit et que je ne vais pas me « venger » d'une façon ou d'une autre.

C'est alors qu'apparaissent les « jongles ».

Je le regarde faire rebondir la balle sur sa raquette « le plus longtemps possible ». J'admire sincèrement son habileté : il peut tenir de longues minutes de la sorte. Je suis partagé entre deux hypothèses :

- Il cherche à vérifier ses capacités à renvoyer ce qui pourrait éventuellement lui être projeté ;

- Il aspire à travers son habileté à me montrer qu'il peut contrôler les choses et les événements ou même les gens...

J'attends donc encore un peu avant de prendre la parole, manquant d'indices clairs. Car si les deux hypothèses ne sont pas si éloignées l'une de l'autre qu'il y paraît, dans l'un et l'autre cas mes mots ne seront pas les mêmes.

« Tu as vu, je sais faire des « jongles ! »

« Oui, tu es très doué ! »

« La balle, elle fait ce que je veux ! »

C'était donc la deuxième éventualité : il cherche à prendre le contrôle de l'autre. En l'occurrence, moi qu'il a « bombardé » de projections négatives. Je me lance :

« Ce serait bien si tu pouvais faire des jongles avec moi, comme avec la balle ? »

« Oh, oui ! »

Le plus étonnant reste l'orientation des séances suivantes au cours desquelles il fait entrer en scène la balle rebondissante. Il a en effet acheté au supermarché une balle de caoutchouc. « Avec mes sous ! » me lance-t-il. Pris dans un grand moment d'euphorie, il lance cette balle dans la salle, cherchant peut-être à vérifier, consciemment, la résistance des locaux (murs et plafond) qui le contiennent. Il reprend mes paroles : « là, ça va rentrer ! Non, ça tient ! »

Les hasards de la vie feront ensuite que je quitterai cette institution à peu près vers cette époque. J'ai bien pris soin de prévenir ce jeune de mon départ très à l'avance. Il ne réagira que lors de la dernière séance en se jetant spontanément dans mes bras :

« Je t'aimais bien ».

Dans la psychopathologie psychiatrique, les problématiques de l'enveloppe corporelle sont très fréquentes. Souffrant d'une enveloppe trop fragile, « effractable », les patients vivent dans une grande angoisse de ce qui peut entrer et sortir de leur corps. Ce mécanisme de projection d'éléments négatifs dans le corps de l'autre a été décrit par les psychanalystes. M. Klein et W. Bion en parlent à leur façon en évoquant le bébé. Il s'agit d'étapes du développement psychoaffectif très précoces, très « archaïques ». On peut faire l'hypothèse d'un processus normal chez le bébé qui resterait pathologiquement présent dans certaines formes de affections psychiatriques graves. Il faut donc considérer que nous portons tous en nous, plus ou moins profondément, des traces de ces phénomènes.

Faisons des hypothèses qui pourraient concerner certains patients : Et si la relation que nous entretenons à notre corps pouvait en être parfois de la sorte colorée ? Et si pour lutter contre l'angoisse d'une enveloppe « friable », nous cherchions à l'« épaissir » ?

En développant un tissu supplémentaire, adipeux ?

Eric Pireyre

Minceur et stigmatisation

« Corps stigmatisé, corps nié »

Sylvie BENKEMOUN, Psychologue clinicienne, Paris



Avoir un corps gros, être une personne grosse c'est affronter le regard, celui qui évalue et juge, souvent sans s'en rendre compte. Mais c'est aussi se comparer à la norme en se disant qu'elle

est accessible à tous avec quelques efforts.

Et c'est ainsi que l'histoire du poids s'installe avec ses espoirs, ses réussites et ses échecs au fil des prises en charge et de ses aléas. La guerre contre ce corps rejeté est ouverte au mépris de sa réalité. Il n'est qu'à entendre toutes ces paroles de colère, de dégoût ou de tristesse qui jalonnent les consultations. Les mots ne sont jamais assez forts pour parler de cette graisse qui dérange comme une faute de goût impardonnable. Comment sortir de cette violence pour calmer le rejet et aider la personne dans « l'ici et le maintenant » ? Comment déjouer les effets des préjugés si négatifs concernant ces corps pléthoriques ?

Plus l'obésité est ancienne et plus les systèmes de défense mis en place éloignent de la réalité de ce corps en le disqualifiant. Les motifs d'humiliation s'inscrivent profondément dans ces parcours. Ce sont les réflexions dès le plus jeune âge, le regard insistant pour voir si l'enfant n'a pas grossi pendant les vacances en colonie ou

chez les grands parents. C'est la pesée en groupe avec l'annonce du poids sans ménagement. Mais ce sont aussi toutes ces bonnes intentions en rapport avec la santé qui font de l'alimentation et de l'activité physique un matriquage permanent.

Pour une personne obèse, sentir son corps c'est en ressentir les contraintes, les limitations, la culpabilité et la honte. Pas étonnant que la réponse corresponde le plus souvent à une économie de mouvements entraînant une perte de sensations, un effacement de ses limites et une véritable anesthésie de la réalité corporelle. Le ressenti concerne alors le corps rêvé qu'il faut obtenir coûte que coûte en dépit des échecs à l'amaigrissement souvent nombreux. Il est pensé plus que vécu, oublié plus que valorisé.

Mettre ou remettre en mouvement est un préalable nécessaire aux perceptions de ce corps et au plaisir de le mobiliser, au-delà des injonctions. C'est, le faire exister non pas comme un symptôme avec ses conséquences mais comme une adaptation possible et un chemin de plaisir.

En consultation, l'alliance thérapeutique s'adresse à la personne dans sa totalité. Chaque élément de la rencontre a de l'importance et peut se révéler « réparatrice » et mobilisatrice.

De la poignée de main, au regard, du confort à la juste distance, du choix des mots aux attitudes bienveillantes, la confiance se construit invitant la personne à retrouver son unité et son humanité pour une mise en mouvement aussi bien physique que mentale.

Clinique du corps

« Accepter son corps, pourquoi est-ce si difficile ? »,

Sophie CHEVAL, Psychologue clinicienne, Praticienne ACT, Paris.



Difficulté d'accepter son corps : l'homme est-il en train de devenir une femme comme les autres ?

Les enquêtes de satisfaction corporelle montrent qu'il y a une trentaine d'années, les hommes étaient globalement

satisfaits de leur apparence physique, au point que la plupart avaient même tendance à surévaluer leur beauté².

Une essayiste américaine³ considère avec humour que, jusque récemment, les hommes se considéraient comme « aussi irrésistibles que des petits fours », à l'adolescence, et qu'ils conservaient cette perception positive de leur apparence physique jusqu'à la fin de leurs jours. Face aux corps parfaits des top models masculins, ils préservaient leur estime de soi en accordant de l'importance à d'autres qualités que la beauté. Ils réagissaient par exemple en se disant : « Hey Brad Pitt, est-ce qu'au moins tu sais tondre la pelouse, beau gosse ? ».

Mais cette époque où les hommes étaient en paix avec leur corps semble désormais révolue.

En 1995, au nom de la lutte contre le surpoids et l'obésité, l'Organisation Mondiale de la Santé a révisé ce qu'elle présente comme les critères de poids idéal dans un sens plus restrictif. Or ces nouveaux Indices de Masse Corporelle n'épargnent pas les icônes masculines : d'après eux, Brad Pitt est en surpoids, et George Clooney ou Russell Crowe sont obèses⁴ !

Cette invitation à être mince est radicalisée par les défilés de prêt-à-porter masculin et les rubriques mode des magazines pour hommes. Chez les hommes comme chez les femmes, le milieu de la mode considère que seule la minceur extrême permet de mettre pleinement en valeur le tombé d'un vêtement...comme s'il devait être présenté sur un corps produisant l'effet le plus proche d'un cintre. La mode valorise ainsi les corps masculins juvéniles et graciles, et leur confère le statut d'idéal de beauté, alors qu'en réalité très peu d'hommes conservent cette morphologie après leur puberté.

En parallèle de cette évolution, les portraits présentés comme des idéaux masculins sont devenus plus athlétiques, au cours de ces dernières décennies. La presse masculine associe de plus en plus le développement musculaire à l'esthétique corporelle. Au cinéma, le nombre de comédiens 'à muscles' s'est multiplié, et James Bond, désormais incarné par Daniel Craig, est plus musclé que lorsqu'il était joué par Sean Connery. Même la musculature de GI Joe², et celle de Ken (le partenaire de Barbie)³, ont augmenté : la taille des biceps de GI Joe a plus que doublé depuis sa création, en 1964⁵.

Le développement musculaire du corps est désormais devenu un critère de beauté masculine qui pèse aussi lourd que la fonte que ces Messieurs soulèvent pour l'obtenir.

Les hommes se trouvent ainsi confrontés à une injonction esthétique paradoxale : leur corps doit être à la fois mince et puissant pour être conforme aux standards de beauté. Ils doivent posséder une morphologie juvénile et une musculature virile, un corps de jeune garçon et des muscles de surhomme.

Pour se trouver beaux, les hommes sont donc invités à posséder une morphologie paradoxale...Autrement dit, ils se trouvent placés dans la même situation que les femmes ! L'idéal de beauté féminine est désormais d'être « un garçon

avec des seins »⁶...et de préférence, des gros seins, ces courbes étant les seules à être valorisées par les canons esthétiques. Pour les hommes, avoir un beau corps est devenu synonyme d'être un garçon avec des gros muscles. Les attentes contradictoires qui pèsent sur les hommes sont dès lors très comparables à celles dont les femmes font l'objet : les critères de beauté exigent d'eux un corps simultanément androgyne et viril, tout comme on presse les femmes d'avoir un corps à la fois androgyne et féminin.

Or ces morphologies paradoxales se rencontrent aussi rarement l'une que l'autre...elles présentent donc le point commun d'alimenter l'insatisfaction corporelle et d'inviter à la transformation du corps.



Les hommes se déclarent désormais de plus en plus préoccupés par leur image corporelle : ils évaluent le poids et la taille de leur corps de manière plus négative, et ils sont de plus en plus nombreux à

souffrir du fait que leur corps ne correspond pas à la représentation de la morphologie masculine idéale⁷.

Aujourd'hui, les études montrent que la préoccupation pour le poids touche 52% des hommes, et que 45% d'entre eux ne sont pas satisfaits de leur musculature⁴. Certains auteurs désignent cette insatisfaction corporelle masculine sous le terme de « complexe d'Adonis »⁸.

Les deux principales sources d'insatisfaction corporelle masculine (être plus mince, être plus musclé) conduisent les hommes à vouloir maigrir et/ou gagner en masse musculaire. Dès lors, ils sont de plus en plus sujets aux troubles du comportement alimentaire (TCA) et à la consommation abusive de stéroïdes, ces hormones qui favorisent le développement des muscles⁶.

Les études américaines évaluent qu'un homme sur 12 souffre d'un TCA (contre un sur 20 dans la décennie précédente), et que 40% des personnes qui souffrent de binge eating sont des hommes⁴.

Dès l'adolescence, 78% des lycéens américains qui participent à des compétitions sportives ont pris au moins une fois des hormones stéroïdiennes. Et on estime que 10% des hommes qui font de la musculation, aux Etats-Unis, souffrent de dysmorphie musculaire et d'anorexie in-

versée (ou « bigorexia »⁷): en dépit de leurs proportions imposantes, ils perçoivent leur corpulence comme petite, et leur constitution leur paraît faible. Ils s'astreignent donc à un entraînement intensif, potentialisé par les anabolisants⁴.

Les hommes deviennent également très clients de la chirurgie esthétique, la liposuction du ventre et les implants pectoraux comptant parmi les interventions les plus populaires, et en constante augmentation (le nombre de liposuctions masculines a triplé au cours de la décennie 1990)⁴.

En dépit de toutes ces démarches, un autre constat rapproche les hommes et les femmes, dans le rapport qu'ils entretiennent avec leur corps : les efforts, le temps et l'argent consacrés pour se conformer aux standards esthétiques valorisés n'entraînent pas les effets escomptés. Chez les unes comme chez les autres, la satisfaction est rarement au rendez-vous, et la souffrance psychologique s'intensifie à mesure que la lutte menée pour transformer leur apparence devient plus acharnée.

Les hommes comme les femmes sont ainsi condamnés à la double peine : ils souffrent de lutter pour modifier leur corps, et ils souffrent de ne pas parvenir à la satisfaction escomptée. In fine, ils éprouvent un sentiment profond d'échec personnel.

Allons-nous bientôt vivre dans un monde où les femmes sont les égales des hommes, parce qu'ils sont devenus tout aussi prisonniers qu'elles de leurs préoccupations morphologiques ?

Dans ce monde où Monsieur et Madame seraient à égalité, car tous les deux ligotés dans le piège de la beauté, on entendrait par exemple Monsieur dire, lorsqu'il déjeune avec un ami : « Je vais juste prendre une petite salade ; hier soir, j'ai craqué : j'étais seul à la maison et j'ai mangé du chocolat »⁴...

Est-ce vraiment cela que nous voulons ?

Que l'homme devienne une femme comme les autres, c'est-à-dire, qu'il soit lui aussi sous l'emprise de la tyrannie de l'apparence ?

Sophie CHEVAL
Psychologue et thérapeute ACT
Paris, 17^{ième}
www.sophiecheval-psy.fr

Save the date...

**Le prochain congrès aura lieu les
14 et 15 novembre 2013 !**

**Plus d'infos dans le prochain
numéro...**

Si vous souhaitez écrire dans GrosInfo, contactez Sabrina Julien à
jsabrina@wanadoo.fr !