



# Le conte merveilleux dans le traitement de l'anorexie mentale entre illusion et destruction

Marion Hendrickx, Jonathan Chesnel, Isabelle Duret

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE** 2020/2 n° 55 , PAGES 279 À 298  
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807393585

DOI 10.3917/cpc.055.0279

Date de mise en ligne : 25/08/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2020-2-page-279?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# LE CONTE MERVEILLEUX DANS LE TRAITEMENT DE L'ANOREXIE MENTALE ENTRE ILLUSION ET DESTRUCTION

Marion HENDRICKX<sup>1</sup>, Jonathan CHESNEL<sup>2</sup> &  
Isabelle DURET<sup>3</sup>

1 Psychiatre au GHICL,  
Hôpital Saint Vincent  
de Paul, boulevard de  
Belfort, Lille, France ;  
doctorante en sociologie  
à l'Université libre  
de Bruxelles (ULB),  
hendrickx.marion@  
ghicl.net

2 Pédopsychiatre  
au GHICL, Hôpital  
Saint Vincent de Paul,  
boulevard de Belfort,  
Lille, ; doctorant à l'école  
doctorale « Recherches  
en psychanalyse et  
psychopathologie » (ED  
450), Université Paris VII,  
chesnel.jonathan@  
ghicl.net

3 Psychologue, Prof  
de Psychologie et de  
Psychopathologie à  
l'Université libre de  
Bruxelles (ULB), Chef du  
Service de Psychologie  
du Développement et de  
la Famille, avenue F.D.  
Roosevelt 50 – CP 122,  
1050 Bruxelles, Belgique,  
isabelle.duret@ulb.be

---

**RÉSUMÉ** Introduction : Cet article évoque notre expérience de médiation par le conte au sein d'un service de psychiatrie adulte accueillant principalement des patients souffrant de troubles alimentaires et en particulier, d'anorexie mentale. Constatant cliniquement les échecs du processus de séparation-individuation dans ces pathologies, notre hypothèse est que le double mouvement « illusion-destructivité », cher à Winnicott, n'a pas trouvé les conditions de sa réalisation.

Hypothèse et méthodes : Le conte, recréant un espace transitionnel entre les scènes internes des thérapeutes et des patients, permettrait à l'illusion de se déployer sans être mortifère puisque partagée. Il serait un espace où la destructivité pourrait se jouer, dans les limites contenantes du récit.

Résultats : Les modalités d'utilisation du conte dans notre service sont nombreuses : le contage en individuel « au lit

du patient », plusieurs ateliers de groupe, dont un réalisé par l'équipe de nuit de notre hospitalisation à temps complet, et un atelier vidéo-débat qui utilise régulièrement les films de Walt Disney. Un cas clinique viendra illustrer notre pratique.

**MOTS-CLÉS** contes de fées, anorexie mentale, médiation thérapeutique, illusion, destructivité

---

## USING FAIRY TALES IN THE TREATMENT OF ANOREXIA NERVOSA: BETWEEN ILLUSION AND DESTRUCTION

**ABSTRACT** Introduction: This article discusses our experience of fairy tale mediation in an adult psychiatry ward that treats eating disorders, particularly anorexia nervosa. Our clinical observations of failure in the separation-individuation process in these specific pathologies have led us to the hypothesis that Winnicott's double "illusion-destructiveness" movement has not found the proper conditions for its realization.

Hypotheses and methods: Fairy tales recreate a transitional space between the internal scenes of therapists and those of patients, thus allowing the illusion to unfold without risking it feeling deadly, since it is shared. It would then become a space where destructive tendencies could be played out within the secure boundaries of the narrative.

Results: There are many ways to use fairy tales in our ward: individual storytelling "at the bed of the patient," several group workshops, including one conducted by the night team of our full-time hospitalization ward, and a video debate workshop that regularly uses Disney movies. A clinical case will illustrate our practice.

**KEYWORDS** fairy tales, anorexia nervosa, therapeutic mediation, illusion, ruthlessness

---

## Préambule

Le texte qui suit présente un atelier « contes » proposé dans un service hospitalier de psychiatrie à des adolescents et adultes présentant des troubles du comportement alimentaire. Ce dispositif clinique fait l'objet d'une recherche ethnographique dans le cadre d'une thèse de Doctorat en sociologie réalisée par Marion Hendrickx<sup>4</sup>. L'un des objectifs de la recherche est de définir comment et pourquoi les différents acteurs (conteurs, soignants, patients) attribuent (ou non) un sens thérapeutique à l'atelier et aux contes. Le présent article s'intéresse aux effets psychothérapeutiques potentiels de l'approche narrative dans le cadre de la clinique des troubles alimentaires. Il s'appuie notamment sur la perspective de Michael White et David Epston (2003), pionniers de la thérapie narrative, selon lesquels la vie doit être considérée avant tout du point de vue de celui qui en fait le récit. Les « réalités » sont, pour eux, des construits sociaux à partir des modes habituels d'interaction, d'alimentation, de logement, de transport, d'éducation. Au fil du temps, les individus finissent par oublier que ce qu'ils perçoivent de leur « réalité » n'est que le fruit des constructions mentales de leur communauté. Ces constructions deviennent des histoires qui véhiculent des normes et des dogmes (valeurs et croyances, coutumes, institutions, règles et lois) et qui exercent un pouvoir ou contrôle socio-culturel invisible. La thérapie narrative de Michael White et David Epston a été appliquée, à ses débuts, au champ de la thérapie familiale pour s'étendre par la suite au traitement des traumatismes, des désordres alimentaires (anorexie/boulimie), de la schizophrénie, des dépendances, du deuil, de la violence conjugale. Michael White est également connu pour son travail auprès de diverses communautés (aborigènes de la Nouvelle Galles du Sud, rescapés du Rwanda, conflit des Trois-Nations à Toronto...).

## Introduction

Le service accueille essentiellement des jeunes filles, entre quinze et vingt-cinq ans, même si nous hospitalisons de plus en plus des jeunes garçons et des femmes plus âgées.

4 Elle est également psychothérapeute et animatrice dans le groupe « contes » du GHICL de Lille. Elle effectue sous la direction des Professeures N. Zaccari-Reyners et I. Duret une thèse de doctorat en sociologie à l'Université libre de Bruxelles (ULB).

Les pathologies les plus fréquentes sont l'anorexie mentale et la boulimie, l'hyperphagie restant anecdotique. L'indice de masse corporelle pour les jeunes filles souffrant d'anorexie peut être inférieur à treize, ce qui présage en général de longs mois de soins, en hospitalisation complète ou de jour, selon une prise en charge multimodale où coexistent en synergie psychothérapies individuelles, thérapies corporelles, thérapies groupales et familiales (Frias et al. 2010). Le conte peut être utilisé dans chacune de ces modalités, comme nous le verrons.

L'utilisation des contes de fées dans un service de psychiatrie accueillant principalement des adolescents entre quinze et vingt-cinq ans ne va pas de soi. De fait, si la littérature sur les contes est abondante, elle concerne en général les enfants (Vanier & Vivier, 2019) ou les groupes mères-enfants (Dubicki & Rizzi, 2019). Ne risque-t-on pas en effet d'infantiliser des patients à un moment de prise d'indépendance, caractérisé par ce que Blos (1967) nomme « second processus de séparation-individuation » ? Ces questionnements avaient amené Marion Hendrickx à travailler lors de sa thèse de médecine sur un autre type de récit : l'« Horreur Fantastique ». Elle avait montré que l'Horreur présente des similitudes structurelles avec le conte, tout en ayant l'immense avantage de se transmettre entre pairs et non pas de générations en générations. Ainsi, ces récits, tout en ayant la richesse symbolique des contes, ne mettaient pas à mal le processus adolescent, bien au contraire<sup>5</sup>. En revanche, travailler en psychothérapie avec des adolescents fragilisés, avec des histoires d'Horreur, supposait que les patients apportent eux-mêmes le matériel horrifique, ou au moins le co-construisent avec le thérapeute. En effet, il nous semblait inadéquat que l'adulte apporte ces récits à l'adolescent, l'aspect « transgressif nécessaire à la confrontation des générations aurait été perdu » (Hendrickx, 2009, p. 145).

Or, si dans un centre médico-psychologique pour adolescents tout-venants, l'Horreur Fantastique apparaît spontanément pour peu qu'on y prête attention, il est frappant de constater que dans un service spécialisé dans les troubles alimentaires ce n'est pas souvent le cas. En effet, nous constatons bien souvent chez nombre de nos patient.e.s<sup>6</sup> anorexiques qu'en amont des symptômes alimentaires, il pré-existe une grande pauvreté fantasmatique, s'accompagnant souvent d'angoisses de séparation (Corcos, 2015). L'individuation

5 Le lecteur intéressé se référera à l'ouvrage suivant : Hendrickx M. (2012). *Petit traité d'horreur fantastique, à l'usage des adultes qui soignent des ados*. La vie de l'enfant. Erès, Toulouse

6 Nous utiliserons préférentiellement le féminin dans la suite de l'article, puisque nos patients sont très majoritairement des jeunes filles.

adolescente semble comme figée, mise sur « pause » par la maladie. Ces considérations, y compris la pauvreté fantasmatique et l'individuation figée, nous ont donc conduit.e.s à abandonner la piste de l'Horreur Fantastique, la considérant peu propice à la médiation dans cette pathologie, tout au moins au début des soins. Nous lui préférons l'utilisation du conte, médium contenant et maternant, transmis par le soignant au patient à un moment de fragilité majeure, physique comme psychique, pour l'adolescent.

Nous montrerons, dans une première partie du texte, comment l'anorexie mentale peut être considérée comme une pathologie engageant des processus archaïques du développement s'originant dans les premières relations au monde, relations que viennent réactualiser les contes. Puis nous illustrerons, par une vignette clinique, la manière dont l'atelier contes est conçu pour transformer le contexte d'accompagnement et repenser les soins en milieu hospitalier. Enfin, nous concluons en mettant en évidence les vertus thérapeutiques de l'approche narrative et du conte pour les patients qui présentent une anorexie mentale.

## Une pathologie engageant les processus archaïques du développement

Les patients souffrant d'anorexie mentale, par leur relation extraordinairement concrète à la mort, nous rappellent que le sentiment d'être vivant (Winnicott, 1971) est bien notre plus grand trésor en tant qu'être humain et qu'il ne faut pas le tenir pour acquis. En suivant les pas de Winnicott (1950-1955), ce sentiment s'étaye sur deux grands mouvements mettant en jeu la relation à l'objet, tout d'abord l'illusion, puis la destructivité. Ces mouvements, qui sont cruciaux pour les processus de séparation-individuation, semblent se figer dans les troubles alimentaires, comme s'ils ne pouvaient trouver l'espace pour se déployer, et il faut probablement revenir aux origines pour en comprendre la raison.

Le bébé naît. Il ne sait pas qu'il existe<sup>7</sup>, il ne sait pas que ses parents existent, que le monde existe. Il est l'informe. Winnicott disait à ce sujet que le bébé n'existait pas puisque c'est dans une unité soins maternels-bébé, dans une

7 Bien entendu, nous parlons d'un temps théorique. En pratique, comme en témoignent les neurosciences, le bébé semble déjà avoir une certaine forme de conscience de lui-même. On sait aujourd'hui que les compétences des nouveau-nés et nourrissons sont préparées lors du développement fœtal et s'actualisent lors de la rencontre avec l'environnement. Il est donc intéressant d'avoir à l'esprit, comme le rappelle Dayan (2015) que les compétences des bébés sont plus développées que leurs performances réelles, handicapées notamment par leur développement moteur.

indistinction informe, que va se développer ce psychisme, mettant ainsi en avant le rôle crucial de l'environnement (Breil & Pages, 2018). Il vit des soins de ses parents. La mère le soigne et les soins sont si ajustés que le bébé reçoit avant même de désirer. Ses besoins sont comblés. Le bébé EST le monde : il ne connaît pas de limites car il n'a rien encore contre quoi buter.

Le bébé crée le monde avant de le trouver. Il va halluciner le sein. Ce sein est halluciné avant d'être perçu objectivement. C'est-à-dire qu'il n'y a que ce que crée le bébé qui sera perçu comme ayant une véritable existence car on peut penser qu'à l'origine seul l'objet subjectif est ressenti comme ayant un sens et étant investi. Ceci est rendu possible parce que cette hallucination naît de l'expérience d'être UN avec la mère qui est elle-même une illusion et une douce folie. C'est de cette expérience d'éprouvé partagé avec la mère, que naît l'hallucination dans un « informe » nécessaire, où la logique est exclue. Le bébé ne se confrontera à l'objet que s'il vient concrétiser l'hallucination, c'est-à-dire que si l'objet est « créé-trouvé » (Winnicott, 1951). Et progressivement, de l'informe surgira du sens. Si les soins disparaissent ou si l'enfant présente une vulnérabilité personnelle annulant ces soins, ce sera le chaos, la lumière ne se sépare pas des ténèbres, l'enfant reste dans un monde informe, trop brut et réel pour ses capacités psychiques, sans individuation possible. Mais si, à l'inverse, l'informe n'est pas possible à l'origine, si l'environnement empiète, en imposant l'objet extérieur par exemple sans attendre qu'il soit créé, sans rêverie aucune, le sujet peut réagir en créant un faux self (Winnicott, 1963) visant à protéger le vrai self qui lui peut continuer à rêver. On est alors dans le faire « comme si » et, là encore, la séparation est impossible, le sujet n'existant que comme appendice d'un autre. La mère, objet primaire, doit bien entendu être elle-même vivante pour que la capacité créatrice de son bébé puisse se développer. Elle doit être capable, grâce à sa propre capacité de folie, de porter psychiquement son enfant, de lui donner contenance et d'accepter la paradoxalité inhérente à cette période. Elle lui présentera le monde au moment où le bébé créera. C'est bien du lait qu'elle lui donne, du lait possédant des valeurs nutritives concrètes, mais c'est aussi du « lait-illusion », qui est de l'ordre du trésor partagé. Il est l'avant-goût

de la terre promise, où « ruissellent le lait et le miel ». Après avoir vécu cette illusion de l'objet « créé-trouvé », le bébé, pour peu qu'il en ait la capacité innée, va pouvoir passer à ce que Roussillon a décrit comme le détruit-créé (Roussillon, 2009), qui se rapproche de ce que Green (2011) a nommé le travail du négatif. En effet, Freud disait : « l'objet naît dans la haine ». Et Winnicott rajoute : « s'il survit à cela ».

C'est-à-dire que les soins maternels doivent vivre cette destruction, y réagir, mais y survivre pour qu'il y ait séparation. On voit ici comme cette destructivité et la survie de l'objet sont indissociables de la poursuite d'une approche créative de la vie. Que l'objet s'effrite, ou qu'il soit inattaquable, alors exister, se séparer, n'a pas de sens. Il faut pouvoir laisser une trace pour se sentir vivant.

Par la suite, on peut penser qu'il y a progressivement une appropriation subjective de la haine (c'est moi qui détruis, qui laisse une trace et il y a un autre qui y réagit) et donc, séparation de l'environnement couplée à des moments de satisfaction. Cette subjectivation des pulsions conduit à la création d'un psychisme interne, à un environnement externe et à cet espace transitionnel qui n'est ni l'externe, ni l'interne, mais un reliquat de cette réalisation hallucinatoire. Il s'agit d'un espace de repos, nommé par Hendrickx (2012) « la terre-du-milieu » en référence au monde de Tolkien (1972-1973) où la question : « est-ce que c'est réel, ou est-ce moi qui hallucine ? » ne se pose pas. La séparation devient alors possible puisqu'il existe un espace où cette séparation n'est pas questionnée. La culpabilité qui découlera de cette subjectivation de la haine aboutira pour Winnicott (1950-1955) à la quête de réparation puis à l'Amour.

Le sentiment d'être vivant, que les choses ont un sens, se situerait alors dans une approche créative du monde, c'est-à-dire dans une perception toujours teintée d'illusion. Illusion non pas au sens de mensonge, mais illusion du fait qu'il y a plus que ce que nous percevons objectivement dans notre manière d'appréhender le monde.

## Dans l'anorexie mentale

Chez nos patientes anorexiques, il nous semble que souvent ce double mouvement illusion-destructivité est comme figé,

grippé. Elles apparaissent comme des forteresses imprenables, coincées dans un faux-self, réagissant et subissant le monde extérieur plutôt que rêvant leur vie. La séparation avec l'environnement primaire semble impensable. Elles sont comme dépourvues de cet espace transitionnel où se dépose le « lait-illusion », au point qu'on se demande si elles en ont jamais reçu. Ou bien n'avaient-elles pas la capacité innée de le recevoir ? On sait à quel point leur activité onirique, tout comme leur rêverie diurne, qui sont des mises en scène de leur monde interne, peuvent être pauvres, crues, plaquées, comme n'ayant jamais été nourries d'illusion (Guéguen, 2008). Elles tentent, dans un contrôle implacable de l'entourage, de leur poids, de ré-expérimenter cette illusion de toute-puissance originelle mais dans une logique mortifère, puisqu'elles le rejouent sur la scène du concret, du réel brut. Or l'omnipotence n'est porteuse de vie que si elle se base sur l'expérience d'éprouvés partagés dans un « informe » nécessaire. Et cela, les jeunes filles souffrant d'anorexie le refusent bien souvent. Elles recrachent le « lait-illusion », corps étranger pour elles. De même, la haine liée à l'épreuve de réalité ne peut pas jouer son rôle de réalisation de l'illusion, puisqu'il n'y a rien à réaliser. Pour elles, le monde externe reste sans sens et sans réalité, peu importe d'y faire trace. En conséquence, la subjectivation de la haine n'aboutit pas non plus à la culpabilité, puisque la destructivité se faisant à vide d'illusion, rien d'investi ne peut alors être attaqué sans être détruit. Le sentiment sur lequel elles tentent de s'individualiser est bien plus de l'ordre de la honte, honte parfois même d'exister.

Le corps lui-même est comme dévitalisé, non-investi, comme s'il n'y avait pas eu ce vécu premier de totipotence dans un co-investissement bébé-mère rêvé et subjectif. La séparation sujet-environnement paraît alors se réaliser non pas aux limites corporelles, mais ailleurs... comme si le corps de chair avait été laissé à l'environnement, abandon, sacrifice païen, corps laissé aux soins maternels concrets. Ce corps est à ma mère, pas à moi. Corps qui réagira aux stimuli, mais ne vivra pas. Ce corps est donc un objet externe, non-moi, corps que l'on peut manipuler, contrôler ou qui, au contraire, paraît prendre parfois le contrôle et devient un objet persécuteur et inquiétant, à exterminer ou annihiler. L'activité intellectuelle elle-même peut parfois être réduite à l'état d'objet externe et

être manipulée de la même manière que le corps sans investissement affectif ni créativité, comme chez nos patientes très scolaires, mais dont on cherche en vain l'originalité. Comme seul l'objet subjectif est perçu comme possiblement vivant, la localisation du psychisme vivant apparaît comme dans un lieu dissocié du reste du corps, voire dissocié de l'activité intellectuelle. Ce vrai-self, bien caché, nous devons croire qu'il existe. Ne serait-ce que pour espérer et continuer les traitements.

Les soins aux jeunes filles anorexiques, et ceci d'autant plus que leur corps est mis à mal par la dénutrition, nécessitent donc de laisser s'opérer une certaine régression au départ, dans la sécurité d'un contenant maternant, un holding, permettant de retrouver transférentiellement cet informé archaïque et reconstruire un espace transitionnel capable de soutenir la séparation. L'infantilisation par les contes de fées n'est alors plus à craindre, bien au contraire, puisque le conte possède des qualités précieuses pour accompagner patients et soignants sur le chemin de l'archaïque... et pour les en faire revenir !

## Utilisation du conte de fées dans le traitement de l'anorexie mentale

Les contes de fées, pour Bettelheim (1976), sont les « rêves » de l'humanité. Les enfants, et probablement nos patientes, comprennent que les contes ne décrivent pas la vie réelle, mais une vie beaucoup plus intime. En retrouvant à l'extérieur dans le conte ce qu'ils vivent à l'intérieur, caché dans leurs vrais selfs, on peut espérer que la mise en résonance permette de recréer un pont entre les deux, pont qui est de l'ordre de la transitionnalité. Dans ce sens, le conte vient créer une véritable « intimité [qui] pourrait s'apparenter à cette sorte d'espace transitionnel dans lequel les objets externes se lient aux objets internes, au sens où se rejouent des expériences avec l'objet[...], formant le self et, par là même, le sentiment d'exister » (Metidji, 2020). Le conte est en effet de l'ordre de l'illusion qui n'est pas un mensonge, de l'ordre de l'objet créé-trouvé. Il dit la vérité, tout en n'étant pas la réalité. Parce qu'il est un don d'amour de la part du conteur, il est de l'ordre du « lait-illusion ». Il va nourrir et enrichir le monde interne, il va

pouvoir mettre en forme ce qui pour l'instant reste informe et que nos patientes tentent pathologiquement de maîtriser dans le concret, alors que c'est bien sur la scène interne que cela doit se faire. Le conte va titiller l'objet interne, l'objet investi et le remettre dans un scénario dont il s'était échappé. Du lien pourra se faire, réintégrant la chaîne symbolique, dans ces histoires où l'interdit est toujours présent, ouvrant les portes du fantasme.

La première modalité d'utilisation de ces récits dans notre service correspond à un contage « au lit du patient » chez des patients extrêmement dénutris, au repos strict au lit. Cela permet à l'équipe d'être auprès des patients, sans être uniquement dans le soin au corps technique et sans être prise dans leur discours mécanique, appauvri du fait des défaillances des fonctions cognitives liées à l'état somatique. L'équipe peut se réapproprier un espace de rêverie où la patiente n'est plus un « cas grave », mais une fillette, alter-ego du petit poucet perdu dans la forêt. Car nous autres avons aussi la tentation de « faire » du soin plutôt que d'« être » soignants... dans une pathologie où le concret d'une courbe de poids et la réalité d'une mort possible risquent de figer notre propre capacité de bonne folie ! À noter que les parents sont parfois incités à prendre le rôle de conteur.

La deuxième modalité correspond à des ateliers contes, en hospitalisation complète comme en hôpital de jour. Je ne décrirai ici que celui fait par l'équipe de nuit du temps complet, le dimanche soir. C'est un groupe ouvert qui concerne surtout des jeunes hospitalisés pour des troubles alimentaires. Les patients s'installent confortablement dans une pièce à la lumière tamisée, ils sont déjà en pyjama. Un parfum d'huile essentielle flotte dans la pièce et une bougie est allumée. Il y a de la tisane pour ceux qui le souhaitent. Quand un patient assiste pour la première fois au groupe, un plaid polaire, brodé d'un nom de personnage de conte, lui est remis et il le gardera toute son hospitalisation. Un peu d'huile parfumée est mise sur le plaid, à la demande. Ce plaid est dans la chambre des patients le reste du temps. Il peut être une aide pour l'endormissement et peut même être emporté en permission, dans l'idée d'emporter avec soi un peu de ce « bon » là. Notre infirmière de nuit a une formation de conteuse, elle connaît les récits par coeur et n'a pas besoin de lire. Les contes choisis

sont des contes issus de la tradition orale, comme les contes de Grimm ou ceux des Mille et une nuits. Après le contage, un temps de partage autour du conte est prévu, mais souvent les jeunes filles livrent leurs impressions quand notre infirmière-conteuse vient leur souhaiter bonne nuit dans leur chambre. Il est souvent étonnant de constater que, même s'il n'y a pas ou plus de troubles cognitifs avérés chez celles-ci, il n'est pas rare que les patientes anorexiques comprennent mal le conte ou n'en retiennent qu'une petite partie. Sans trop de surprise, les ogresses envahissent la scène tandis que les valeureux princes virils tombent aux oubliettes.

Malgré la violence fréquemment mise en scène, le temps du conte paraît être au contraire un temps d'apaisement des angoisses. Les patientes le réclament souvent à l'avance et vérifient, dès le vendredi, que le conte aura bien lieu le dimanche. Si possible, ce soir-là, le traitement hypnotique parfois prescrit n'est pas donné. Cet apaisement nous semble pouvoir être basé sur le sentiment de véracité du conte qui fait appel au sentiment d'exister, d'être vivant. Il tient peut-être au contenu qui honore les compétences des enfants et de leurs parents ou à la technique narrative en elle-même qui met sous les projecteurs des patients leurs espoirs, leurs intentions et leurs rêves.

Enfin, la troisième modalité de travail par le conte est réalisée plus sporadiquement lors de l'atelier « vidéo-débat » animé par l'équipe infirmière, parfois secondée par nos internes. Même si le choix des films est assez varié, l'équipe a repéré que les séances étaient particulièrement riches quand le film était un Walt Disney et en particulier « Raiponce », la princesse emprisonnée par une sorcière qu'elle pense être sa mère dans une tour sans porte et dont l'unique accès se fait grâce à sa longue tresse magique.

### **Illustration clinique : Lily**

Ces modalités du contage, en individuel puis en groupe, se succèdent donc souvent dans nos prises en charge, comme pour Lily qui a 15 ans. Elle a été hospitalisée pendant plus de 10 mois pour anorexie mentale. À l'entrée, son poids était extrêmement faible, à 12 d'indice de masse corporelle. Elle ressemblait à un bébé, un bébé à l'agonie. Elle hurlait, elle

pleurait comme si on lui arrachait le cœur en la séparant de ses parents. Elle hurlait qu'ils allaient l'oublier, qu'elle ne les reverrait jamais.

Nous avons rapidement constaté que nous ne pouvions mettre en place le cadre habituel de l'hospitalisation : une séparation de plusieurs jours avec le milieu extérieur<sup>8</sup>. Elle ne pouvait pas. Elle donnait l'impression d'être privée d'oxygène en l'absence de ses parents. Les parents sont donc venus la voir tous les jours, mais nous constatons qu'ils étaient épuisés et si inquiets qu'ils ne pouvaient pas rassurer leur fille qui paraissait encore plus angoissée après leurs visites. Son état physique et les troubles cognitifs qui y étaient associés, rendaient difficiles et épuisants tous les échanges que ses parents, ou nous, pouvions avoir avec elle : elle questionnait et re-questionnait sans cesse l'amour parental, comme si seul le lait nutritif, concret, présent, pouvait avoir de la valeur, sans « lait-illusion », sans doudou permettant la séparation.

Nous avons donc instauré des visites médiatisées par une infirmière, où les parents réalisaient avec leur fille des activités, lui racontaient des contes ou même en écrivaient un ensemble. Le but était qu'ils puissent vivre ensemble autre chose que l'angoisse, la douleur et la maladie et surtout qu'ils puissent sortir de ce concret du corps malade.

Par ailleurs, l'équipe infirmière et nos étudiants se sont relayés pour lui lire des contes à son chevet. Ils permettaient à l'équipe d'entrer dans la chambre et d'y rester sans avoir envie de fuir immédiatement et ils offraient à Lily la possibilité de se poser et d'écouter.

Après plusieurs semaines, conjointement à une amélioration pondérale, Lily a pu prendre un peu de distance avec les parents. De l'agonie bruyante où on lui arrachait le cœur, elle a paru pouvoir avoir un semblant d'autonomie. Mais alors, toute la dimension mélancolique, suicidaire, honteuse, sans rêves et sans avenir de cette jeune patiente s'est révélée. Comme le disait en synthèse une de nos psychologues, « c'est comme si elle n'avait pas d'espace transitionnel ». Lily expliquait : « je ne me suis jamais sentie vivante, j'ai toujours eu l'impression que je ne devrais pas exister. Si je ne suis pas déjà morte, c'est uniquement pour mes parents. Si vous me séparez d'eux, je mourrai, car c'est ma seule raison de vivre. Je n'ai aucun désir à moi et cela depuis aussi longtemps que

8 Cette séparation n'est pas un isolement : les parents sont rencontrés avec les patients régulièrement et des contacts téléphoniques, ou par courrier, sont possibles.

je me souviens ». Pas de trace d'illusion, pas de trace de rêverie diurne, ou si peu... Elle peut passer des heures dans sa chambre à faire du coloriage ou du tricot, activité automatique, où elle fait juste passer le temps : peu importe alors d'exister ou non (Winnicott, 1971).

Lily s'est construite une identité basée sur les désirs de ses proches. Elle écoute du rock, musique qu'elle aime son père. Elle ajoute : « j'écoute et j'aime ce que mon père aime, pour qu'il s'intéresse à moi. Si j'aimais autre chose, comment pourrais-je le partager avec lui ? Vous me dites qu'un jour je partirai, que je devrai vivre sans mes parents, mais alors, que vais-je devenir ? ». Elle répète à longueur de journée : « pourquoi vivre ? ».

Avant d'être malade, elle se décrit comme une jeune fille très sérieuse, bonne élève. C'était, disent ses parents, une enfant pétillante. Quel contraste entre la description d'une petite fille parfaite et ce vide, cet appel du néant par la mort, seule solution à cette haine et cette destructivité qui ne peuvent pas jouer leurs rôles subjectifs.

Dans le cas de Lily, on voit bien que cette incapacité à se sentir en vie, liée à la création d'un faux self envahissant, est articulée à la nécessité pour ses parents de la stimuler en permanence par leur présence. En reprenant l'histoire de leur famille des derniers mois, on constate que si Lily n'a pas vraiment paru commencer sa séparation psychique d'avec les parents (aucun conflit, ni mise en doute de la grandeur parentale, pas de bande de copains, pas de révolte), les parents, eux, commençaient à planifier leur vie sans Lily, à partir à deux en vacances, mais la mère en particulier redoutait le départ de la maison de sa fille, disant que sans elle la maison serait « un tombeau ». Lily se noie sans leur soutien, sans leurs rêves et désirs pour elle. Elle est comme privée de squelette, comme si elle avait grandi avec un exosquelette qui venait d'être retiré et qu'elle s'effondrait, molle et sans consistance, vide.

Elle n'a pas de films ou livres préférés, ses rêves sont pauvres et effrayants, mais elle apprécie les temps de contes où les soignants se mettent avec elle sur son lit et comme une toute petite, elle se fait câliner. Les autres temps thérapeutiques sont difficiles. En atelier modelage, son désir de performance et de perfection induit un découragement rapide. Dans les prises en charges plutôt corporelles, du type relaxation ou massage,

où elle lâche quelque peu prise sur son corps, elle fixe alors son attention sur le plafond et compte (et non pas conte...) les carreaux. En psychothérapie individuelle, c'est un temps de l'informe, de l'indifférencié que doit vivre le thérapeute, dans une pauvreté angoissante, pourtant cachée derrière une intellectualisation permanente, proche du rationalisme morbide.

Ce travail autour du conte, d'abord réalisé en individuel dans la chambre soit par notre équipe, soit par les parents, a pu par la suite être réalisé en groupe, que ce soit par le temps du contage du dimanche soir ou en vidéo-débat. Ces temps étaient, à tous les niveaux, très investis par Lily. Elle a toujours paru y trouver du bon et après le temps du contage, il semblait par l'émerveillement – ou l'inquiétude, qui n'était pas de l'angoisse – provoqué par l'histoire, que quelque chose de vivant avait pu être touché.

## Trouver des réponses dans Raiponce

On peut aussi voir une illustration de cet objet « trouvé-crée » par Lily dans cet autre espace narratif mis en place pour nos patients. Il se trouve que lors de son long séjour dans notre service, l'atelier vidéo-débat sur « Raiponce » de Walt Disney a eu lieu deux fois ; une fois au début de son hospitalisation et une fois à la fin. Seule, elle l'a regardé plusieurs fois sur son ordinateur. Au premier visionnage l'équipe a noté que pour Lily, Raiponce n'aurait jamais dû quitter la tour et sa protection contre le monde. Que par sa faute, sa « mère » était décédée. Lily condamne sans réserve Raiponce. Elle ne paraît même pas comprendre que la sorcière n'était pas la vraie mère de Raiponce, ni qu'elle était malfaisante : elle gardait Raiponce enfermée, non pas pour la protéger du monde extérieur – comme elle le lui dit – mais pour pouvoir tirer de sa chevelure magique la jeunesse éternelle. De même, Lily remarque à peine le personnage masculin qui, quand on insiste, est condamné avec encore plus de sévérité (pensez donc, un voleur !). Par la suite, elle évoque fréquemment ce film en thérapie individuelle, toujours inquiète par cette mère qui meurt le jour où sa fille quitte la tour.

Le deuxième visionnage en atelier, plusieurs mois plus tard, ne se passe pas du tout de la même façon pour Lily. Elle

avoue, pendant le temps de reprise, sa stupéfaction. Elle dit s'apercevoir que toutes les précédentes fois où elle regardait le film, elle ne pensait qu'à la « mère-sorcière » qui mourait de se voir séparer de sa fille. Elle avait vu ce film par un point de vue balayant tous les autres. La tour – magnifique représentante de la maladie comme elle peut le dire, mais aussi, de notre point de vue, de ce faux-self rigide – était nécessaire pour préserver la relation parent-enfant et maintenir en vie les deux protagonistes. C'est bien ce que vivait Lily alors.

Pour la première fois, Lily s'identifie à Raiponce (réponse !). Elle aspire à sortir de la tour, à suivre le prince et à retrouver des parents, présents, mais permettant une relation vivante au monde. La destructivité est comprise par Lily et acceptée fantasmatiquement : quand le « prince » coupe les longs cheveux de la princesse, la sorcière en meurt, mais c'est le prix de la liberté, du mariage avec le jeune homme et des retrouvailles avec de « bons parents ».

Bien entendu, Lily n'a pas résolu toutes ses difficultés et il serait fallacieux de dire que seuls les contes ont pu l'aider. Toutefois, il nous semble qu'ils ont été d'un grand soutien pour elle, mais aussi pour ses parents et nous-mêmes pour relancer la machine à rêver. Et donner un peu plus à Lily le sentiment d'être vivante et que « cela vaut la peine de vivre ». Bien sûr, elle a encore régulièrement des idées suicidaires contre lesquelles elle doit lutter. Elle a aujourd'hui 19 ans, bien des choses peuvent encore changer mais les troubles alimentaires ont quasi disparu. Un tournant important pour elle a probablement été amorcé par cette découverte que les histoires que nous produisons en permanence (sur nous) nous enferment ou nous libèrent. L'enjeu est capital car les histoires ne rendent pas compte du réel : elles le produisent. Selon l'histoire que nous décidons de croire, nous choisissons de vivre dans un monde ou dans un autre (Blanc-Sahnoun 2017). Il est probable que ce soit précisément cela que Lily, dans le cadre sécurisé et contenant de l'atelier vidéo-débat, ait pu expérimenter.

## Conclusion

De notre pratique avec des jeunes filles souffrant d'anorexie mentale, nous pouvons ici souligner quelques fonctions

thérapeutiques du conte dans cette pathologie. En premier lieu, la contenance du récit en lui-même, avec sa formule introductive et sa conclusion joyeuse, permet d'entrer dans un hors lieu et hors temps. La toute-puissance y est possible, mais dans un cadre strict permettant une régression bienvenue, propice à accueillir le changement et la maturation. Cette fonction de holding du récit est portée par un système de poupées russes (Chouvier, 2015, p. 196) : contenance du conteur, des thérapeutes, eux-mêmes contenus dans le dispositif thérapeutique groupal et par l'institution. Comme dans le cas de Lily, on constate que cette contenance est primordiale, tant pour les patients et leurs parents parfois mis à contribution dans le contage que pour les soignants, tant cette maladie, par la présence très concrète de la mort, peut figer les capacités de penser des différents acteurs. Seule une contenance vivante permet de supporter cet impensable. Parce qu'il est un moment de maternage, il permet au soignant de pouvoir donner du bon au patient dans un espace d'intimité alors même que son corps est en grande fragilité, exposé aux regards par la surveillance médicale. Dans un moment où la patiente peut être extrêmement dénutrie, nourrie par sonde et retrouve cette absence totale d'autonomie des premiers mois de vie, le conte peut permettre de rendre ces soins vivants, non figés par la technicité ou par le risque vital. Il permet alors de soutenir aussi les capacités de rêverie de l'équipe et des parents.

Enfin, par la place particulière qu'il donne au conteur, le conte marque la différence des générations : le conteur a la place du parent, celui qui écoute a la place de l'enfant. Cette contenance générationnelle est bénéfique dans une maladie où la tyrannie des troubles alimentaires bouscule et rend flou l'arbre généalogique, comme Lily qui sortait le soir en concert avec son père, sans sa mère. Cette inscription générationnelle se répète au sein même des histoires, par une temporalité marquée dans la structure même du conte et par la place de chacun des personnages, souvent définis par leur place dans la famille : le père, le fils, la soeur, etc...

Deuxièmement, par la co-création d'un espace transitionnel, il permet un lieu de repos où l'illusion, la destruction et la séparation ne sont plus questionnées. Et paradoxalement, la mise en suspens de ces questionnements permet de mettre au travail cette séparation qui paraît impossible dans l'anorexie

mentale. Dans cet espace, pas de possession, pas de manque : c'est une aire intermédiaire d'expérience, une aire de jeu où la perte, la destruction peuvent être mises en scène sans craindre l'effondrement. L'objet y est, comme à l'origine, « trouvé-crée » et peut y être « trouvé-détruit » sans mettre en question la relation avec l'objet. La haine, articulée à l'interdit, y trouve donc aussi un support puisqu'elle y est mise en scène avec génie que ce soit par la dévoration, le meurtre, le mauvais sort ou autre. Quelque chose est détruit mais, par sa fin heureuse et par sa contenance, le conte promet que cette destruction, punie, peut amener du bon, du plus vivant. Le conte donne donc un espace permettant aux patients de jouer avec leurs fantasmes de destruction (Bettelheim, 1976), sur la scène transitionnelle et interne, et non dans la réalité, comme dans la maladie anorexique où elle se déploie sur le corps même. Cette acceptation progressive de la destruction est nécessaire au processus de séparation de nos patients et permet à la subjectivation d'advenir, comme quand Lily intègre enfin la mort de la « mère-sorcière » comme un événement libérateur.

Cet espace transitionnel créé par le conte, parce qu'il est un généreux pourvoyeur de symboles, va permettre la représentation indirecte et figurée de l'objet « trouvé-crée » puis détruit, mais aussi des conflits, angoisses et désirs inconscients. Par cet aspect, sa fonction d'organisateur psychique (Hendrickx, 2009 et 2012) est un élément majeur du processus thérapeutique puisqu'il permet, par la représentation, de classer, hiérarchiser, donner forme à l'informe, d'autant plus que ces symboles sont toujours intégrés dans un récit porteur de sens, articulés autour d'interdits majeurs et, comme le rappelle Chouvier (2015, p. 198), réactualisés dans le champ transférentiel. Les interdits castrateurs : limitation de la toute-puissance, interdit du cannibalisme, interdit du meurtre (dont l'interdit du suicide), interdit de l'inceste, sont puissamment marqués dans ces récits et permettent aux patients de les expérimenter, voire de les transgresser, dans cette aire transférentielle d'expérience, pour les intégrer sans angoisses majeures.

Ceci conduit à une dernière fonction thérapeutique qui serait celle de rite de passage qui s'articule avec la nécessité d'accepter les interdits du groupe, en particulier dans l'anorexie mentale, où justement la perte de poids paraît suspendre toutes modifications/pubertaires, mais aussi toute évolution

vers l'autonomie. Comme le dit Bettelheim (1976, p. 410), « tous les contes que nous avons étudiés jusqu'ici signifient que si on veut affirmer sa personnalité, réaliser son intégrité et assurer son identité, il faut passer par une évolution difficile : il faut accepter des épreuves, affronter des dangers et gagner des batailles ». Ou quitter la tour de Raiponce pour se jeter dans le vaste monde : voilà bien le rite de passage vécu par Lily. Bien entendu l'épreuve des troubles alimentaires n'est pas des moindres et, dans sa tentative adolescente de nouer un pacte symbolique avec la mort, nécessaire paradoxalement à la vie, Lily peut trouver au sein du conte un chemin qui n'est pas sans espérance.

En définitive l'utilisation des contes, même chez des grands adolescents, peut être très riche pour peu que nous fassions confiance à notre propre créativité pour accompagner les patients adolescents ayant ou non des troubles alimentaires (Costantino, 2016 et 2017). D'abord en favorisant l'illusion d'une non-existence d'un psychisme individuel originel. Cette illusion, rappelons-le, est vivante et non mortifère puisqu'elle se joue dans une aire partagée, transitionnelle, dans la co-construction narrative. Peut-être faut-il d'abord laisser la régression s'opérer, laisser l'informe prendre le pas, l'indifférencié, grâce à un contenant soutenant, un holding, qui tient même s'il se déforme, se laisse attaquer et survit. Ensuite, la posture narrative décentrée aide à découvrir des histoires alternatives à l'histoire qui contient le problème. Ainsi Lily, enfermée dans une histoire de survie dans laquelle sa propre subjectivité n'arrive pas à s'exprimer dans sa vie relationnelle, va s'emparer de la possible construction d'histoires alternatives. Elle va, dans un contexte suffisamment bon et coopératif, co-construire une histoire favorisant les processus de réassociation corporelle. En effet, le conte soutient l'idée en filigranes que la vie est multicolore, que ce sont nos récits qui fabriquent la réalité et peuvent la transformer. On peut donc s'en servir pour aider nos patients à retrouver le sentiment d'être vivant là où ils se trouvent, dans ce vrai-self caché, derrière ce faux-self donné au monde, là où les objets subjectifs de leur monde interne peuvent être, de manière inattendue, mobilisés. Ce que l'on suggère ici, à travers ce dispositif comprenant l'atelier contes et l'atelier vidéo-débat, c'est qu'il s'agit non pas de soigner les patients mais de soigner

leurs histoires, de les amener à prendre soin de leur histoire, à en devenir l'auteur en la transformant. Car raconter, c'est chercher ensemble et sans relâche à donner un sens alternatif à notre expérience. Ce sont nos récits qui fabriquent la réalité et peuvent la renouveler.

C'est précisément ce que soutient cette pratique narrative dans un éprouvé d'existences partagées, c'est-à-dire dans la superposition de l'espace transitionnel des soignants et du patient. Par le conte, l'espace du thérapeute et l'espace du patient sont mis en contact mais ne pourront pas se fondre l'un dans l'autre. Le conte, la co-création artistique comme les thérapies groupales ou les objets flottants sont des supports précieux pour cela, ainsi que tout ce qui peut nous mener ensemble, soignants, patients, famille à « la terre-du-milieu ». Celle-ci offre un vide, un terrain de jeu, un espace vierge qui pourra être rempli par les soignants et les soignés qui pourront la peupler de contenus importants tout en neutralisant la tentation de la fusion. S'ils s'autorisent à prendre conscience de leurs similitudes et de leurs altérités, ils seront alors réceptifs à la transformation (Caillé et Rey, 2004).

*Merci au Dr Lathuillierie et à Christelle Billoire,  
infirmière-conteuse, animatrices des ateliers contes  
avec le Dr Hendrickx.*

- BETTELHEIM, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. (trad. Carlier T), Robert Laffont, Paris.
- BLANX-SAHNOUN (dir.) (2017) *Les pratiques de l'approche narrative*, InterEditions, Dunod.
- BLOS, P. (1967). Adolescence et second processus d'individuation, in M. Perret-Catipovic et F. Ladame (Ed.), *Adolescence et psychanalyse : une histoire* (pp.113-150). Delachaux et Niestlé, Lausanne.
- BREIL, F., & PAGES, C. (2018). *Les bébés sont-ils winnicottiens, kleinien, lacaniens ou bioniens ? Le Coq-heron, N° 235(4)*, 33-41.
- CAILLÉ, P. & REY, Y. (2004). *Les objets flottants. Méthodes d'entretiens systématiques*, Fabert, Paris.
- CHOUVIER, B. (2015). *La médiation thérapeutique par les contes*. Dunod.
- CORCOS, M. (2015). Le contre-investissement dans l'anorexie mentale... de la sauvegarde à la survie. *Le Carnet PSY, N° 189(4)*, 21-24.
- COSTANTINO, C. (2016). Mise en récit, narrativité et symbolisation : la médiation conte avec les adolescents. *Cliniques, N° 11(1)*, 106-123.

## Références

- COSTANTINO, C. (2017). Transitionnalité, narrativité et traitement du traumatisme. *Revue française de psychanalyse*, 81(3), 109-120.
- DAYAN, J. (2015). Le bébé des neurosciences est-il un bébé nouveau ? *Spirales*, N° 76(4), 18-23.
- DUBICKI, B. & RIZZI, A.-T. (2019). Le dispositif Dédyco : un soin métissé entre contes, cultures et dessins. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 73(2), 185-198.
- FRAIS, I., TESTART, M.-L., BRIGOT, M.-N., VANHALST, D., KIEBBE, F., OBADIA, J., COVIAUX, B., BRELINSKI, L., LEFETZ, C., BLOND, C., ANTOINE, P., NANDRINO, J.-L., DODIN, V. (2010). Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale. *Evolution psychiatrique* ; 75.
- GREEN, A. (2011). *Le Travail du négatif*. Les Editions de Minuit.
- GUÉGUEN, J.-P. (2008). Quand rêver est un cauchemar : à propos de l'anorexie mentale. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, N° 71(1), 41-46.
- HENDRICKX, M. (2009). *L'horreur fantastique comme nouvel organisateur psychique à l'adolescence (une réflexion psychodynamique)*, thèse de médecine, sous la direction du Pr Pierre Delion, Université de Lille II.
- HENDRICKX, M. (2012). *Petit traité d'horreur fantastique, à l'usage des adultes qui soignent des ados*. La vie de l'enfant. Erès, Toulouse.
- METIDJI, S., DUCLOS, J., CARON, R., DUPUIS-GAUTHIER, C., LEROY, F. (2020). Aux frontières de l'intime au sein d'une famille éclatée. *Revue Clinique*, mars.
- ROUSSILLON, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 73(4), 1005-1022.
- TOLKIEN, JRR. (1972-1973). *Le seigneur des anneaux*. Christian Bourgois, Paris.
- VANIER, C. & VIVIER, O. (2019). Comment travaille-t-on avec les enfants à partir des contes ? *Enfances Psy*, N° 82(2), 88-95.
- WINNICOTT, D. (1947). La haine dans le contre-transfert, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris.
- WINNICOTT, D. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, in *Jeu et Réalité*. Folio essais, Gallimard, Paris.
- WINNICOTT, D. (1950-1955). L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris.
- WINNICOTT, D. (1963). Théorie des troubles psychiatriques en fonction des processus de maturation de la petite enfance, in *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, Paris.
- WINNICOTT, D. (1971). La créativité et ses origines, in *Jeu et réalité*. Folio essais, Gallimard, Paris.
- WHITE, M., EPSTON D. (2003). Les moyens narratifs au service de la thérapie. Trad : Bourse J-F, Sataa,