

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

PAR

MANON OLIVIER

L'ÉTABLISSEMENT D'UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE FACILITANT LE  
PROGRÈS D'UNE ADOLESCENTE ATTEINTE DU SYNDROME LAURENCE-  
MOON-BIEDL

NOVEMBRE 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Cet essai aborde l'établissement d'un lien de confiance facilitant le progrès en thérapie d'une adolescente atteinte du syndrome Laurence-Moon-Biedl. Il s'agit d'un travail de réflexion sur le déroulement du processus thérapeutique d'une adolescente aux prises avec des difficultés importantes d'autonomie et de séparation-individuation. L'auteure tente de comprendre la problématique de cette cliente, ainsi que l'évolution de la thérapie, en regard des approches psychodynamique-existentielle et parfois systémique. Les différents aspects observés, pouvant influencer l'autonomie, sont le syndrome Laurence-Moon-Biedl dont l'adolescente est affectée, ainsi que l'influence des milieux familial, hospitalier et scolaire. Au terme de cette étude, l'auteure insiste sur l'importance de l'alliance thérapeutique. Elle constate également le sens et la pertinence des différents symptômes chez l'individu pour traduire une coupure dans son développement. Enfin, elle observe que le développement de l'autonomie et de la séparation-individuation est possible dans un milieu qui favorise ce développement, alors qu'un environnement surprotecteur nuit à son évolution.

## Table des matières

Sommaire .....	II
Remerciements .....	V
Introduction .....	1
Premier chapitre : présentation de Laurie et compréhension clinique .....	4
Présentation de Laurie lors de la réunion de l'équipe externe en pédopsychiatrie ...	5
Rapport du médecin traitant de l'Urgence .....	7
Rapport d'évaluation pédopsychiatrique .....	8
Rapport d'évaluation du psychologue scolaire .....	11
Document informatif concernant le syndrome Laurence-Moon-Biedl .....	14
Autres références concernant le syndrome Laurence-Moon-Biedl .....	16
Similarités entre le syndrome Laurence-Moon-Biedl et le trouble envahissant du développement ou le trouble psychotique .....	19
Rencontre des membres de l'équipe (pédopsychiatre, travailleuse sociale, diététicienne et moi-même), de Laurie et son père .....	19
Réflexions sur la problématique de Laurie en regard des informations obtenues ....	22
Deuxième chapitre : la naissance de l'alliance thérapeutique .....	35
Première rencontre individuelle .....	39
Deuxième rencontre individuelle.....	41
Troisième rencontre individuelle.....	43
Troisième chapitre : thèmes abordés en cours de thérapie .....	46
Première étape : développement de l'alliance thérapeutique .....	47

Deuxième étape : thèmes de l'intrusion .....	48
Troisième étape : thèmes de la croissance et de la sexualité .....	51
Quatrième étape : thèmes de l'affirmation, de l'obsession autour de la nourriture et du poids, puis de la crainte de devenir une adulte .....	55
Cinquième étape : moments-clés de l'amorce de l'autonomie et de la séparation-individuation .....	62
Sixième étape : fin de la thérapie avec moi .....	71
Dessins projectifs .....	73
Résumé de l'évolution des thèmes .....	80
Quatrième chapitre : intégration de l'ensemble du processus .....	83
Cinquième chapitre : discussion .....	97
Conclusion .....	105
Références .....	108
Appendices .....	113
Appendice A : dessins projectifs .....	114
Appendice B : formulaire de consentement .....	120

## Remerciements

J'offre mes plus sincères remerciements à mon directeur, mon mentor, M. René Marineau, pour m'avoir guidée tout au long de cet essai. Ses compétences remarquables et ses précieux conseils me fussent très profitables. M. Marineau est un guide qui m'aide à cheminer vers le meilleur de moi-même aux niveaux personnel et professionnel. Je remercie également la psychologue m'ayant supervisée dans mon travail auprès de Laurie. Je tiens aussi à témoigner ma reconnaissance au personnel de l'hôpital, où j'ai fait mon internat, pour m'avoir accueilli avec professionnalisme dans leur équipe. Par souci de préserver la confidentialité de Laurie, je ne nommerai pas ce milieu, ni le personnel. Enfin, je remercie Laurie, avec qui j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler. Auprès d'elle, j'ai grandi au niveau professionnel et sans son consentement, ce travail n'aurait pu être possible.

## Introduction

Le contenu de cet essai prend sa source dans le milieu d'internat en pédopsychiatrie dans lequel j'ai réalisé, en outre, sous supervision, un suivi auprès d'une adolescente. Ainsi, ce travail portera sur le processus thérapeutique de cette cliente, depuis la formulation de la demande jusqu'à la fin du processus thérapeutique avec moi. L'intention de cette étude de cas est de rendre compte de ce qui s'est passé en thérapie et de mettre en lumière le cheminement de cette adolescente, plus précisément pour le développement de son autonomie. Il est à noter que par souci de préserver la confidentialité, tous renseignements personnels concernant l'adolescente en question ont été modifiés.

Par ailleurs, il sera regardé comment, à travers une relation de confiance avec moi et de par les stratégies utilisées, nous avons pu développer une alliance thérapeutique et permettre à la cliente d'atteindre un début d'autonomie et de différenciation par rapport à ses parents. En regard de cela, j'en arriverai à offrir certaines conclusions.

Le travail comprendra les cinq chapitres suivants : le chapitre premier fera état du mandat de psychothérapie. Il comportera en outre l'étude du dossier de la cliente, ainsi que des réflexions sous-jacentes aux informations recueillies. Le deuxième chapitre mettra en lumière le développement de l'alliance thérapeutique en début de processus en



regard d'une approche humaniste-existentielle. Le troisième chapitre regardera de manière plus systématique le processus tel qu'il a eu cours dans un travail basé sur les approches humaniste et psychodynamique. Je ferai ressortir certains moments critiques en lien avec le mandat reçu, soit l'autonomie de la cliente. Le quatrième chapitre consistera à l'intégration de l'ensemble du processus, dans un contexte analytique, nous permettant d'évaluer l'ampleur de l'atteinte de la visée thérapeutique. Dans le chapitre cinq, nous reviendrons sur les apprentissages que j'ai acquis, résultant de mon travail auprès de Laurie, et pouvant être transférables à d'autres clients.

## Premier chapitre : présentation de Laurie et compréhension clinique

Dans ce chapitre, Laurie, adolescente faisant l'objet de cette étude de cas, sera présentée. Pour ce faire, les différentes informations présentées par la pédopsychiatre traitante, lors de la rencontre d'équipe, seront dévoilées. Les rapports d'évaluation contenus au dossier de Laurie seront également exposés. Ceux-ci proviennent du médecin traitant du Service des urgences, de la pédopsychiatre traitante et du psychologue scolaire. Un document, inclus dans son dossier, expliquant le syndrome Laurence-Moon-Biedl, sera rapporté. Tous ces documents sont conservés dans le dossier de Laurie. Ils sont également gardés sous clé au secrétariat de l'hôpital où celle-ci est traitée. Finalement, je discuterai des réflexions suscitées par ces informations.

#### *Présentation de Laurie Lors de la Réunion de l'Équipe Externe en Pédopsychiatrie*

Une psychiatre présente le cas de Laurie lors de la réunion de l'équipe des services externes de l'hôpital, équipe dans laquelle je participe. J'apprends que Laurie est âgée de 17 ans. Toutefois, immature, elle présente l'apparence physique (tenue vestimentaire et coiffure) et psychologique d'une petite fille d'environ sept ou huit ans. D'origine arabe, elle a immigré au Québec avec sa famille à l'âge de cinq ans, en 1992. Elle vit avec ses parents et son frère aîné, âgé de 20 ans. Elle fréquente actuellement une école spécialisée en troubles visuels puisqu'elle souffre du syndrome Laurence-Moon-Biedl.

Les caractéristiques de ce syndrome, ainsi que son impact sur Laurie, seront abordées plus tard.

Par ailleurs, en novembre 2003, Laurie est référée en psychiatrie par la direction de son école. Cette référence fait suite au refus de Laurie d'utiliser la calculatrice et l'ordinateur. Devant certains stimuli provenant de ces outils de travail (les chiffres 3, 8 et 9 ; le sablier et la règle de l'ordinateur), elle manifeste des pleurs, des sensations d'étranglement et des tremblements. Puis, elle associe ces stimuli à des monstres qui la regardent et veulent l'attaquer. Outre cela, en deux mois (entre septembre et novembre 2003), Laurie est passée de 85,3 à 68,0 kg, en évitant les viandes et substituts, puis les gras. Elle ne mange que des légumes, des fruits et des produits céréaliers, en petite quantité. Elle n'adopte pas de comportement purgatif. De plus, elle croit qu'elle évitera de grandir en écartant les protéines de son alimentation. Ce refus de grandir témoigne son souhait de demeurer une petite fille.

À la maison, Laurie s'oppose à ses parents. De plus, elle manifeste des accès de colère lorsque certains mots, tels que « cadeaux » et « grandir », sont prononcés en sa présence. Les parents tentent d'imposer des limites, mais la situation ne s'améliore pas. Ces comportements sont présents depuis les deux ou trois dernières années, mais sont plus intenses cette année.

La pédopsychiatre mentionne le refus de Laurie d'entamer un processus de thérapie. Cependant, elle accepte contre son gré en raison des menaces d'expulsion de la part de la direction en cas de refus de traitement. Laurie est très fâchée de cette démarche. Lors des rendez-vous auprès de la psychiatre, elle boude son père et s'oppose à lui, elle parle peu et pleure. Cependant, toujours selon la pédopsychiatre, en entretien individuel, elle s'exprime et il est facile de créer un lien avec elle.

Enfin, après discussion lors de cette rencontre d'équipe, le mandat que j'ai reçu est de faire l'essai d'un travail de psychothérapie individuel auprès de Laurie, travail axé principalement sur le développement de son autonomie. Les peurs rapportées et les obsessions autour de la nourriture feront aussi l'objet de ce travail. De plus, elle devra rencontrer la diététicienne. Quant à son père, il aura la possibilité d'un suivi auprès de la travailleuse sociale. La mère s'exclut en raison de son travail.

#### *Rapport du Médecin Traitant de l'Urgence (Novembre 2003)*

Après cette réunion d'équipe, je prends connaissance des différents rapports contenus au dossier de Laurie en commençant par celui du médecin traitant de l'urgence.

Ainsi, Laurie consulte pour la première fois en psychiatrie en novembre 2003, alors âgée de 16 ans. Elle se présente à l'urgence, accompagnée de ses parents, du psychologue scolaire et de la psycho-éducatrice de l'école. Lors de cette consultation,

Laurie rapporte les difficultés liées aux chiffres et à l'ordinateur, déjà abordées lors de la réunion d'équipe.

Laurie souhaite demeurer une petite fille, maigrir et ne plus grandir physiquement. Pour ce faire, elle adopte un régime végétarien. En novembre 2003, elle pèse environ 72,6 kg et mesure près de 1,60 m.

Laurie ne consomme pas d'alcool, de tabac, ni de drogue. Elle n'a pas de comportement dangereux et ne présente pas de risque suicidaire. Le médecin consultant de l'urgence pose les hypothèses d'un tableau d'allure psychotique, un trouble panique et des éléments d'anorexie. Il prescrit cinq milligrammes de Zyprexa au coucher puis la réfère au Centre des Adolescents, là où je fais mon internat.

*Rapport d'Évaluation Pédopsychiatre (18 Novembre 2003)*

Le 18 novembre 2003, la psychiatre traitante rencontre Laurie pour une évaluation psychiatrique. Dans son rapport contenu au dossier, outre les origines de Laurie et son histoire actuelle, elle mentionne que Laurie et sa famille parlent le français et l'arabe. Ils ont immigré au Québec pour des raisons politiques et économiques. En Égypte, la mère était femme au foyer. Quant au père, il était professeur de mathématique et faisait de la traduction. Au Québec, la mère est éducatrice en garderie et le père est surveillant, dans un service de garde, en milieu scolaire. Laurie est au niveau secondaire IV au cycle

régulier. Le frère de Laurie, âgée de 20 ans, présente des difficultés intellectuelles et un problème visuel.

Pour des raisons non mentionnées dans ce rapport d'évaluation pédopsychiatrique, Laurie consulte le psychologue scolaire depuis trois ans. Par ailleurs, Laurie craint les fils électriques et les prises de courant, les ascenseurs et le noir. Le soir, au moment du coucher, elle a l'impression d'être surveillée par des monstres ou des fantômes qui lui disent d'une voix menaçante qu'ils vont l'attaquer. Laurie ne veut pas rester seule à la maison car elle a peur des voleurs et d'être kidnappée ou attaquée par des monstres ou des fantômes. En raison de ses peurs, Laurie refuse de dormir dans le noir et de rester seule à la maison. Ses peurs sont présentes depuis le primaire et sont maintenant plus envahissantes. Toutefois, elle parvient moins à les contrôler depuis environ deux ans. Elle se montre critique en regard de ses peurs en reconnaissant leur exagération et leur caractère irrationnel. Elle admet aussi que ces peurs sont dans sa tête. La pédopsychiatre note que Laurie ne présente pas d'idée délirante ou bizarre, ni d'idée de référence, au moment de la consultation. De plus, sa pensée n'est pas désorganisée et il n'y a pas de relâchement des associations. Cependant, elle présente une rigidité, une pensée concrète, un jugement perturbé et peu d'autocritique.

L'histoire développementale de Laurie figure également dans ce rapport. La grossesse de la mère s'est déroulée normalement, sauf à l'accouchement où Laurie est née par césarienne. Les raisons ne sont pas mentionnées. Par ailleurs, Laurie est décrite,

par la mère, comme étant un bébé plutôt facile et sans problème. Elle parle vers un an et acquiert la propreté vers l'âge de deux ans. Laurie connaît un certain retard au niveau de la mobilité, puisqu'elle marche vers l'âge de deux ans, en raison d'une chirurgie au pied gauche vers un an. Vers l'âge de deux ou trois ans, les parents consultent pour les difficultés visuelles de Laurie, ce qui permet de poser le diagnostic du syndrome Laurence-Moon-Biedl. Ce syndrome vous sera présenté un peu plus tard.

Lorsque Laurie arrive au Québec, elle fréquente la maternelle et apprend la langue française en six mois. Elle fait son primaire en classe régulière sans échec scolaire. Toutefois, en raison d'une certaine lenteur, elle bénéficie des services orthopédagogiques et doit travailler très fort. L'entrée au secondaire est plus difficile tant aux niveaux académique et social. Elle obtient des résultats acceptables, sauf en mathématique et en histoire, où elle échoue. Dans le rapport de la pédopsychiatre, il est noté que Laurie présente une intelligence lente et que l'échelle verbale est plus élevée que celle non verbale. Ces résultats proviendraient de l'échelle d'intelligence WISC-III-R. Cependant, le nom de l'examineur de ce test, la date de passation et les scores bruts ne sont pas spécifiés. Malgré ses difficultés, Laurie dit aimer l'école. Ses amis sont ceux qu'elle fréquente à son école. Toutefois, elle les voit peu en dehors des heures scolaires puisque ses amis demeurent loin de chez elle.

À la maison, Laurie est très opposante et insultante. Elle fait des crises et menace de se suicider ou de tuer sa famille et ce, sans plan précis. À quelques reprises, elle s'est



automutilée en s'égratignant les bras. À l'extérieur de la maison, elle se contrôle. Outre cela, Laurie aime s'amuser avec ses animaux, regarder la télévision, lire, dessiner et écrire. Plus tard, elle aimerait travailler avec les animaux.

Les impressions diagnostiques notées au rapport d'évaluation pédopsychiatrique sont un trouble anxieux non spécifié chez une adolescente immature, avec une atteinte cognitive probable. Un éventuel trouble envahissant du développement, possiblement non spécifié, est à envisager en raison des bizarreries ; toutefois, il est important de vérifier préalablement si le syndrome de Laurie peut expliquer ses peurs et comportements. La présence d'un trouble alimentaire est aussi à considérer. Il n'y aurait pas d'élément déclencheur, mis à part l'entrée au secondaire et les tensions familiales.

Enfin, comme Laurie refuse tout médicament et suivi en psychiatrie, l'arrêt du Zyprexa est appliqué. De plus, une rencontre avec l'école aura lieu prochainement pour mettre en place un plan d'intervention.

*Rapport d'Évaluation du Psychologue Scolaire (3 Novembre 2003)*

En novembre 2003, le psychologue scolaire effectue une évaluation psychologique auprès de Laurie. L'objectif sous-jacent est de cibler les besoins de Laurie pour l'année scolaire 2003-2004, entre autres, en conséquence à ses échecs dans certaines matières

scolaires. Avec l'accord de Laurie, le rapport du psychologue a été transmis au dossier de cette dernière à l'hôpital. Toutes les informations apportées à cette section proviennent du rapport d'évaluation du psychologue scolaire. Ainsi, dans le rapport d'évaluation, daté du 3 novembre 2003, il est noté que Laurie refuse de se présenter à ses cours de mathématiques, de sciences physiques et d'informatique. Ses enseignants ont aussi rapporté des pensées bizarres, de la part de Laurie, concernant ses peurs du curseur des ordinateurs et de certains chiffres sur la calculatrice. Lorsqu'on l'oblige à aller en classe, elle peut faire des crises et évoquer le désir de mourir. Toutefois, elle n'a pas de plan précis et n'a jamais posé de geste suicidaire.

Le psychologue scolaire note également dans son rapport qu'au cours d'une entrevue avec Laurie, celle-ci fait allusion à ses peurs, déjà citées plus haut dans ce présent ouvrage. En raison de ses craintes, elle aimerait dormir tous les soirs dans le lit de ses parents, alors que ceux-ci refusent. Laurie ne veut pas faire face à ses peurs car elle craint de perdre le contrôle. De plus, elle rapporte qu'elle ne pense pas au suicide. Toutefois, elle a déjà menacé de se suicider devant ses parents, en se plaçant un sac sur la tête et en arrêtant de respirer.

D'autre part, Laurie est dégoûtée par la sexualité et les menstruations. Le psychologue mentionne que l'évaluation d'un abus sexuel n'est pas concluante. Par ailleurs, Laurie refuse de manger des protéines, car elle ne veut pas avoir un corps de femme.

Laurie fait des crises à la maison lorsque ses parents prononcent les mots « cadeaux » et « dormir ». À ces moments, elle dit ressentir des coups dans la tête, comme une bulle qui éclate. Par contre, « dormir » peut être remplacé par des synonymes comme « coucher » et « faire dodo ». Laurie refuse que le psychologue et elle-même prononcent ces mots au cours de l'entrevue. Elle préfère les écrire sur papier. Laurie rapporte l'impression d'entendre des voix et des rires de vampires et de fantômes. Elle s'imagine aussi que des mains de vampires essaient de la toucher. De plus, elle aurait peur de brancher les appareils électroniques dans les prises électriques. Elle pense qu'elle a commencé à voir des monstres vers l'âge de neuf ou dix ans, suite à un choc reçu, alors qu'elle a introduit un doigt dans une prise de courant. À ce moment, elle aurait vu des visages monter sur son bras.

Le psychologue recommande une évaluation en pédopsychiatrie afin de confirmer ou d'infirmer un trouble psychotique. Il recommande également de poursuivre l'évaluation concernant la possibilité d'attouchements sexuels dans le passé. Cette hypothèse est soulevée en raison du dégoût pour la sexualité, puis par le refus de grandir, d'avoir des menstruations et un corps de femme. Enfin, il se questionne à savoir si des carences alimentaires peuvent influencer l'humeur et l'anxiété.

*Document Informatif Concernant le Syndrome Laurence-Moon-Biedl*

Dans le dossier de Laurie, je retrouve également quelques feuilles décrivant le syndrome Laurence-Moon-Biedl. Ces informations ont été recueillies par les professionnels de l'école qui travaillent auprès de Laurie. Ces références proviennent de différents auteurs, soient Bauman & Gwendolyn, (1973), Pearce, Gillan & Brosseau, (1984) et Mielcarek, (1985). Les informations présentées dans cette section proviennent du document informatif qui se retrouve dans le dossier de Laurie. Au niveau des caractéristiques médicales, il est mentionné qu'il s'agit d'un syndrome génétique rare pouvant comporter une rétinite pigmentaire (dans 93 % des cas), de l'obésité (90 %), un retard mental (86 %), une polydactylie (75 %) et une aplasie génitale (66 %).

Au niveau de la motricité, on note une démarche particulière et une difficulté à apprendre de nouveaux mouvements. La personne aux prises avec ce syndrome ne serait pas consciente de la différence de ses gestes par rapport à son entourage. De plus, la coordination œil-main serait très pauvre et ce, particulièrement dans les activités graphiques. La possibilité d'une certaine dégradation biochimique pourrait expliquer plusieurs de ces difficultés.

Au niveau de la personnalité, elle serait susceptible d'être amorphe et peu intéressée aux choses qui l'entourent. Elle s'impliquerait peu dans les activités et aurait de la difficulté à s'intégrer et à entamer une discussion. Cependant, elle serait facile à

approcher et aurait un bon sens de l'humour. Lorsqu'elle se sent en confiance, elle peut parler beaucoup et sans arrêt. Par ailleurs, il y aurait une incapacité à expliquer des activités avec des concepts et des mots, puis une difficulté à émettre de l'information tant aux niveaux verbal et moteur. Il s'agirait d'une personne très mécanique qui s'occupe par des travaux répétitifs. Elle réagirait aux situations anxiogènes par des réactions internes et aurait peu de moyens d'agir. À l'adolescence, elle pourrait manifester des crises d'humeur. Elle aurait une émotivité à fleur de peau et se sentirait facilement rejetée. Face à l'inconnu, elle peut ressentir beaucoup d'anxiété, voire même paniquer.

Au niveau cognitif, le retard mental, quoique présent chez certains atteints du syndrome, est remis en question. En effet, la mauvaise vision, l'émotivité et l'apathie pourraient limiter les capacités d'apprentissage de ces personnes. De plus, les capacités d'abstraction seraient limitées. Par contre, elles possèdent une bonne mémoire, surtout par rapport à ce qu'elles ont entendu ou fait, mais pas ce qu'elles ont lu. L'apprentissage se ferait principalement par mémorisation et de façon mécanique, par répétition. La personne atteinte par ce syndrome aurait tendance à la reproduction d'actes erronés n'aboutissant jamais à la réponse escomptée. De plus, elle pourrait difficilement transférer ses connaissances dans les situations nouvelles. Cependant, elle peut facilement apprendre des situations assez complexes et compléter l'école de niveau secondaire. D'autre part, elle serait peu créative et n'apporterait jamais de solutions aux

problèmes. Cependant, elle collaborait très bien. De plus, elle présente une faible capacité à faire des choix.

Au niveau des perceptions, elle aurait un schéma corporel bien établi, mais de façon partielle. Elle absorberait lentement l'information reçue et pourrait répéter la moitié d'une phrase dite à vitesse normale. Dans ce document, il est aussi proposé certaines approches pour intervenir avec ces personnes, telles que d'utiliser l'humour et d'enseigner par des processus répétitifs en simplifiant le plus possible. Il est aussi conseillé que tous les intervenants utilisent la même terminologie. Enfin, ces gens auraient aussi besoin d'aide pour transférer des concepts mémorisés en action (Bauman & Gwendolyn, 1973 ; Pearce, Gillan & Brosseau, 1984 ; Mielcarek, 1985).

#### *Autres Références Concernant le Syndrome Laurence-Moon-Biedl*

Afin d'approfondir la connaissance de ce syndrome, quelques écrits supplémentaires s'avèrent utiles. Les références trouvées rapportent les mêmes symptômes de retard mental, d'obésité, de rétinite pigmentaire, de polydactylie et d'aplasie génitale (Riise & al., 2002 ; Green & al., 1989 ; Macklin, 1936 ; Reilly & Lissner, 1932). Bing (1931) et Todd (1955) évoquent ces mêmes symptômes, en plus d'une apathie et d'une monotonie. Dans son étude, Todd (1955) rapporte que 70 % des sujets atteints du syndrome Laurence-Moon-Biedl sont affectés par un retard mental, alors que 11 cas sur 82 n'ont pas de déficience intellectuelle. Green et ses collègues (1989) font mention du

syndrome Bardet-Biedl qui serait un dérivé du syndrome Laurence-Moon-Biedl. Dans cette étude sur le Bardet-Biedl, ces auteurs concluent que le retard mental, la polydactylie et l'aplasie génitale ne sont pas nécessairement présents chez tous les sujets atteints de ce syndrome. La sévérité des difficultés d'apprentissage est habituellement faible à modérée, alors qu'une minorité est atteinte d'un retard mental sévère. Quelques sujets auraient même complété des études universitaires. Par ailleurs, ils rapportent que les douze femmes de leur étude ont toutes des menstruations irrégulières.

Dans le dictionnaire de médecine Flammarion, on ne retrouve pas de distinction entre les syndromes Laurence-Moon-Biedl et Bardet-Biedl. Leur définition est la même :

Syndrome polymalformatif caractérisé par l'association d'une rétinite pigmentaire, d'une obésité, d'un retard intellectuel, d'une syndactylie ou d'une polydactylie, et d'un hypogonadisme hypogonadotrophique. D'autres anomalies peuvent s'observer (atteintes cardiaques et rénales, nanisme, ataxie, nystagmus). La transmission se ferait selon un mode autosomique récessif. (p. 507).

Par ailleurs, les parents observent souvent, chez leur enfant atteint de ce syndrome, des difficultés comportementales impliquant des accès de colère, de la frustration et un manque de flexibilité. Ces enfants présentent une immaturité émotionnelle, ainsi qu'une faible capacité de raisonnement. Quant aux adultes atteints, ils sont souvent désinhibés et manquent d'habiletés sociales. Plusieurs préfèrent une routine stable et tolèrent mal le changement. Certains montrent des tendances obsessives-compulsives (lavage fréquent

des mains ou attaques de panique), des symptômes de dépression ou une déficience d'attention avec ou sans hyperactivité. En 1955, Todd rapportait un sujet présentant des symptômes de paranoïa parmi les 82 cas atteints du syndrome Laurence-Moon-Biedl de son étude. Il ajoutait qu'aucun autre individu touché par ce syndrome n'a présenté des symptômes psychotiques parmi tous les cas rapportés jusqu'à ce jour par d'autres auteurs. Quant à Beales (1999), il mentionne deux individus ayant reçu le diagnostic de schizophrénie.

Pour ce qui est de Laurie, il nous apparaît que les symptômes de son syndrome sont principalement une rétinite pigmentaire, une myopie sévère, une intelligence lente et de l'obésité (en début de processus thérapeutique). Au plan moteur, sa démarche est lente. Au niveau de la personnalité, elle semble démunie pour se défendre et peut présenter des crises d'humeur. Il s'agit d'une personne ayant l'émotivité à fleur de peau et étant très anxieuse face à l'inconnu. Elle présente une pensée très concrète et semble limitée au niveau de l'abstraction. Elle aurait aussi une faible capacité à prendre des décisions. Elle aurait tendance à être en attente, serait collaboratrice et intéressée à recevoir, mais apporterait peu d'éléments pour améliorer la situation. Par rapport aux perceptions, il serait possible qu'elle ait un schéma corporel bien établi, mais de façon partielle.



*Similarités Entre le Syndrome Laurence-Moon-Biedl et le Trouble Envahissant du  
Développement ou le Trouble Psychotique*

En comparant les symptômes du syndrome Laurence-Moon-Biedl avec ceux du trouble envahissant, il est possible de constater certaines similarités. En effet, des difficultés motrices au niveau des mouvements, des agissements mécaniques et répétitifs, une tendance à la persévération, une très bonne mémoire, puis de la difficulté à entamer une discussion, peuvent être observés dans ces deux troubles (Rogé, 1999 ; American Psychiatric Association, 1996). Par ailleurs, chez les gens atteints du syndrome Laurence-Moon-Biedl, on peut noter la perception partielle du schéma corporel (Bauman & Gwendolyn, 1973 ; Pearce, Gillan & Brosseau, 1984 ; Mielcarek, 1985). Il sera possible d'observer dans les dessins de Laurie, ultérieurement, comment elle insiste sur certaines parties du corps. Cet aspect est aussi rencontré dans les troubles psychotiques (Bergeret, 2000). À la lumière de ces informations, je remets en question la possibilité d'un diagnostic de trouble envahissant chez Laurie.

*Rencontre des Membres de l'Équipe (Pédopsychiatre, Travailleuse Sociale,  
Diététicienne et Moi-Même), de Laurie et son Père (17 février 2004)*

Comme Laurie a accepté de venir en thérapie, quoi que ce soit contre son gré par peur d'être expulsée de son école, une rencontre a eu lieu avec Laurie et son père le 17 février 2004. En plus de Laurie et son père, toute l'équipe de l'hôpital impliquée, soit la

pédopsychiatre, la travailleuse sociale, la diététicienne, ainsi que moi-même et une psychologue (ma superviseure), étions présents. La mère était également invitée à y participer, mais elle était absente en raison de l'impossibilité de s'absenter de son travail.

Lors de cette rencontre, Laurie est accompagnée de son père qu'elle suit de loin en marchant lentement, les épaules courbées vers l'avant. Elle porte un ensemble en coton ouaté rose et blanc, à l'allure infantile, ainsi que des lunettes épaisses. Elle laisse son père entrer le premier et s'assoit en laissant une place vide entre son père et elle.

La psychiatre présente alors les membres de l'équipe à Laurie et son père. Laurie dit qu'elle ne veut pas venir ici, mais elle est obligée sinon elle ne pourra plus aller à son école. Son père nous parle un peu des peurs de Laurie concernant l'ordinateur et les chiffres. Il ne comprend pas pourquoi elle a développé ces peurs, mais il apporte certaines hypothèses. Entre autres, il pense que ces peurs sont présentes depuis deux ans, alors que Laurie a fait une diète. Laurie lui répond d'un ton sec et fâché qu'elles sont apparues depuis plus longtemps. Laurie, tout en pleurant, dit que ses peurs sont seulement différentes des autres et que les gens ne la comprennent pas. Elle voudrait qu'on la laisse tranquille.

Elle raconte dans ces mots qu'elle est ennemie avec la vie, a beaucoup de colère contre la vie et ne pense pas que ça va s'arranger. Il semble difficile pour le père d'entendre les souffrances de sa fille. Il réagit par des soupirs, tente de lui couper la

parole et essaie d'embellir les choses ou de lui faire la morale. Il s'agit d'un homme ayant beaucoup de prestance pouvant susciter un sentiment d'envahissement. Lorsque des questions sont posées à Laurie, son père répond à sa place. On doit lui demander à plusieurs reprises de laisser sa fille parler, ce qu'il arrive à faire.

Parmi les membres de sa famille, Laurie serait plus proche de sa mère. Quant à son frère, il l'insulte et elle crie alors contre lui. Par ailleurs, le père raconte que Laurie aime beaucoup les animaux. Ils en ont eu plusieurs par le passé, mais ils les gardaient seulement un an environ. Par la suite, ils s'en débarrassaient car les parents étaient tannés. Ils parlent aussi des oiseaux qu'ils ont en ce moment. Laurie demande à son père si ceux-ci vont rester, ce que le père confirme.

Par ailleurs, le père nous apprend que sa femme est sa cousine. Dans un premier temps, il songeait à entrer chez les frères religieux. Finalement, il a renoncé et pensait que sa cousine pourrait être le meilleur choix pour le comprendre. Il raconte également qu'ils ont immigré au Québec pour offrir une meilleure qualité de vie à sa famille, principalement pour ses enfants. Ils souhaitaient qu'ils puissent avoir accès à de meilleurs soins pour leur problématique. Il mentionne que ses enfants sont sa raison de vivre et ajoute qu'il se sent coupable de leur avoir transmis ces troubles.

À la fin de la séance, il est convenu que Laurie me rencontrera dès la prochaine semaine pour un suivi individuel hebdomadaire. Quant à son père, il verra la

travailleuse sociale. Ce dernier nous remercie avec beaucoup d'insistance pour les bons soins que nous donnerons à sa fille. Il nous serre la main d'une poignée ferme alors que Laurie offre une main frêle.

### *Réflexions sur la Problématique de Laurie en Regard des Informations Obtenues*

J'émettrai maintenant des réflexions permettant de mieux comprendre la problématique de Laurie en regard des informations recueillies. Brièvement, rappelons que le médecin de l'urgence pose les hypothèses d'un tableau d'allure psychotique, un trouble panique et des éléments d'anorexie. La pédopsychiatre traitante propose un trouble anxieux non spécifié chez une adolescente immature avec une atteinte cognitive probable. Un éventuel trouble envahissant du développement non spécifié est aussi envisagé en raison des bizarreries. Toutefois, il faudrait préalablement vérifier si le syndrome de Laurie peut expliquer ses peurs et ses comportements. La présence d'un trouble alimentaire est aussi à considérer. Il n'y aurait pas d'élément déclencheur comme tel, mis à part l'entrée au secondaire et les tensions familiales. Finalement, le psychologue scolaire se questionne à savoir s'il y a présence d'un trouble psychotique chez Laurie, ainsi qu'un passé d'attouchements sexuels à son égard. Il questionne également la possibilité que son alimentation puisse influencer son humeur et son anxiété.

Ainsi, on constate que Laurie présente un tableau clinique complexe pour lequel il est difficile de faire un diagnostic différentiel sans prendre le temps d'analyser les données en profondeur. On peut penser que plusieurs des symptômes présents chez Laurie peuvent s'expliquer par son syndrome et être accentués par son environnement et son stade développemental, soit l'adolescence.

En regard de cette complexité, des réflexions s'imposent. Tout d'abord, Laurie est aux prises avec une rétinite pigmentaire et une myopie sévère. Les gens affectés par de tels problèmes compensent leur handicap en surdéveloppant leurs capacités auditives (Lehalle & Mellier, 2002 ; Hodapp, 1998). Ainsi, on peut présumer qu'ils ont parfois l'impression d'entendre des bruits ou de voir des choses qui n'existent pas. Comme ils ne voient pas, ils peuvent interpréter ces perceptions de façon erronée. On peut présumer que Laurie peut avoir l'impression qu'il y ait des gens autour d'elle lorsqu'elle croit entendre des bruits dans le noir. Elle peut aussi voir apparaître des objets sur l'ordinateur qui lui font peur car elle arrive mal à les distinguer. À première vue, ces impressions peuvent être considérées comme des symptômes psychotiques, alors qu'ils n'en sont pas. Il est possible de penser que ses peurs ne proviennent pas d'hallucination, mais plutôt de son imagination et sa difficulté à voir. En plus, il est connu que les enfants ont peur des monstres et de toutes sortes de créatures, telles que les fantômes et les vampires (Durand & Barlow, 2002). Laurie est une adolescente, mais présente la maturité psychologique d'un enfant. De plus, elle affirme elle-même qu'elle sait que ses peurs sont dans sa tête, mais qu'elle a de la difficulté à les contrôler. Il pourrait aussi

s'agir de pensées obsessionnelles ou bien de manipulation pour contrôler son environnement. Nous aborderons cet aspect un peu plus tard. Par ailleurs, les peurs de l'obscurité semblent liées aux thèmes de la destruction et de l'atteinte à l'intégrité physique, puis à celui de la séparation (Lehalle & Mellier, 2002). On peut penser que l'adolescence, période de séparation-individuation vis-à-vis des parents, effraie Laurie. Ainsi, elle développe toutes sortes de peurs qui cachent profondément une peur de la séparation.

D'autre part, au cours d'une rencontre individuelle avec Laurie, elle me raconte qu'une fois, alors qu'elle utilisait un ordinateur, il est apparu un objet à l'écran sans qu'elle s'y attende. Elle croit avoir aperçu un sablier, mais doute puisqu'elle l'a vu rapidement. De plus, avec son handicap visuel, elle se demande si elle peut avoir mal vu. Cependant, l'apparition de cet objet lui a fait très peur, voire même jusqu'à provoquer chez Laurie des symptômes d'attaque de panique de par son effet inattendu. Submergée par la peur et handicapée visuellement, elle a tenté de donner un sens à des symptômes aussi intensifs que le tremblement, les pleurs et la tachycardie. Cette image et ces sensations de panique sont demeurées imprégnées en elle comme menaçantes et traumatisantes, ce qui l'amène à vouloir éviter les ordinateurs. Dans le livre de Durand & Barlow (2002), il est noté qu'une situation inattendue et surprenante est souvent à l'origine d'une attaque de panique. Alors que la personne n'y voyait pas de danger auparavant, la situation devient un élément anxiogène de la vie courante. Par ailleurs, selon Andreeasen, cité dans le livre *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*

(Chabane, Vila & Mouren-Simeoni, 1999, p. 144), « les hallucinations sont rares en dehors du cadre de la schizophrénie, mais peuvent également survenir chez des enfants non psychotiques (délires d'origine organique, troubles des conduites, troubles anxieux). On peut confondre ces manifestations hallucinatoires avec la pensée magique de l'enfant ou une activité fantasmagorique ». Puis, Garralda, toujours cité dans ce même livre, rapporte que les enfants avec un trouble psychotique, se distinguent de ceux n'ayant pas ce trouble par la présence d'indicateurs supplémentaires de la lignée schizophrénique (trouble de la pensée, agitation, suspicion, abrasion des affects, apathie, anhédonie). Ces derniers symptômes ne sont pas présents chez Laurie. De plus, son handicap visuel associé à un trouble anxieux pourrait expliquer les visions d'allure psychotique de Laurie.

Laurie pense que le sablier de l'ordinateur et certains chiffres sont des monstres qui veulent l'attaquer. Cependant, elle sait que ces peurs sont dans sa tête. On peut aussi se demander si Laurie tente de contrôler son environnement et ses activités en utilisant ses craintes pour éviter certains cours. En effet, Laurie peut avoir tendance à manipuler son environnement par des comportements provocateurs (faire une crise pour obtenir ce qu'elle veut, se mettre un sac sur la tête devant ses parents lorsqu'elle est fâchée contre eux).

Par ailleurs, Laurie a un problème de surpoids pouvant s'expliquer par son syndrome. Pour y remédier, elle souhaite maigrir en suivant un régime végétarien

sévère. Tout comme plusieurs adolescentes et femmes, il est possible de croire que Laurie est insatisfaite de son corps et est influencée par les critères de beauté et de minceur de la société (Baker, Sivyer & Towell, 1998 ; Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1984). Son handicap visuel n'empêche pas qu'elle soit insatisfaite. En effet, selon Barker, Sivyer et Towell (1998), les gens qui perdent la vue en grandissant peuvent être insatisfaits de leur corps, démontrer une attitude négative face à la nourriture, puis être influencés par les standards de la société. De plus, Laurie se retrouve dans un milieu scolaire secondaire où il y a des filles minces et des garçons. D'un côté, elle souhaite demeurer une petite fille et de l'autre, elle souhaite plaire physiquement. On peut penser que Laurie est affectée par son syndrome, ce qui est douloureux et l'empêche de croire qu'elle peut être une femme belle et attirante. Il serait ainsi moins douloureux pour elle de se convaincre qu'elle souhaite demeurer une petite fille.

Un autre symptôme du syndrome Laurence-Moon-Biedl qui affecterait Laurie est la lenteur intellectuelle. Ainsi, la myopie sévère et la lenteur intellectuelle peuvent contribuer aux difficultés de Laurie à se débrouiller par elle-même, à manquer de confiance face à l'avenir et à vouloir demeurer une petite fille. En plus, la peur de l'inconnu, autre symptôme de son syndrome, peut amplifier ces difficultés.



Jusqu'ici, j'ai tenté de comprendre les troubles présentés par Laurie, en regard de son syndrome. Regardons maintenant d'autres aspects pouvant nuire à son autonomie et influencer l'apparition ou le maintien de ses symptômes cliniques.

Il est possible de poser l'hypothèse que les parents ont surprotégé leur enfant pour différentes raisons, ce qui a eu pour conséquence de nuire au développement de son autonomie. Des définitions de la surprotection parentale sont proposées dans l'article écrit par Holmbeck et ses collaborateurs (2002), puis dans celui de Lowinger et Kwok (2001). La surprotection est une protection excessive qui tient compte du niveau de développement et des habiletés de l'enfant. Elle renvoie également à une intrusion parentale au niveau du développement de l'expression de soi de l'enfant. Par ailleurs, les parents qui protègent trop leur enfant seraient excessivement anxieux face à leur rôle parental et au bien-être de leur enfant, démontreraient des contacts physiques et sociaux exagérés, infantiliserait leur enfant, seraient intrusifs et au-devant des comportements indépendants de leur enfant. Cette surprotection peut contribuer au développement de tensions dans la relation parent-enfant, de symptômes de dépressions et de comportements oppositionnels (résistance et défiance) chez ces enfants. Cela peut aussi entraver le développement de l'indépendance. Ces difficultés sont plus susceptibles de se présenter à l'adolescence en raison du développement normal de la prise de décision à cette période de la vie. De plus, ce manque d'autonomie peut amener un accroissement des difficultés d'ajustement psychosocial, des symptômes internes et externes, un retrait social et une faible estime de soi.

Par ailleurs, selon une étude de Holmbeck & al. (2002) portant sur les enfants atteints d'une maladie chronique, soit le spina bifida, les parents de ces enfants seraient davantage surprotecteurs comparativement aux parents ayant des enfants en santé. Sans mentionner les raisons, les auteurs notent que les résultats obtenus ne pourraient toutefois être généralisés à l'ensemble des enfants souffrant de diverses maladies chroniques. Dans le même ordre d'idées, les parents des enfants aux prises avec des déficiences au niveau des habiletés cognitives protégeraient également leur enfant de façon excessive. Ainsi, ces parents laissent moins d'autonomie à leur enfant, ce qui interfère avec le développement normal de l'indépendance. On pourrait comprendre la surprotection observée chez les parents de Laurie envers leur fille, à la lumière des résultats de cette étude.

En ce qui concerne Laurie, elle souffre d'un syndrome se caractérisant par une rétinite pigmentaire et la lenteur intellectuelle. Ainsi, elle présente une vulnérabilité qui affecte son autonomie et ses capacités. Rappelons que les parents dont leur enfant est handicapé au niveau des habiletés intellectuelles sont plus portés à adopter des comportements surprotecteurs que les autres parents (Holmbeck & al., 2002). De plus, comme les parents sont cousin et cousine, la consanguinité a engendré la transmission du syndrome Laurence-Moon-Biedl chez leur fille. De plus, les parents ayant transmis une maladie quelconque à leur enfant ressentent généralement de la culpabilité, ce que le père confirme lors de la rencontre dans laquelle il participait avec les membres de

l'équipe et Laurie. Pour compenser et soulager leur culpabilité, les parents tentent de surprotéger leur enfant, ce qui affecte leur capacité d'autonomie. On peut penser qu'en plus du syndrome affectant son indépendance, les parents de Laurie ont pu de la même manière gêner le bon développement de son autonomie.

Par ailleurs, Laurie provient d'une famille de culture arabe, mais vit dans une culture québécoise où les valeurs sont très différentes. Les pères, dans la culture arabe, prennent beaucoup de place dans leur famille, sont très autoritaires et laissent peu de liberté et de pouvoir de décision à leurs enfants, principalement leurs filles. Les pères dirigent leurs enfants et ces derniers doivent obéir. Dans cette communication hiérarchique, les parents, principalement le père, utilisent la colère et la punition. Quant aux enfants, ils réagissent par les pleurs, la déception ou le refoulement et l'autocensure. Leur affirmation n'est donc pas favorisée. De plus, les enfants de culture arabe ne sont pas encouragés à s'individualiser, ni à se séparer de leurs parents. Ces derniers ont tendance à protéger excessivement leurs enfants (Abudabbeh, 1996). Cette surprotection affecte l'autonomie et le bien-être psychologique. Elle peut également entraîner des comportements d'opposition de la part de l'adolescent qui souhaite plus de liberté, ainsi que des conflits parent-enfant. On peut même retrouver des difficultés d'adaptation et des troubles psychopathologiques chez les enfants trop protégés (Lowinger, Kwok, 2001). Lors de la rencontre entre les membres de l'équipe, puis Laurie et son père, Laurie est opposante vis-à-vis son père, alors que ce dernier est contrôlant et envahissant. La pédopsychiatre rapporte également cette opposition dans son rapport

d'évaluation pédopsychiatrique. Ces contraintes patriarcales peuvent exacerber l'opposition de Laurie vis-à-vis son père. Par ailleurs, il est connu que les enfants de parents autoritaires sont moins responsables, plus dépendants, plus tristes et plus agressifs (Lehalle & Mellier, 2002). De plus, les problématiques souvent rapportées, chez les familles de culture arabe vivant dans un environnement de culture occidentale, sont des problèmes générationnels ; les parents veulent transmettre les normes de leur culture d'origine, alors que les enfants, confrontés à une culture différente, ont de la difficulté à accepter les valeurs culturelles de leurs parents (Abudabbeh, 1996).

En lien avec l'aspect culturel, notons que les gens de culture arabe consultent rarement et le font lorsqu'ils sont référés. Il est même découragé de parler de ses problèmes émotionnels auprès d'un professionnel. Comme la famille est une unité très valorisée, le soutien est plutôt favorisé dans la famille, d'autant plus que la révélation d'un secret « honteux » entache toute la famille. Enfin, les interventions thérapeutiques sont souvent perçues comme une interférence à l'autorité du père (Abudabbeh, 1996). Nous verrons plus tard comment cela a pu influencer la participation du père au processus de thérapie.

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent amener une compréhension à l'égard du comportement opposant de Laurie vis-à-vis son père. Tout d'abord, Laurie refuse le suivi psychologique, du moins en centre hospitalier, puisqu'elle a rencontré à maintes reprises le psychologue de son école. Ainsi, elle peut ressentir une forte colère vis-à-vis

son père qui la conduit à ses rendez-vous. Il semble que Laurie ait trouvé le moyen de contrôler son environnement et de s'adapter en utilisant l'opposition et la manipulation. De plus, comme la communication est hiérarchique dans ce système patriarcal, les enfants s'expriment à leurs parents par les pleurs et l'autocensure (Abudabbeh, 1996).

En plus, il semble que le père de Laurie soit très présent, voire même envahissant. On peut présumer que Laurie réagit à cette intrusion. En effet, selon Winnicott (1989a), lorsque l'environnement empiète sur l'enfant, ce dernier y réagit plutôt que d'utiliser son agressivité pour explorer son environnement. Le retrait et la réaction à l'envahissement permettent l'existence individuelle. Comme l'enfant ne peut se séparer en explorant son environnement, le développement de son individualité et de son autonomie est compromis.

On peut présumer que la culpabilité de ses parents face à la transmission de cette maladie, la vulnérabilité de Laurie engendrée par son syndrome aux yeux de ses parents, l'immigration et la culture arabe, sont susceptibles de contribuer au manque d'autonomie chez Laurie. De plus, elle présente une grande immaturité et des peurs infantiles (fantômes, monstres, vampires, le noir et vouloir dormir avec ses parents pour contrer ses craintes). Ces peurs sont pires depuis qu'elle a environ 13 ans, âge du début de l'adolescence. D'un côté, elle souhaite demeurer une petite fille, mais de l'autre, elle s'oppose à son père. Il est difficile et probablement épeurant pour Laurie de développer son autonomie et acquérir un sentiment de devenir adulte dans des conditions ainsi

contraignantes. On peut penser que la peur de la séparation amène chez elle des symptômes d'allure psychotique, des troubles anxieux et des éléments d'anorexie.

Par ailleurs, l'hypothèse d'attouchements sexuels à l'endroit de Laurie a été soulevée par le psychologue scolaire en raison du dégoût de Laurie pour la sexualité, son désir de ne pas avoir un corps de femme et sa peur du noir. En plus, elle craint les monstres qui pourraient l'attaquer et la toucher, puis se met en colère lorsqu'elle entend les mots « cadeau » et « dormir ». Cependant, il n'existe pas d'évidence d'abus dans son dossier. De plus, les études sur les troubles alimentaires, particulièrement pour l'anorexie, montrent que le dégoût pour la sexualité et le désir de garder un corps d'enfant sont présents dans le cadre de cette problématique. De plus, la majorité des filles développant l'anorexie n'ont jamais été victimes d'abus sexuels (Lawrence, 2002). Cette hypothèse d'abus sexuel n'est donc pas retenue. On peut présumer que son dégoût pour la sexualité et son désir de demeurer une petite fille sont plutôt liés à la douleur de ne pas espérer devenir une femme normale en raison de son syndrome qui la handicape, ce qui est également exacerbé par la culture arabe où la femme est plus soumise. Il semble que vouloir demeurer une petite fille soit plus confortable, moins douloureux pour elle.

Par ailleurs, les filles ayant un trouble alimentaire de type restrictif (restriction alimentaire excessive), tout comme Laurie qui mange que des fruits et légumes, vivent au sein de leur famille, de l'intrusion, de la surprotection et un évitement des conflits

(Carrière, 2003 ; Steiger & Champagne, 1999). Poulin (2003) note également des difficultés d'autonomie, d'individuation et de différenciation des membres, ainsi que de la rigidité dans les relations. De plus, cet article mentionne la possibilité d'insatisfactions concernant le corps et les responsabilités de la vie en général, la peur ou l'inconfort envers la sexualité ou la féminité, puis une difficulté à trouver sa propre identité.

Dans une perspective psychodynamique, le trouble alimentaire serait le refus, pour un enfant ayant servi de récipient, des projections parentales, de prendre ces dernières. Il y aurait présence d'une terreur de l'intrusion et une expérience d'avoir été sujet d'intrusion (physique ou psychologique). Il s'agirait également d'un échec à se différencier adéquatement de la figure maternelle, conséquence de la dévalorisation des tentatives de la fille à devenir une adulte. Cet échec mènerait à des difficultés à maîtriser l'anxiété d'intrusion sexuelle qui est représentée concrètement dans le refus de manger en introduisant quelque chose en soi (Lawrence, 2002). La restriction alimentaire serait également un refus de la féminité afin de protéger contre le potentiel d'intrusion représentée par les parties génitales de la femme. La personne serait prise entre le désir de fusion et la peur de cette fusion. Elle serait également prise entre la terreur d'être seule si elle se sépare et la peur d'être anéantie psychiquement (Birksted-Breen, 1989).

À la lumière de ces informations en lien avec le trouble alimentaire présenté par Laurie, on peut penser que son syndrome ainsi que son environnement familial ont contribué au développement de cette problématique. En effet, Laurie tente de contrôler son environnement et de s'opposer à ses parents en développant, entre autres, des symptômes d'anorexie.

Enfin, Laurie refuse de recevoir de l'aide en psychothérapie, ce qui la rend très en colère d'être obligée de le faire. De plus, elle ne souhaite pas affronter ses peurs car elle craint de perdre le contrôle. Le cheminement en thérapie la confrontera à explorer ce qui est douloureux et à assumer ce qu'elle est. Cependant, cela n'empêche pas qu'il est facile de créer un lien avec elle lorsqu'elle ne se sent pas contrainte. Il sera très important, particulièrement avec Laurie, de créer un lien thérapeutique. Pour ce faire, l'accueillir et lui laisser un espace libre pour s'amener tel qu'elle le souhaite, à son rythme et ce, sans pression à ce qu'elle change, seront nécessaires.

En résumé, il semble que Laurie veuille demeurer une petite fille puisque cette position est plus facile à assumer et moins douloureuse. Des facteurs cumulatifs sont à considérer en regard de l'émergence de ses symptômes cliniques et de leur maintien. En effet, son syndrome, plus précisément la rétinite pigmentaire et la lenteur intellectuelle, puis les contraintes familiales et culturelles, interfèrent avec le développement de son autonomie. Cela l'amène à s'adapter en développant des délires d'allure psychotique, des symptômes d'un trouble anorexique et en agissant comme une fillette. À la lumière de



ces réflexions, le mandat qui s'avère pertinent auprès de Laurie est tout d'abord de créer un lien de confiance avec elle, puis de créer un espace dans lequel elle pourra grandir et développer son autonomie, puis se différencier de ses parents. Il serait également intéressant de refaire une évaluation de la problématique de Laurie après avoir pu établir un lien de confiance avec elle.

Au cours du prochain chapitre, il sera abordé comment les stratégies thérapeutiques ont permis de créer un lien thérapeutique avec Laurie et les effets que ce lien a pu avoir sur son cheminement.

## Deuxième chapitre : la naissance de l'alliance thérapeutique

Ce deuxième chapitre fera l'objet des stratégies utilisées pour développer un lien de confiance entre Laurie et moi. L'observation de l'alliance thérapeutique prend toute son importance dans le cheminement. En effet, les recherches montrent que le lien de confiance établie entre le client et le thérapeute est le meilleur prédicateur de changement et de succès de la thérapie et ce, peu importe l'approche utilisée (Lecomte, Drouin, Savard & Guillon, 2004 ; Keating, 2003 ; Brown & O'Leary, 2000 ; Safran & Muran, 2000 ; Meissner, 1996).

En plus de l'alliance, le transfert prend également une place considérable dans le déroulement de la thérapie. En effet, afin d'intérioriser un bon objet, un client peut avoir besoin d'extérioriser (projeter) ses angoisses et sa haine sur des objets qui deviennent les mauvaises figures et d'intérioriser (introjecter) l'amour, les désirs et les tendances réparatrices à d'autres objets vus comme étant bons. Le thérapeute peut jouer, entre autres, le rôle de la mère ou du père (Klein, 1995). Lorsque la haine pour les parents augmente et devient insupportable, l'adolescent peut transférer sur son thérapeute les qualités jusque-là attribuées aux parents aimés (Lauru, 2002). Dans le même ordre d'idées, Mélanie Klein observe, à travers son travail avec ses patients, que l'intériorisation d'un bon objet amène un sentiment croissant de bien-être, de soulagement et d'affection. Par le fait même, en obtenant du soutien, de l'espoir et du

bien-être, ses patients peuvent faire face à leurs peurs (Hinshelwood, 2001). Ainsi, favoriser un transfert maternel positif est nécessaire auprès de Laurie. Le lien entre Laurie et la thérapeute devra être très fort et positif afin de balancer l'attachement très fort avec la famille. Ceci sera utilisé pour contrer la haine ressentie envers les figures parentales, puis pour influencer positivement le développement de Laurie.

Les qualités personnelles du thérapeute contribuent à une alliance thérapeutique positive. Celles-ci sont la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la fiabilité, l'assurance, la chaleur, l'intérêt, l'ouverture et l'acceptation inconditionnelle. Les techniques utilisées par le thérapeute, telles que l'exploration, le reflet, les interprétations exactes, la facilitation de l'expression des affects, ainsi que l'attention prêtée à l'expérience du client, favorisent également le développement de l'alliance thérapeutique (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Quant à Lecomte (2004), il ajoute la sensibilité aux caractéristiques du client, la flexibilité dans le choix des interventions et la capacité de favoriser un attachement sécurisé chez le client. Il propose également l'utilisation d'interventions qui n'induisent pas un processus de résistance et qui sont adaptées aux styles d'adaptation du client. Il fait également part des capacités du thérapeute de réguler des relations émotionnellement intenses et d'offrir des réponses empathiques et d'acceptation. Enfin, il mentionne la maîtrise et l'application pertinente de techniques adaptées aux besoins du client.

Voyons maintenant les premières rencontres auprès de Laurie au cours desquelles l'alliance a pu naître.

*Première Rencontre Individuelle (25 Février 2004)*

Je rencontre Laurie individuellement pour la première fois le 25 février 2004. Ce fut le commencement d'une thérapie comportant 30 rencontres au total, habituellement à fréquence hebdomadaire.

Je me rends à la salle d'attente pour accueillir Laurie. Elle est assise loin de son père et pleure la tête baissée en direction opposée à son père. Je salue Laurie et l'invite à me suivre, puis son père s'empresse de lui dire de le faire. Laurie se lève, lui jette un regard fâché et me suit de loin. Elle marche lentement avec les épaules courbées. Il semble lourd pour elle d'exécuter les mouvements physiques.

Dans le local de thérapie, je l'invite à s'asseoir, ce qu'elle fait lentement et sans enlever son manteau, qu'elle gardera tout au long de la rencontre. Je lui reflète qu'elle pleure. Cette attention permet l'ouverture sur sa colère. Elle dit en vouloir à tous ceux qui sont contre elle, qui l'obligent à recevoir des soins psychologiques ; ceux-ci sont la directrice, ses professeurs, la psychoéducatrice de son école, puis son père. Elle s'affirme ainsi : « Je me sens écrasée comme une fourmi qu'ils (la directrice de l'école, le personnel de l'école et son père) piétinent et ils s'en foutent. Ils ont du plaisir à la

piétiner. Ils ne comprennent pas mes peurs et ils s'en foutent. Il y a un complot contre moi pour que je vienne ici. Je ne mérite pas ça. J'ai des éclairs dans mon cœur et j'aurais le goût d'avoir une armée de robots qui partent en guerre contre eux et qui prennent mes éclairs et les tuent avec. J'aurais le goût de mettre le feu dans le bureau de la directrice parce que c'est elle qui a pris la décision que je consulte. Je ne veux pas venir ici, ce n'est pas ma place. Je ne suis pas malade, j'ai juste des peurs différentes des autres. J'ai tellement de colère que je vais exploser. J'ai envie de m'évanouir parce que j'ai trop de pression. J'ai envie de mourir pour leur montrer qu'ils sont allés trop loin et qu'ils arrêtent de me forcer. Ils sont des criminels. » Tout au long de cette entrevue, je soutiens son discours avec des reflets. Je questionne également Laurie par rapport à ses intentions de mourir. Elle répond qu'elle a envie de mourir car elle est trop fâchée ; elle voudrait trouver un moyen rapide et sans douleur, mais elle ne sait pas comment faire. Laurie affirme se sentir prise car elle veut aller à l'école pour s'amuser, voir ses amis et faire ses cours (où il n'y a pas d'ordinateur, ni de calculatrice), mais elle ne veut pas consulter ; elle ne sait pas non plus comment faire pour ne plus venir me voir. Elle raconte également qu'à son école, elle fréquente des amis qui la comprennent, ce qui lui fait du bien, mais ils ne savent pas quoi faire pour l'aider à ne plus venir en thérapie.

À la fin de la rencontre, j'informe Laurie à propos de la confidentialité de nos rencontres, en précisant que cela implique que « personne ne saura ce qu'elle me dit. Cependant, pendant les réunions d'équipe, il se peut que je parle de l'évolution de nos

rencontres ». Lorsqu'il est temps de partir, Laurie se lève lentement. Elle ne semble pas pressée de quitter. Elle me remercie, sourit puis se dirige vers la salle d'attente.

*Deuxième Rencontre Individuelle (3 Mars 2004)*

Je me rends à la salle d'attente pour accueillir Laurie. Elle ne me regarde pas et est très en colère. Son père lui demande de me suivre puis me remercie maintes fois. Tout comme à la première rencontre, Laurie marche lentement derrière moi.

Dans la salle de rencontre, elle s'assoit tout en gardant son manteau et attend. Je lui reflète qu'elle est en colère. Elle le confirme en ajoutant qu'elle ne sait pas quoi dire de plus que ce qu'elle a déjà dit à la première rencontre. Elle mentionne à nouveau que le personnel de l'école ne la comprend pas et qu'elle n'a pas envie de venir ici. Elle ajoute que la veille, elle était très en colère car elle savait qu'elle devait venir ici ; elle avait envie de tout casser ; elle n'aime pas le fait que ce soit un hôpital psychiatrique et ne veut pas prendre de médicaments ; elle préférerait venir me voir si je travaillais à son école ou bien en CLSC.

Par la suite, Laurie m'avoue avoir peur que je lui fasse faire un processus ayant pour but de lui faire utiliser l'ordinateur. Devant cette crainte, je lui fais la proposition suivante : « Tu es en colère car tu es obligée de consulter. Comme je te l'ai dit à la première rencontre, ce que tu me racontes est confidentiel. Cela veut dire que je n'ai pas

le droit de répéter à ton médecin, à ton école, ni à ta famille, ce que tu me confies. Tant que tu viens me voir ici, on te permet de continuer de fréquenter ton école, ce que tu souhaites. Donc, ici, je te propose de me parler de ce que tu décides. Si tu veux parler de tes peurs, il y a de la place pour le faire ici, ou sinon, tu peux parler de ce que tu veux et c'est correct ainsi. Je ne te ferai pas non plus utiliser les ordinateurs. » Laurie accepte cette proposition, me dit qu'elle me fait confiance et enlève son manteau. Après cette proposition, d'emblée, Laurie me parle, d'elle-même, de ses peurs.

Un peu plus tard dans la séance, d'un ton animé, Laurie parle de son amour pour les animaux. Elle veut travailler dans une animalerie plus tard puisqu'elle aime caresser, prendre et s'occuper des animaux ; ceux-ci sont ses amis et elle ne leur ferait jamais de mal puisqu'elle les aime. Elle ajoute qu'elle n'a pas besoin d'un ordinateur pour travailler avec les animaux. À la maison, elle a un chat, un chien et des oiseaux. Elle mentionne que son chat lui apporte de la joie et de la protection, car elle ne se sent pas seule avec lui et il lui donne de l'affection. Elle me demande alors si elle peut m'apporter les photos de ses animaux à la prochaine rencontre, ce que je l'invite à faire. Je lui mentionne alors que la rencontre est terminée et qu'on pourra en reparler à la prochaine séance. Elle me fait signe qu'elle a bien compris que c'est terminé, mais elle demeure assise et continue de me parler de ses animaux. Je dois lui rappeler à nouveau la fin de la séance et me lever pour qu'elle en fasse autant. Avant de partir, elle me remercie avec un large sourire et me souhaite une bonne semaine.



*Troisième Rencontre Individuelle (10 Mars 2004)*

Comme à l'habitude, je vais accueillir Laurie dans la salle d'attente. Elle est assise avec son air boudeur et semble fâchée. Lorsque je la salue et l'invite à me suivre, elle s'exécute. Dans la salle d'entrevue, elle enlève son manteau, ce qui est nouveau en début de séance. Puis, elle s'empresse de me montrer les photos de ses animaux et me parle d'eux.

Par la suite, elle me raconte qu'elle se sent stressée puisqu'elle est obligée de venir ici ; elle n'aime pas les hôpitaux en raison des piqûres qui entrent dans la peau et des médicaments. Elle confie qu'elle se sent prise par la directrice de son école qui l'attache avec des menottes en l'obligeant à venir ici ; la directrice a gardé la clé et Laurie ne peut se délivrer.

Elle parle ensuite de ses peurs. « La règle et le sablier sur l'écran de l'ordinateur me font peur. On dirait qu'ils me regardent. L'école a fait arranger mon ordinateur pour ne plus que je les vois, mais parfois, ils apparaissent sans que je m'y attende. Juste d'en parler, cela me donne la nausée et mal à la tête ». Elle aimerait parler d'autres choses, mais ne sait pas quoi dire. Elle mentionne se sentir gênée lorsqu'elle n'a rien à dire. Elle fait part de son inquiétude puisque sa psychiatre lui a dit que si elle ne parle pas, l'école va le savoir et ils la mettront dehors. Je lui demande ce qu'elle comprend de ce que son médecin lui a dit. Elle ne sait quoi dire, mis à part qu'elle soit obligée de parler.

Je lui explique alors qu'elle n'est pas forcée de parler sans cesse et qu'il peut y avoir des silences. Elle me répond qu'elle ne sait pas à combien de temps elle a droit au silence. Je lui répète alors la notion de confidentialité. Elle semble soulagée et répond qu'elle a le droit de ne pas toujours parler puisqu'ils ne le sauront pas.

Par la suite, j'informe Laurie qu'il est l'heure de terminer la rencontre. Elle affirme que c'est correct, mais demeure assise. Elle dit qu'elle aura peut-être des choses à dire à la prochaine rencontre et pourra aussi avoir des silences à d'autres moments. Elle se lève seulement lorsque je me lève. Puis, elle quitte en me souriant.

En résumé, Laurie arrive en thérapie en colère. Elle en veut à tous ceux qui l'obligent à faire un cheminement contre son gré. Toutefois, il est facile de créer un lien avec elle en l'écoutant de façon empathique et en lui laissant l'espace nécessaire dans lequel elle peut se libérer de sa haine. Il est aussi possible de créer un début d'attachement en la rassurant sur la confidentialité et la liberté d'expression en thérapie, puis en l'accueillant avec une ouverture, un intérêt et une acceptation inconditionnelle. Au terme des premières rencontres, Laurie refuse de consulter, mais ne veut pas partir à la fin des rencontres.

Maintenant que nous avons regardé l'amorce du lien thérapeutique dans ce deuxième chapitre, le chapitre suivant portera un regard sur les différents thèmes abordés en thérapie. Nous pourrions également observer l'évolution des différents sujets

déjà amorcés durant ces premières rencontres. Par ailleurs, l'intégration de l'évolution de l'alliance et du processus thérapeutique sera approfondie au quatrième chapitre dans un contexte analytique.

### Troisième chapitre : thèmes abordés en cours de thérapie

Regardons maintenant de plus près les différents thèmes abordés, ainsi que l'évolution du processus thérapeutique. Le travail effectué auprès de Laurie s'appuie sur les approches psychodynamique et humaniste. Mentionnons qu'au cours de ce chapitre, aucune interprétation n'est proposée de ma part en ce qui concerne les différents thèmes et les rencontres avec Laurie. Le matériel provient de ce que Laurie a confié au cours des séances.

### *Première Étape : Développement de l'Alliance Thérapeutique*

Au tout début des rencontres, alors que nous en étions à créer un lien thérapeutique, Laurie commence par aborder toute la rage, la colère et l'impuissance qu'elle ressent de se sentir obligée de faire une démarche thérapeutique en psychiatrie. En début de processus, au niveau verbal, toute sa haine est dirigée vers la directrice, alors qu'une infime partie s'adresse à son père. Cependant, à un niveau non verbal, on peut observer toute la colère qui se dégage de l'attitude de Laurie vis-à-vis son père. Elle ne lui parle pas, le boude et lui jette des regards furieux dans la salle d'attente. Ce n'est qu'au début du mois de juillet, vers la 13<sup>e</sup> rencontre individuelle, que Laurie exprime librement sa colère et sa haine vis-à-vis son père. Nous y reviendrons plus tard.

### Deuxième Étape : Thèmes de l’Intrusion

Outre la colère et l'impuissance de Laurie, abordées en début de cheminement, des thèmes d'intrusion, de toute-puissance versus de soumission, puis de destruction sont aux rendez-vous. Ces thèmes sont très prégnants les 13 premières rencontres.

Tout d'abord, le 24 mars, Laurie rencontre sa psychiatre qui lui suggère une prise de sang pour évaluer son état de santé, compte tenu de la sous-alimentation. Suivant cette rencontre, Laurie commence l'entretien avec moi en prenant le temps de mentionner qu'elle continue d'être fâchée de venir ici. Elle me parle de la prise de sang et de ce que cela représente pour elle : « Je ne veux pas avoir une prise de sang. Ça me fait peur et ça fait mal. Quand l'aiguille entre dans ma peau, c'est comme l'effet d'un petit avion qui s'écrase dans ma peau. Les infirmières vont trop vite. Je me sens prise sur la chaise comme si elles me forçaient ». Ce sujet est de nouveau abordé le 23 juin alors que son père et sa psychiatre insistent auprès d'elle pour qu'elle se soumette à une prise de sang. Lorsque ce sujet est abordé en thérapie, Laurie reprend sensiblement le même discours : « J'ai peur de l'aiguille qui pénètre dans la peau. C'est comme un monstre qui me fait mal, comme la directrice est un monstre. »

Lors des rencontres, nous explorons également comment Laurie se sent de venir à l'hôpital. Elle s'exprime ainsi : « C'est comme un monstre et les portes sont la gueule du monstre. J'ai peur de ne plus pouvoir sortir du monstre. Je me sens prise entre 2 murs.

Ces murs sont des monstres qui me regardent et rient à pleines dents car ils savent que je suis prise. Ils sont plus forts et ils profitent de ma bonté, de mon impuissance, pour me faire peur. Je voudrais les détruire car ils pourraient me faire faire une crise cardiaque. »

Elle aborde également et rapidement sa peur du sablier sur l'écran de l'ordinateur en associant ainsi : « il apparaît de façon inexplicable et me fait peur. Le sablier c'est comme un visage gris épeurant qui voudrait que je ne vois que lui et que je sois toujours avec lui. C'est un monstre qui me regarde et qui veut me prendre dans lui. » Laurie va même jusqu'à affirmer qu'elle aimerait voir encore moins que présentement pour ne plus être capable d'apercevoir le sablier.

#### *Intrusion du Père Face au Cheminement de Laurie*

Le 25 février, lors de la première rencontre individuelle entre Laurie et moi, son père me fait part de son souhait pour que les rencontres avec Laurie soient fixées aux deux semaines. Il ajoute que ce serait mieux pour lui puisque ses rendez-vous avec la travailleuse sociale, engagée dans ce dossier, sont aux deux semaines. Je lui fais part de l'importance de mettre les rendez-vous de façon hebdomadaire afin d'offrir un meilleur service à Laurie. Je lui propose que Laurie vienne seule à ses rendez-vous. Monsieur refuse catégoriquement puisqu'il a peur que sa fille se perde. Il raconte un incident où Laurie s'est trompée d'autobus à son retour de l'école en raison de sa mauvaise vision. Elle est revenue à la maison avec un peu plus d'une heure de retard. Elle a réussi à

revenir en demandant au chauffeur de la guider lorsqu'elle s'est aperçue de son erreur. Inquiets de son retard, ses parents ont appelé la police. Depuis ce temps, il préfère se déplacer avec elle.

À chaque entrevue, lorsque je vais accueillir Laurie dans la salle d'attente, son père m'attend toujours dans le couloir. Il prend beaucoup de temps pour me dire bonjour, s'informer comment je me sens. Il me demande aussi à quelle heure la rencontre finira et m'avertit qu'il ira prendre un café pendant qu'il attend Laurie. De plus, régulièrement, Laurie et son père sont en retard d'environ 10 minutes. Le 7 avril, le père annule le rendez-vous puis à la rencontre suivante, le 14 avril, ils arrivent en retard de 30 minutes. Lorsqu'ils sont en retard, le père s'excuse à maintes reprises en donnant toujours la même raison (le trafic). Le 21 avril, monsieur souhaite changer l'heure du rendez-vous. Nous convenons de le mettre un peu plus tard dans la journée. Malgré cela, ils arrivent parfois en retard, toujours avec la même excuse.

En date, du 7 juillet, Laurie et son père sont encore une fois en retard. Lorsque monsieur vient me saluer et s'excuser pour le retard, je lui fais remarquer que cela se produit fréquemment. Il nie puis reprend la raison du trafic qui l'empêche d'arriver à l'heure. Ensuite, il me lance : « Dites-moi Mme Manon, est-ce qu'il y a du changement pour Laurie. Regardez-la, ça fait peur ! » À ce moment, Laurie est très en colère et se retourne pour ne plus le voir. Je réponds à monsieur que mon rendez-vous est prévu ce matin avec Laurie et que je pourrai le recevoir une autre fois pour discuter de cela. Je lui



rappelle également le rendez-vous prévu très bientôt pour un bilan avec la psychiatre traitante, l'équipe impliquée, monsieur et Laurie. Il acquiesce et demande pour mettre les rendez-vous aux deux semaines pendant l'été. Je lui rappelle qu'il est préférable aux semaines. Il se soumet à cela. Nous verrons plus loin ce que le commentaire du père à l'égard de Laurie a provoqué chez elle.

### *Troisième Étape : Thèmes de la Croissance et de la Sexualité*

Alors que Laurie a pu se libérer de la surcharge de haine qu'elle ressent et d'une partie de ses angoisses d'intrusion, elle commence à aborder des thèmes référant à l'insatisfaction de son apparence physique, puis en lien avec l'amour et la sexualité. Lors d'une entrevue, le 24 mars, Laurie rapporte un rêve dans lequel elle est derrière une porte entrouverte. Dans la pièce voisine, il y a Véronique Cloutier, animatrice de télévision, qui allaite son bébé. Celui-ci a l'air bien. Laurie affirme qu'elle était contente de parler avec Véronique car elle l'aime beaucoup. Elle souhaiterait lui ressembler, voire même être celle-ci, car elle est belle, s'exprime bien et est gentille. Elle aimerait aussi être Stéphanie Lapointe de Star Académie, artiste participant à un concours de chant, car elle est mince et chante bien. Lors de l'entrevue suivante, le 31 mars, elle parle à nouveau de cette artiste en mentionnant qu'elle aimerait avoir une baguette magique et se transformer physiquement comme cette chanteuse afin d'avoir sa beauté, sa couleur de cheveux, sa minceur et sa voix. En ce qui la concerne personnellement, elle n'aime pas son ventre, ni ses cuisses. De plus, elle voudrait maigrir.

Lors des rencontres subséquentes, entre le 14 avril et le 19 mai, Laurie parle plutôt d'insatisfaction au niveau de la hauteur de son corps. Elle aimerait prendre une pilule pour rapetisser. Ainsi, elle se sentirait plus à l'aise dans son corps. Elle vit beaucoup de peine et pleure lorsqu'elle se couche car elle espère être plus petite. Elle se couche en position fœtale, ce qui lui fait du bien. Elle s'exprime ainsi : « Je suis en conflit avec mon corps et je ne l'aime pas car je suis trop grande. Je voudrais changer de corps avec celui de Stéphanie Lapointe. Je ressens de la colère et du dégoût (par rapport à son corps). J'ai peur que mon corps me trahisse et me fasse grandir. »

Comme Laurie ressent la peur de grandir, elle ne mange que des fruits et des légumes. À contrecœur, elle a refusé d'aller au restaurant avec sa famille. D'un côté, elle aurait aimé y aller car elle aime manger, mais en même temps, elle a trop peur de grandir. Elle ne veut pas manger des protéines car celles-ci pourraient la faire grandir, selon elle. Quant à sa psychiatre traitante, elle l'informe que ce sont les hormones de croissance qui font grandir et non les protéines. De plus, à son âge, elle ne grandira plus. Toutefois, elle s'inquiète car des gens de son entourage lui disent qu'elle grandira encore. Laurie ne sait pas qui croire.

Lors de la rencontre du 19 mai, Laurie ne s'inquiète plus par rapport aux protéines. Elle a plutôt peur que son corps la prenne au piège en la faisant grandir. Lors de cette rencontre, nous explorons comment « grandir » résonne en elle. Cela signifie être une femme et elle ne veut pas en devenir une. Pour elle, une femme devient enceinte, le

ventre grossit et il y a la douleur à l'accouchement. Elle est soulagée lorsqu'elle dit : « heureusement, on n'est pas obligée d'être enceinte. » Grandir signifie également vieillir et perdre sa beauté. Par la suite, elle demeure silencieuse et change de sujet en parlant des monstres (sablier) sur l'ordinateur qui la regardent et lui font peur. Elle parle ensuite de la directrice qui l'oblige à venir en thérapie, ce qui fait qu'elle est aussi un monstre. Elle se sent prise entre deux murs qui veulent l'écraser. Elle voudrait les détruire avant qu'ils ne la détruisent.

À la rencontre suivante, le 26 mai, Laurie parle de maux de ventre qu'elle ressent depuis quelques semaines : « je sens mon ventre gonflé. Ça fait très mal dans le bas de mon ventre, comme des contractions. Ça me fait penser à une femme enceinte. J'ai des contractions comme si j'accouchais. » Elle raconte ensuite qu'elle ne veut pas être enceinte et qu'elle n'est pas à l'aise avec l'amour. Pour elle, l'amour renvoie à deux personnes qui s'aiment, s'embrassent et font l'amour. Elle s'exprime ainsi : « Je ne suis pas à l'aise de donner des bécotements sur la bouche, parce que les lèvres se touchent et il y a de la salive. Les langues qui se touchent, c'est dégoûtant. Pour moi, deux personnes en amour, c'est comme des aimants qui s'attirent et on ne peut plus les décoller. » Elle mentionne également que pour être en amour, il faudrait qu'elle soit à l'aise avec la personne. Il serait aussi nécessaire que son amoureux la comprenne et ne la soumette pas à faire ce qu'elle n'aime pas. Laurie aborde, à la fin de cette entrevue, son désir de demeurer une petite fille pour être chérie, ne pas avoir de responsabilité, ni prendre de décision.

Lors de la rencontre du 23 juin, Laurie arrive comme à l'habitude en disant qu'elle n'aime pas venir à l'hôpital et que la directrice est un monstre qui l'oblige à consulter. Je montre tout d'abord mon empathie envers Laurie, en ce qui concerne sa colère d'être soumise au désir de la directrice. Puis, je la confronte en lui faisant remarquer qu'elle a des désirs contradictoires : d'un côté, elle veut demeurer une enfant qui ne prend pas de décision, mais de l'autre côté, elle ne veut pas qu'on décide pour elle. Je souligne que, tant elle sera une enfant, les adultes prendront des décisions pour elle, malgré sa désapprobation. Laurie semble fâchée par ce que je lui dis. Elle affirme vouloir être une enfant, mais qu'on ne décide pas pour elle. Pour elle, être adulte signifie être responsable, prendre des décisions, être seule dans la rue et à la maison. Elle ne veut pas se retrouver seule puisqu'à ces moments-là, elle a l'impression qu'il y a des monstres autour d'elle qui peuvent la kidnapper en arrivant par derrière. Enfin, lors de la rencontre du 23 juin, Laurie mentionne que sa mère s'inquiète d'elle car elle n'a plus ses menstruations. Cependant, Laurie est bien contente puisqu'elle trouve les menstruations dégoûtantes, puis elle n'aime pas la texture, la couleur, ni l'odeur.

*Quatrième Étape : Thèmes de l’Affirmation, de l’Obsession Autour de la Nourriture et du Poids, Puis de la Crainte de Devenir une Adulte*

Les thèmes de l'obsession autour de la nourriture et du poids, de l'affirmation, puis de la crainte de devenir une adulte, commencent à prendre de plus en plus d'importance. Voyons comment ces thèmes évoluent.

*Amorce de la Colère Vis-à-Vis du Père*

Lors de la rencontre du 7 juillet, alors que nous en sommes à la 14<sup>e</sup> rencontre, rappelons que le père de Laurie me demande s’il y a du changement. Il dit également devant Laurie, d'un ton dénigrant : « Regardez-la, ça fait peur ! » Laurie est très fâchée de ce commentaire. Le père de Laurie fait référence au fait que Laurie a perdu beaucoup de poids. Au moment où elle a commencé à venir me voir en février, Laurie pesait près de 72,6 kg. Elle pèse maintenant 55,3 kg et mesure 1,60 m. Elle se situe donc largement dans son poids santé et cette perte de poids améliore même son apparence. Toutefois, dans la culture arabe, un poids plus élevé est favorisé et symbolise la santé.

Après cette remarque dénigrante, je rencontre Laurie. Elle est très fâchée. Elle exprime réellement pour la première fois la colère qu'elle ressent vis-à-vis son père et un peu vis-à-vis sa mère. Elle est fâchée contre lui puisqu'il lui fait des commentaires concernant son poids et qu'il l'oblige à venir à l'hôpital. Elle est aussi en colère vis-à-vis

sa mère qui ne dit rien et laisse son père l'amener à l'hôpital. De plus, elle lui en veut aussi de ne pas intervenir pour arrêter son mari lorsqu'il parle contre leur fille. Elle dit que son père n'arrête pas de se plaindre qu'elle ne mange pas suffisamment et qu'elle ne consomme pas de gras, ni de sucre. Elle aborde rapidement le fait qu'elle n'aime pas son ventre et ses cuisses et qu'elle voudrait maigrir. Puis, avec colère, elle s'affirme ainsi : « Je ne veux plus venir ici, ce n'est pas ma place. Mon père veut que je change. Si mes parents pensent qu'ils vont triompher sur moi et qu'ils vont m'avoir ! »

*Incertitude Face à la Nourriture et Désir de Maigrir*

Le 14 juillet, Laurie arrive perturbée. Elle raconte qu'elle a rencontré la diététicienne. Cette dernière l'a informée que si elle perd du poids, elle se fera hospitaliser. Laurie se sent vraiment coincée. D'un côté, elle a peur de grossir si elle mange ce que la diététicienne lui suggère. Puis de l'autre, elle craint d'être hospitalisée si elle perd du poids. La diététicienne lui a expliqué le fonctionnement à l'hôpital pour cette problématique, à savoir les collations et les trois repas complets. Laurie devient très fâchée contre la directrice qui a pris la décision qu'elle consulte et contre son père qui la conduit à ses rendez-vous. Elle continue sur le fait que la diététicienne lui a dit de manger comme ses parents et que si elle mange bien, elle ne prendra pas de poids ; toutefois, Laurie doute. Elle n'aime pas son ventre et voudrait qu'il soit plat. Au moment où elle dit cela, Laurie regarde mon ventre et dit : « Ça me met hors de moi quand je vois quelqu'un avec un ventre plat. Ça me fait sentir de la jalousie. Je ne sais

pas comment elles font. Je pense qu'elles ont un secret ; je voudrais bien qu'elles me le disent. »

Le 4 août, Laurie aborde comment ses parents « enlèvent sa joie de vivre et mettent de la rage, puis de la peine, en elle. À l'heure des repas, ils me stressent en me disant de manger plus, sinon, je vais mourir. Ils m'enlèvent mon plaisir à manger. Ça ne me donne pas envie de manger avec eux, alors je change de pièce. » Finalement, à la fin de cette rencontre, Laurie me fait part de son désir que j'assiste à la rencontre-bilan immédiatement à la suite de cet entretien. Cela sera moins angoissant pour elle si je suis présente. L'équipe de l'hôpital, Laurie, son père et sa mère, seront présents à ce bilan.

*Rencontre-Bilan (Équipe de l'Hôpital, Laurie et ses Parents)*

Lors de la rencontre-bilan, j'apprends que Laurie pèse maintenant 52,6 kg. Rappelons qu'elle mesure 1,60 m. Quant à son poids santé, il se situe entre 49,9 et 70,7 kg. Il est convenu avec Laurie qu'elle doit maintenir son poids santé, sinon, elle sera hospitalisée. Elle pourra également être hospitalisée si ses signes vitaux deviennent inquiétants. Lorsqu'il est demandé à Laurie de situer le poids qui lui convient, elle le situe entre 52,2 et 54,4 kg. Par ailleurs, il est dit aux parents de laisser Laurie décider la quantité qu'elle mange, de ne pas faire de commentaires à Laurie en lien avec la nourriture ou le poids, et de laisser Laurie contrôler elle-même son poids. Après ces recommandations, le père de Laurie demande « comment on peut contrôler son poids ? »

Celui-ci soupire également lorsque des questions sont posées à sa fille. Il tente souvent de répondre à sa place et nous devons l'inviter à maintes reprises à laisser parler Laurie. Il semble peu mobilisable et introspectif. Ainsi, il n'est pas aisé pour lui de remettre en question sa contribution aux difficultés de sa fille. Quant à la mère, elle semble plus compréhensive et prête à réfléchir. Toutefois, elle demeure effacée et ne contredit pas son mari. La mère rapporte que Laurie mange du chocolat lorsque leur voisine lui en offre, alors qu'elle refuse lorsque ses parents lui en donnent.

D'autre part, nous explorons la possibilité que Laurie puisse prendre l'autobus pour venir à l'hôpital. Le père affirme qu'il voudrait bien, mais que sa fille ne le veut pas. Il change ensuite de version en disant qu'il préfère l'accompagner puisqu'elle s'est déjà trompée d'autobus. Il demeure très fermé face à cette possibilité.

### *Incertitude Face à la Nourriture et Peur d'Être Hospitalisée*

Suivant cette rencontre-bilan, Laurie aborde de nouveaux les thèmes de la nourriture, son désir de perdre du poids et la peur d'engraisser. Le 11 août, elle s'inquiète des quantités, à savoir si elle mange trop et risque de prendre du poids ou bien, si elle se nourrit insuffisamment et risque d'être hospitalisée. Elle fait part de son besoin d'être soutenue par quelqu'un de confiance qui pourrait la guider dans les quantités à manger. Par ailleurs, la diététicienne lui a dit de choisir des aliments des quatre groupes



alimentaires lors de chacun des repas. Toutefois, le naturopathe lui a conseillé de ne pas les mélanger. Elle ne sait pas quoi faire, mais croit davantage ce dernier.

À la rencontre du 15 septembre, Laurie affirme qu'elle est toujours fâchée de consulter à l'hôpital et se questionne sur les conditions pour qu'elle n'ait plus à venir. Ainsi, Laurie nomme que l'école l'envoie par rapport à ses peurs, mais elle affirme qu'il n'est pas question qu'elle change cela. Ils veulent également qu'elle mange suffisamment. Elle affirme qu'elle a augmenté ses quantités, qu'elle consomme plus de viande et que son poids reste stable. Pour ce qui est de la peur de grandir en hauteur, cela est résolu puisqu'elle se rend compte qu'elle se nourrit plus et mange des protéines, sans toutefois grandir.

### *Travail de l'Affirmation de Soi*

Lors des rencontres du 21 juillet et du 4 août, nous commençons à travailler l'affirmation. Lorsqu'elle est fâchée à la maison, elle crie, saute par-terre et lance des objets. Dans la salle d'attente, elle tourne toujours le dos à son père et le boude d'un air fâché. Toutefois, le 21 juillet, Laurie est accompagnée de son père, son frère et sa mère. À ce moment, elle pleure et boude sa famille. Ainsi, nous regardons comment elle se met en colère avec son père et peut utiliser les larmes lorsque sa mère est présente. Elle peut aussi faire des crises de colère à la maison. Laurie affirme se sentir plus à l'aise avec ces façons de s'exprimer. Lorsqu'elle est en colère, celle-ci est si intense qu'elle n'a

que l'envie de crier et de se venger. Toutefois, en public, elle est embarrassée d'agir ainsi, alors elle les boude. En pleurant, faisant des crises de colère et les boudant, elle croyait que ses parents allaient comprendre qu'elle est fâchée et ne veut plus venir à l'hôpital. Toutefois, elle prend conscience que sa façon de s'exprimer ne lui permet pas de changer sa situation.

Le 8 septembre, je fais part à Laurie de mon intérêt à écrire cet essai par rapport à son expérience. Je lui explique ce que cela implique. Lorsque je lui demande son accord, elle me répond qu'elle ne veut pas puisqu'elle n'aime pas participer et ne veut pas avoir à faire des choses. Je lui explique à nouveau mon projet en mentionnant qu'elle n'aura pas à faire quoi que ce soit que ce qu'elle fait déjà en ce moment, c'est-à-dire de parler avec moi. À ces conditions, elle accepte d'y participer, et même de signer. La signature est importante pour sa part puisqu'elle me racontait lors de la rencontre du 21 juillet, qu'elle refusait de signer tout document, comme un consentement au CLSC par exemple. En effet, pour elle, ce sont les adultes qui signent et elle refuse d'en être une. De plus, elle refuse que son père soit mis au courant de ce travail. Elle préfère que nous gardions cela pour nous.

### *Crainte de Devenir une Adulte et Exploration d'Opinions Différentes*

Lors de la rencontre du 15 septembre, nous explorons les craintes de Laurie à devenir une adulte. Elle raconte comment elle observe autour d'elle que les adultes ont

des responsabilités et ont perdu leur cœur d'enfant, c'est-à-dire qu'ils ne s'amuse plus. Je me montre compréhensive du fait qu'elle ne souhaite pas devenir une adulte dans ces conditions.

Le 29 septembre, Laurie raconte comment elle reçoit des avis contraires des gens qui l'entourent. En effet, son père et sa tante lui font part comment ils s'inquiètent pour elle. Quant à sa tante, elle lui fait peur en lui disant que si elle continue à manger des produits biologiques, elle va se retrouver à l'urgence. Selon sa tante, les produits naturels ne sont pas de la vraie nourriture. Elle lui fait aussi la morale sur le fait qu'elle devrait manger du sucre et du gras. Laurie ne comprend pas leur réaction puisqu'elle mange suffisamment et ne perd plus de poids. De plus, le naturopathe lui a dit que son alimentation est bonne pour la santé. Laurie ne sait plus qui croire. Cependant, elle pense que les produits biologiques sont de la vraie nourriture et qu'ils sont bons pour sa santé. Le 6 octobre, Laurie aborde à nouveau ce sujet. Je lui reflète que c'est décevant le monde des adultes puisque les adultes autour d'elle prônent des opinions contradictoires. Laurie acquiesce et mentionne qu'elle ne veut pas être une adulte. Pour elle, être adulte signifie être autonome, ce qui renvoie à participer seule aux commissions et à prendre seule le métro. Elle renchérit : « les adultes n'ont plus leur côté enfant, n'ont pas de peur, sont autonomes, ont confiance en eux, foncent et sont seuls. » Je confronte alors Laurie sur le fait que les adultes n'ont pas de peur et ont confiance en eux. Elle demeure surprise. Je regarde avec elle comment elle catégorise les enfants et les adultes (être enfant consiste à avoir peur, être entouré et s'amuser ; un

adulte a confiance, est autonome et sérieux). Elle n'avait jamais imaginé que ce puisse être différent.

### *Cinquième Étape : Moments-Clés de l'Amorce de l'Autonomie et de la Séparation-*

#### *Individuation*

#### *Rencontre du 20 Octobre 2004 : Insatisfaction au Niveau Affectif et Perte de Poids*

La rencontre du 20 octobre est une rencontre très riche et déterminante dans l'évolution du cheminement de Laurie. Je propose de regarder plus en détail cette rencontre.

Laurie commence comme à l'habitude par nommer sa frustration de venir à l'hôpital. Je lui annonce alors que je termine mon internat le 15 décembre. Cela implique qu'il reste 9 rencontres, incluant celle-ci. Je lui explique qu'elle continuera de voir son médecin puis la diététicienne. Ensuite, lorsqu'elle sera une adulte à 18 ans, elle aura la possibilité de poursuivre ou non avec un autre thérapeute. Elle soupire et demande si elle pourra refuser de voir quelqu'un d'autre même si elle perd du poids. Je lui explique que si sa santé physique est en danger, elle devra tout de même être hospitalisée. Elle me confie que son poids est descendu à 48,5 kg, soit 1,4 kg au-dessous de son poids santé. Lors de cette rencontre, je ressens pour la première fois de l'inquiétude pour Laurie puisqu'elle me paraît un peu trop amaigrie. Je lui fais part de mon inquiétude

pour elle et pour le poids qu'elle perd. Laurie est surprise de mon inquiétude. J'ai aussi l'impression qu'elle le prend au sérieux, d'autant plus que je suis toujours demeurée neutre ou bien, je l'encourageais à manger ce qu'elle souhaite en quantité appropriée pour sa santé. Elle me dit qu'elle ne sait pas comment faire pour reprendre son poids.

Laurie : « Qu'est-ce qui se passe dans mon corps pour que je perde du poids alors que je mange suffisamment de la bonne nourriture pour ma santé ? »

Thérapeute : « Bien oui ! C'est une très bonne question ! »

Laurie : « On m'a dit que le stress pouvait faire maigrir. »

Thérapeute : « De quoi est composé ton stress ? »

Laurie : « La peur d'être hospitalisée et les commentaires de mes parents sur ma nourriture et mon poids. Ces commentaires me font vivre de la rage. »

Thérapeute : « Bien oui ! Au niveau émotionnel, ton esprit est mal nourri ; il est nourri de stress et de rage. »

Laurie : « Oui, très mal nourri ! »

Thérapeute : « La nourriture me rappelle le rêve que tu as fait. Celui où il y a Véronique Cloutier derrière une porte qui nourrit son bébé au sein. À mon souvenir, le bébé était bien. Peut-être tu aimerais être bien nourrie, être à la place du bébé. »

Laurie : « Oui, j'aimerais ça. J'aimerais avoir une grande sœur pour me serrer dans ses bras, qui serait là 24 heures pour moi et qui m'aiderait pour mes quantités de nourriture. Ça me manque d'être serrée. Et je n'ai pas de grande sœur. »

Thérapeute : « Oui, c'est un grand manque. Y a-t-il quelqu'un dans ton entourage qui te serre ou pourrait le faire ? »

Laurie : « Non. Il pourrait y avoir ma mère, mais avec ses commentaires, ça m'enrage et ça ne me donne plus envie. »

*Rencontre du 27 Octobre 2004 : Affirmation en Thérapie*

Le père de Laurie m'attend pour me parler sans sa fille. Je lui fais part que ce qu'il me dira, je devrai en parler avec Laurie. Il souhaite le faire devant sa fille alors et commence à me converser dans le corridor. Je l'arrête et lui propose de venir dans mon bureau. Laurie entre aussi. Le père me raconte son impuissance devant les crises de sa fille qui dérangent les voisins de son logement et devant son impolitesse. Il me confie également que Laurie suit pas à pas sa mère pour vérifier qu'elle fait sa nourriture à la lettre comme elle le veut. Il constate que sa femme va bientôt faire un burnout devant les exigences de sa fille. De plus, il rappelle l'entente prise par rapport à l'hospitalisation si Laurie perd du poids. Il fait part qu'il veut l'aider, mais que si elle ne veut pas, alors qu'elle n'entraîne pas toute la famille avec elle. Il est découragé et ne voit pas de changement, ni de lueur d'espoir. Devant les commentaires du père, je lui fais part de ma compréhension face à son insatisfaction et son impuissance. Je lui fais remarquer qu'il y a des problèmes relationnels dans leur famille, en lien avec l'expression de la colère puis de la place de l'autonomie accordée à Laurie. Je lui mentionne que je n'ai pas de baguette magique et que ça revient à chacun d'eux (Laurie et ses parents) de se

mobiliser pour amener des changements. Je lui rappelle l'entente pour le poids de Laurie, à savoir d'arrêter de lui faire des commentaires sur ce qu'elle mange, de lui faire confiance, que la décision par rapport au poids revient à Laurie. Lorsque monsieur parlait, Laurie était très fâchée et a reculé sur sa chaise. Par contre, lorsque je m'affirme devant son père, elle s'avance et semble plus attentive. Par ailleurs, Laurie est fâchée et refuse de parler avec son père. Je choisis donc de terminer cet échange et de poursuivre auprès de Laurie, individuellement.

Seule avec Laurie, je fais un retour sur ce qu'elle vit par rapport au fait que son père est venu pour me parler d'elle. Laurie affirme qu'elle est fâchée et qu'elle ne voulait pas l'entendre parler. Je souligne la possibilité qu'elle puisse être fâchée ou déçue que j'aie laissé entrer son père et qu'il est important qu'elle puisse me le dire. Elle ressent de la déception. Je suis empathique à son vécu et je m'excuse de cette erreur, que j'aurais dû lui en parler avant. Elle me répond qu'effectivement, il s'agit d'une grave erreur. Elle me dit ensuite que ça l'énerve d'être avec son père et qu'elle n'aime pas son ton menaçant. Elle s'exprime ainsi : « C'est comme si j'étais une intruse dans la famille et que c'est moi qui apporte les malheurs. J'ai essayé de m'étouffer avec la nourriture. Ma mère m'a dit de faire chauffer ma nourriture dans le four micro-ondes et je lui ai dit de me laisser tranquille avec son four micro-ondes. Mon père s'est mis à crier après moi et m'a menacé de me gifler dans la figure. Je ne l'ai pas pris alors j'ai jeté ses journaux par terre. Il a encore crié et m'a menacé de me frapper. Je me suis sauvée dans ma chambre parce que j'avais peur et j'avais envie de vomir. J'étais tellement enragée. Plus tard, je

suis revenue pour manger et j'ai essayé de m'étouffer avec ma nourriture. J'étais tellement enragée que j'aurais voulu me crever les yeux ou m'étouffer avec un sac sur la tête. Tant qu'à vivre ça, je ne veux plus vivre ! Cela a débuté quand j'ai commencé à manger santé. Ils ont été déçus que je ne mange pas comme eux. Je voudrais manger, mais eux chialent, car ils ne veulent pas me faire à manger. Pourtant, je veux juste manger santé. »

*Rencontre du 10 Novembre 2004 : Colère Envers le Père et Travail de l'Affirmation*

Laurie arrive en pleurant. Elle est tannée de venir à l'hôpital. En plus, à la réunion de l'école (psychiatre, personnel de son école, Laurie et son père), ils lui ont dit qu'elle devra poursuivre son cheminement jusqu'à la fin de l'année scolaire. Elle est aussi très fâchée de l'agir de son père lors de cette rencontre, puisque ce dernier leur a raconté comment elle fait des crises à la maison. Il l'aurait aussi accusé d'avoir manqué un rendez-vous ici, alors que Laurie et moi avions pris l'entente ensemble. Elle a l'impression que son coeur va exploser et qu'elle va faire une crise cardiaque tellement elle est en colère. Elle dit que sa famille croit qu'elle apporte tous les malheurs. « Quand ils me voient, ils se disent : « voilà le diable, on doit la traiter comme ça. » Je ne sais pas pourquoi ils font ça. Je ne mérite pas ça. Tant qu'à vivre comme ça, j'aime mieux mourir, mais je ne sais pas comment faire. J'ai tellement de rage ! Si je laissais aller ma rage, c'est tellement fort que ça ne serait pas joli. Ce serait comme un déluge, une inondation. Non ! Comme une avalanche ! » Je lui fais remarquer qu'elle présente ce



qu'elle vit comme si elle avait deux choix : « Ou elle meurt ou elle détruit tout sur son passage. » Nous travaillons ensuite comment elle exprime sa colère avec des cris ou des gestes. Elle ne semble pas avoir de mots pour exprimer ce qu'elle ressent à ses parents, alors qu'elle est capable de le faire avec moi. Nous explorons également comment il doit être très enrageant et aussi décevant pour elle de détester son père et d'être dépendante de lui.

*Rencontre du 17 Novembre 2004 : Bon Provenant de la Thérapie, Incertitude Face à Devenir une Adulte, Puis Début d'Autonomie*

Lors de cette rencontre, Laurie arrive encore en disant qu'elle est fâchée de venir ici et ne veut plus. Je lui dis alors que je me trompe peut-être, mais j'ai l'impression que de venir à l'hôpital, il y a une partie d'elle qui aime cela car elle peut parler de ce qu'elle veut. C'est comme de la bonne nourriture pour elle. Mais de l'autre côté, de venir à l'hôpital, c'est comme une façon concrète qui donne la preuve que c'est elle qui a un problème et qui amène les malheurs dans sa famille. Elle est tout à fait d'accord. Je lui propose donc de poursuivre les rencontres avec une autre thérapeute à mon départ afin de continuer à bien se nourrir au niveau émotionnel et d'avoir un espace pour elle. Cette personne pourrait venir aux prochaines rencontres. Ainsi, elle pourra faire connaissance et décider si elle souhaite poursuivre avec cette thérapeute. Sinon, elle devra poursuivre jusqu'en juin prochain, mais en famille avec la travailleuse sociale et son père. Laurie accepte la proposition de voir une autre thérapeute. Elle se demande si elle pourra lui

faire confiance comme avec moi qui garde confidentiel ce qu'elle dit. Elle me confie qu'elle se sent un peu triste que je quitte bientôt puisqu'elle s'est habituée à moi et aussi parce qu'elle peut parler de ce qu'elle veut en toute confiance.

Lors de cette rencontre, elle parle également du fait qu'elle ne peut pas prendre l'autobus puisqu'elle s'est déjà perdue. Elle est tout de même revenue chez elle lorsqu'elle s'est aperçue que les rues n'étaient pas les mêmes qu'à l'habitude. Malgré ses capacités, Laurie met davantage l'accent sur la peur ressentie et le fait qu'elle se soit perdue. Je lui suggère que le fait de ne pas croire en ses capacités lui permet de rester une enfant dépendante des autres. Elle acquiesce et ajoute qu'elle ne veut pas être une adulte, donc être autonome et seule. Elle ne connaît pas d'adulte qui vit cette situation puisqu'ils ont tous des conjoints. Cependant, elle ne veut pas d'un partenaire. Par la suite, elle me fait part qu'elle a commencé à faire la vaisselle et le lavage pour aider sa mère. Elle mentionne que ce n'est pas trop difficile et que ça aide sa mère à ne pas être trop fatiguée.

*Rencontre du 23 Novembre 2004 : Colère Envers le Père et Insatisfaction au Niveau Affectif, Puis Remise en Question des Valeurs Parentales ou Début de Différenciation*

Laurie aborde comment son père l'insulte à chaque jour. Il l'aurait traitée de merde, de maudite salope et d'enfant de chienne. Ça la dégoûte, l'enrage et lui fait de la peine. De plus, sa mère ne la défend pas, alors qu'elle défend son frère lorsque son père

l'insulte. Elle ajoute que si elle ne se retenait pas, elle le frapperait. Nous travaillons comment elle n'a pas de mot pour s'affirmer : soit qu'elle se ferme, soit qu'elle agisse. Entre ses parents, elle a observé que lorsque sa mère est fâchée contre son père, elle lui crie par la tête avec un ton pleurnichard. À ce moment, son père essaie de la rassurer. Puis, après quelques heures, ils se réconcilient. Elle ne sait pas comment faire autrement et de toute façon, lorsqu'elle est fâchée contre son père, elle n'a pas le goût de lui parler.

Par la suite, elle exprime comment elle ne se sent pas bien chez elle. J'explore avec elle comment elle pourrait obtenir le « bon » dont elle a besoin en dehors de sa famille. Laurie raconte qu'un ami est allé chez elle pendant la fin de semaine. Ils se sont fait un câlin pour se montrer leur affection et sa mère les a surpris. Cette dernière lui a demandé de venir la voir seule et lui a dit que cela ne se fait pas de faire un câlin à un garçon. Sa tante appuyait sa mère. Laurie ne comprend pas leur réaction, ni leur motif à désapprouver, que l'ami soit une fille ou un garçon. Je soutiens Laurie en normalisant l'affection donnée à un ami et en soulevant qu'il s'agit d'une bonne nourriture pour elle. Je lui demande comment elle va gérer cet interdit. Laurie est contente que je la soutienne. Elle mentionne qu'elle n'est pas obligée de le dire à ses parents, cela peut être un secret. Elle a fait un autre câlin à son ami dans l'autobus. Elle prend soin d'ajouter qu'il s'agit seulement d'un câlin, d'une chaleur amicale, puisque cet ami a une copine. Cette dernière est aussi une amie de Laurie. Ainsi, ils ne la tromperaient jamais.

*Rencontre du 1<sup>er</sup> Décembre 2004 : Affirmation Auprès du Père*

Laurie arrive à la rencontre du 1<sup>er</sup> décembre en étant fâchée contre son père qui dit toujours « ON est arrivé » à la secrétaire de l'hôpital. Elle ne veut pas qu'il l'inclue. À la maison, elle crie, mais en public, elle ne se sent pas à l'aise de faire cela. Elle ajoute qu'il n'y a pas d'autres façons d'exprimer sa colère. Je recadre en lui disant qu'il y a d'autres façons, mais les cris et bouder sont ce qu'elle connaît jusqu'à maintenant. Elle acquiesce. Laurie propose que nous invitions son père afin qu'elle puisse lui exprimer sa colère lorsqu'il dit « ON est arrivé » à la secrétaire. Elle se sent nerveuse et son cœur débat, mais elle pourra le dire doucement à son père sans crier si elle est soutenue. Ainsi, nous invitons le père de Laurie à venir nous rejoindre. Laurie lui affirme qu'elle est fâchée lorsqu'il l'implique à leur arrivée à l'hôpital. Le père se moque de Laurie avec le « je » et le « on ». La thérapeute qui travaillera auprès de Laurie à mon départ est présente à cette rencontre. Ainsi, nous explorons avec le père ce qu'il comprend de ce que sa fille lui dit. Il saisit que Laurie ne veut pas venir à l'hôpital, mais ajoute qu'elle fait des crises à la maison. Nous insistons sur le fait que Laurie a fait un premier pas pour exprimer sa colère de façon contenue, comme un adulte et que ce n'est pas facile pour elle. Nous explorons également avec le père comment il vit le fait que sa fille s'affirme de cette façon. Ce dernier regarde sa montre, ridiculise ce que sa fille a dit et mentionne qu'il aimerait qu'elle fasse cela à la maison plutôt que de crier. Il regarde à nouveau sa montre et insiste pour partir en évoquant qu'il doit aller travailler bientôt.

Nous terminons la rencontre ainsi et je leur souligne qu'ils pourront poursuivre un travail de communication auprès de la travailleuse sociale, en janvier.

Il est possible de comprendre l'attitude du père en regard de la culture arabe. En effet, il est habituellement découragé de recourir à des professionnels dans le but de parler de ses problèmes émotionnels. Le soutien est plutôt obtenu dans la famille. Par ailleurs, les interventions thérapeutiques peuvent être perçues comme une interférence à l'autorité du père (Abudabbeh, 1996). Enfin, dans cette culture, l'homme est celui qui domine. Ainsi, on peut penser que le père n'apprécie pas une communication d'égal à égal auprès d'une thérapeute de sexe féminin, et encore moins auprès de deux à la fois et de sa fille.

### *Sixième Étape : Fin de la Thérapie avec Moi*

#### *Bilan de la Thérapie (8 et 15 Décembre 2004)*

Laurie est inquiète puisqu'elle pèse 50,3 kg. Rappelons qu'il a été convenu qu'elle sera hospitalisée si elle ne maintient pas un poids supérieur à 49,9 kg. Elle ne comprend pas puisqu'elle se nourrit suffisamment. Elle a même recommencé à manger les mets préparés par sa mère, nourriture qui contient du beurre ou du sucre. Elle a aussi savouré un cornet de crème glacée pendant la fin de semaine.

En ce qui concerne son expérience à la rencontre précédente où elle a exprimé sa colère à son père, elle dit être satisfaite puisqu'elle a réussi à le faire et que son père n'a pas recommencé.

Par ailleurs, Laurie prône des opinions différentes de ses parents en ce qui concerne la nourriture et l'affection qu'elle peut donner à un ami. Il semble qu'il n'y ait pas d'affection possible lorsqu'ils désapprouvent ses opinions qui les différencient, puisque à ces moments, Laurie rejette sa famille et vice-versa.

Avec son père, la relation demeure très conflictuelle. Alors que son père l'insulte, Laurie fait des crises. Nous abordons des solutions pour arrêter les conflits en ce qui concerne la nourriture biologique qu'elle mange, puisque ce sont des produits dispendieux. Laurie n'est pas d'accord pour manger autre chose, mais elle semble ouverte à payer une partie avec ses économies.

Quant à mon départ, Laurie croit que c'est correct puisqu'il y aura l'autre thérapeute qui participe avec nous, aux rencontres, depuis le 23 novembre. Elle pense que ce sera pareil puisqu'elle pourra parler de ce qu'elle veut, dans la confidentialité, et que cette thérapeute ne l'obligera pas non plus à utiliser l'ordinateur.

### *Bilan de l'École*

Bien que j'aie peu de renseignements concernant le bilan de l'école, je sais toutefois que le personnel de l'école de Laurie est fier de celle-ci. En effet, elle s'implique davantage dans les activités et a commencé à faire du théâtre. De plus, elle est beaucoup plus débrouillarde et fait davantage preuve d'initiative.

### *Nouvelles Reçues de Laurie ( 9 Avril 2005)*

Malgré les relations conflictuelles qui demeurent entre Laurie et son père, celle-ci évolue beaucoup. Elle serait beaucoup plus féminine et commencerait à s'intéresser aux garçons. De plus, elle commencerait à se questionner par rapport à la sexualité et à chercher des réponses à ses questions auprès de ses intervenants. Enfin, alors qu'il n'était pas possible de prononcer certains mots devant Laurie, tels que « cadeaux » et « dormir », cela est maintenant résolu.

### *Dessins Projectifs*

En fin de processus, Laurie fût invitée à faire des dessins projectifs. Malheureusement, il n'a pas été possible de réaliser cette activité en début de processus puisque les besoins de créer un lien de confiance et de laisser un espace à l'expression de la colère de Laurie étaient à prioriser. Toutefois, il aurait été intéressant de pouvoir

observer l'évolution de Laurie en regard des dessins en début et en fin de processus. Les dessins sont présentés dans la section des appendices. Les représentations sont une personne de sexe féminin et l'autre de sexe masculin, un arbre, une maison, puis sa famille faisant une activité. Laurie raconte une histoire pour chacun de ses graphiques. Pour ce travail, nous nous attarderons au contenu des histoires projetées pour les personnes et sa famille en train de faire une activité, ainsi qu'aux éléments inconscients projetés dans les dessins.

### Histoires projetées et réflexion

*Personnage féminin.* « Il s'agit de Aurélie qui a 7 ans. Elle aime beaucoup les animaux. Elle habite à la campagne avec ses parents et son chien, Milou. Elle aime se promener dehors et jouer. Elle aime aussi aller à l'école avec ses amis et se confier. Elle aime beaucoup la nature et aller à l'animalerie. Aurélie est heureuse. Ses parents sont gentils avec elle, ne la forcent pas à faire ce qu'elle ne veut pas, sortent toujours avec elle, l'emmènent où elle veut et lui achètent ce qu'elle veut lorsqu'ils ont des sous. Aussi, ils la cajolent tout le temps. Aurélie a aussi un petit frère de un an qui se nomme Cédrik. Il aime beaucoup sa sœur Aurélie et aime bien jouer avec elle. »

*Personnage masculin.* « Il s'agit de Tristan qui a 10 ans. Il vient de la Belgique et habite à la campagne. Il aime la nature, observer les oiseaux, filmer, lire et s'amuser dans le jardin l'été. Il aime rencontrer du monde et se faire des nouveaux amis. » (Moi : « Est-



ce que Aurélie et Tristan se connaissent ? ») « Aurélie et Tristan ne se connaissent pas, mais vont sûrement se connaître plus tard. Tristan va se promener dans la rue et ils vont se demander leur identité et vont se connaître en profondeur. Ils vont voir qu'ils ont la même passion pour la nature. Ils vont développer de forts liens d'amitié et être des amis pour la vie. Ils voudront peut-être se marier ensemble plus tard. Mais pour l'instant, ils ne se connaissent pas. » (Moi : « Qu'est-ce que ça prendra pour qu'ils se marient ? ») « Ils vont avoir un coup de foudre quand ils vont se rencontrer. Oui, ils vont tout de suite avoir le coup de foudre et vont se le dire plus tard. Ils vont être d'accord tous les deux. Dès qu'ils auront 18 ans, ils voudront se marier le plus vite possible tellement ils s'aimeront. Quand les parents de Tristan et Aurélie sauront qu'ils veulent se marier, tellement ils sont beau et belle, quand ils vont se présenter à leurs parents, leurs parents vont être fiers de leur choix et du mariage. Ils pourront se marier à 18 ou 21 ans, selon leur choix, mais pas avant 18 ans. »

*Sa famille faisant une activité.* Notons tout d'abord que Laurie ne dessine pas son frère dans un premier temps. Elle l'ajoute lorsque je lui demande s'il manque quelqu'un. Elle commente alors que son frère était en train de faire du rangement dans sa chambre et qu'il est venu les rejoindre pour la contempler. L'histoire de son dessin est la suivante : « C'est la belle vie car il n'y a pas de chicane. Les chicanes sont finies. Mes parents et mon frère me regardent. La maison est située en campagne. Je ne meurs plus de faim car ils me rassasient et me donnent tout ce que j'ai besoin. Ils restent avec moi. Ils sont conscients que la nourriture biologique est bonne pour la santé. Ils achètent ce que j'ai

besoin et sont fiers de moi. Ils sont pleins d'amour et d'amitié pour moi. Même mon chien est gentil et je le prends dans mes bras. Mes parents sont là juste pour moi et ils ont fait la maison pour moi. La maison coûte un million de dollars pour s'excuser de du stress et des insultes qu'ils m'ont fait vivre. »

*Réflexion concernant les histoires liées aux dessins projectifs.* Laurie imagine que ces personnes ont 7 et 10 ans. On peut penser qu'elle souhaite avoir cet âge. Le contenu des histoires est très immature et enfantin. Cela pourrait être projeté par un enfant, ayant un âge semblable à ses personnages.

Il est aussi possible de remarquer des parents « idéaux » étant présents à tout moment pour elle et répondant à tous ses besoins. Toute sa famille l'aime et ils n'ont de yeux que pour elle. De plus, ses parents s'excusent à elle en lui achetant une maison de un million de dollars. On peut ainsi constater à quel point ils doivent payer cher pour se faire pardonner lorsqu'ils ne répondent pas à ses besoins. Ainsi, tout le blâme est projeté sur ses parents. Dans le dessin de sa famille, lorsque Laurie affirme : « Je ne meurs plus de faim car ils me rassasient et me donnent tout ce que j'ai besoin », on peut penser, au niveau symbolique, que ses besoins affectifs sont comblés.

### Observation des dessins et analyse des résultats

*Observations concernant les personnages masculin et féminin.* Laurie s'exécute en ayant le visage collé sur la feuille afin de voir ce qu'elle dessine. Elle fait preuve d'un tracé très affirmé. Il en sera ainsi pour tous ses dessins. En ce qui concerne plus précisément les personnages féminin et masculin, on remarque au niveau de l'espace que les personnages sont dessinés en haut de la feuille et ce, davantage vers la gauche. La tête de ses personnages est immense comparée au reste du corps. Les yeux sont très gros et montrent un regard vide (sans pupille). Au niveau de la bouche, il est possible de remarquer la présence de dents. Les personnages sont des enfants et affichent une allure infantile (fleurs dans les cheveux et sur le chandail du personnage féminin, et boucle dans les cheveux ; boutons sur les vêtements du garçon). On note la présence d'un cou large chez les deux personnages, ainsi que des bras courts et des jambes maigres. Les jambes sont également dessinées sous forme de bâton. On observe moins de cinq doigts à chacune des mains puis des doigts en forme de pétale. Les vêtements du personnage masculin sont détaillés de plusieurs motifs.

*Observation concernant la maison.* La maison est située à la limite entre le milieu de la feuille et la droite. Elle est de taille moyenne. On observe également des éléments infantiles en raison des fruits présents dans les arbustes situés de chaque côté de la maison. La maison est dessinée principalement à la verticale. Il s'agit d'un seul mur façade dont le toit est triangulaire. On peut penser que la maison est habitée puisqu'il y a

présence de fumée à la cheminée. Par ailleurs, Laurie met beaucoup d'emphase sur la porte qui est très grosse et qui est munie d'une grosse poignée. De plus, elle dessine deux fenêtres à carreaux qui touchent presque le toit de la maison, alors qu'aucune fenêtre n'est présente à l'étage du bas. Les fenêtres n'ont aucun store ou rideau.

*Observations concernant l'arbre.* L'arbre est dessiné environ au milieu de la page. Il est très grand et vigoureux. Le tronc est très gros alors que la couronne est petite et en arcade. On note la présence de pommes au niveau de la couronne et d'une cicatrice sur le tronc.

*Observations concernant la famille faisant une activité.* Laurie se dessine dans un premier temps en compagnie de son chien qu'elle tient dans ses bras. Sa mère et son père sont ensuite tracés. Elle agrmente le tout en ajoutant une maison, un papillon, un oiseau, un soleil et des nuages. À l'exception de la maison, ces graphiques ont tous une bouche et des yeux. Par la suite, elle dessine son frère lorsque je lui demande si tous les membres de sa famille sont présents. On observe que le frère et la mère se touchent. Par ailleurs, en premier lieu, alors que le frère n'était pas dessiné, Laurie était placée seule à la droite de la page, un peu à l'écart de ses parents. Tout comme pour les personnages féminin et masculin, Laurie fait une très grosse tête à chacune des personnes. Les yeux sont aussi très gros avec une emphase sur les pupilles. Les membres de sa famille regardent tous en direction de Laurie. Ainsi, leur tête est de côté, ce qui laisse entrevoir un seul œil. Alors que les yeux regardent vers la gauche, la bouche des personnes sont à la droite de

la tête, comme si la bouche était derrière la tête. Les personnes ont une allure un peu monstrueuse. Pour ce qui est du personnage de Laurie, on remarque qu'elle a une taille très mince et une boucle dans les cheveux. Quant à la mère, elle a une main sur la hanche. Les personnages féminins portent une jupe alors que ceux de sexe masculin ont des pantalons. Les bras des personnes sont courts et ouverts. Les mains ont moins de cinq doigts et sont en forme de pétale. Les jambes sont courtes et en forme de bâton. Enfin, la maison est munie d'une porte très large et sans poignée. De plus, elle n'a aucune fenêtre.

*Analyse des résultats.* À la lumière des observations, on peut penser que Laurie présente une grande immaturité et qu'elle désire être beaucoup plus jeune que son âge chronologique. On observe de la dépendance et de la régression, ainsi qu'un retard développemental au niveau affectif et intellectuel. Par ailleurs, elle présente des difficultés relationnelles, est défensive et montre un masque social. Cependant, elle souhaite le contact avec les gens et montre un besoin de chaleur au niveau affectif. Il semble que les besoins affectifs primaires ne soient pas suffisamment comblés, ce qui suscite de l'agressivité chez elle. De plus, son environnement est ressenti comme contraignant et hostile, alors elle y réagit par l'agressivité et la méfiance. Elle montre un besoin de dominer. Elle fait également preuve de rivalité fraternelle et présente un sentiment d'isolement au sein de sa famille. Par ailleurs, on remarque un état de faiblesse physique, un malaise et un mécontentement au niveau de son corps. Elle a également peur de grossir. La figure masculine suscite de l'anxiété chez Laurie. Enfin,

on peut poser l'hypothèse d'un traumatisme psychique ou physique survenu vers l'âge de 10-11 ans qui se poursuit actuellement.

### *Résumé de l'Évolution des Thèmes*

Laurie était présente à 30 rencontres individuelles, dont deux entretiens où le père a participé en partie à la séance.

Laurie consulte contre son gré en raison de l'insistance de son école, ce qui la fâche. Malgré son désaccord, elle parle beaucoup de son monde interne et il est très facile de créer un lien avec elle.

Au début du processus, Laurie s'exprimait dans un langage plutôt enfantin, mais très représentatif de ses conflits internes. Au fur et à mesure des rencontres, elle s'exprime d'un langage beaucoup plus mature.

Les thèmes ont aussi évolué au fil des rencontres. En début de processus, il était surtout question de sa colère dirigée vers ceux qui l'obligent à consulter, puis des thèmes d'intrusion, de toute-puissance versus de soumission, et de destruction. On pouvait alors constater la peur d'être envahie, d'être collée à l'autre et d'être soumise. Cependant, il n'y avait pas possibilité de se différencier et de se séparer de ses parents.

Par la suite, Laurie parle davantage des conflits entre son père et elle. En même temps, des obsessions autour de la nourriture et du poids prennent de plus en plus de place. Tout en souhaitant demeurer une petite fille, il semble que Laurie tente de s'opposer à ses parents.

Laurie prend conscience qu'elle se sent mal nourrie au niveau émotionnel et affectif. Il semble que son corps réagit à ce manque en maigrissant, quoiqu'elle ait augmenté ses portions de nourriture et recommencé à manger de la viande. Elle aborde comment il est difficile de renoncer à un état bébé et à des parents idéaux (présents et affectueux chaque fois qu'elle le souhaite et qui répondent à tous ses désirs).

En fin de processus, Laurie commence à explorer son rapport à la colère. Elle s'affirme d'abord auprès de moi-même, puis elle réussit à le faire avec son père en ma présence et ce, de façon contenue. Par ailleurs, elle aborde la question des opinions. Il est difficile d'accepter une position différente de la sienne de part et d'autres dans sa famille. Cela suscite de la colère et entache les relations affectives, comme s'il était dangereux de se différencier. Laurie commence à remettre en question certaines valeurs ou opinions prônées par ses parents. Elle souhaite également garder certains secrets pour elle en dehors de sa famille. Ainsi, il est possible d'observer un début de différenciation chez Laurie. Finalement, à la maison, elle commence à faire des tâches ménagères, ce qui est nouveau pour elle. De plus, l'école rapporte qu'elle est davantage débrouillarde, s'implique plus dans les activités et fait davantage preuve d'initiative.

Ainsi, il s'agit du début d'un long processus qui pourra être poursuivi avec un autre thérapeute. Comme le travail auprès de Laurie est une amorce, les progrès de cette dernière pourraient s'effondrer si les mêmes conditions n'étaient pas présentes dans la poursuite de la thérapie, c'est-à-dire l'acceptation inconditionnelle, l'empathie et le transfert maternel positif favorisant l'autonomie.



Quatrième chapitre : intégration de l'ensemble du processus

Au cours de ce chapitre, nous verrons comment le processus de thérapie a évolué. L'approche psychodynamique permettra de mettre en lumière l'évolution du cheminement et d'offrir une compréhension des symptômes présentés par Laurie.

En premier lieu, le développement de l'alliance thérapeutique est primordial. Lorsque Laurie arrive à la première rencontre, elle est submergée par la rage, la colère, l'impuissance, la haine et le désir de vengeance. Elle en veut à tous ceux qui l'obligent à consulter, principalement la directrice. Comme elle est très chargée émotionnellement, je choisis en premier lieu d'offrir un espace d'ouverture, de soutien et d'empathie. Ainsi, je lui permets d'exprimer ce qu'elle ressent et de se soulager. De plus, en la laissant s'amener comme elle le veut, cela me permet de créer un lien avec elle.

Lors de cette première rencontre, le clivage est très présent dans le discours de Laurie. D'un côté, il y a les mauvais qui l'obligent à consulter, puis de l'autre, les bons qui la comprennent, dont ses amis et moi-même. On peut également y voir des aspects paranoïdes. La haine et la colère vis-à-vis les mauvais sont si intenses qu'elle sent qu'elle va exploser. Elle voudrait les détruire. Elle retourne aussi cette agressivité contre elle en souhaitant mourir afin de se venger.

Mélanie Klein a très bien décrit cet état psychique chez le bébé. Dans l'état de dépendance, le bébé aime sa mère au moment où elle satisfait ses besoins. Cependant, lorsque ses désirs ne sont pas satisfaits, la haine et l'agressivité s'éveillent. Le bébé est alors dominé par des tendances à détruire. La haine et l'agressivité sont si intenses et douloureuses, qu'elles provoquent des sensations corporelles d'explosions, de brûlures, de suffocations et d'étouffements. La haine et l'agressivité que ressentent les adultes sont des dérivés de cette expérience primitive. La projection est la première réaction sécurisante contre la douleur, la peur d'être attaqué ou l'impuissance. Par ce mécanisme, tous les sentiments douloureux et les pulsions agressives sont immédiatement déchargés à l'extérieur sous forme d'une attaque contre ce danger extérieur (Klein & Riviere, 1968).

Par ailleurs, dans un premier temps, la haine ressentie par Laurie est surtout dirigée vers la directrice de son école et ce, malgré la colère exprimée de façon non verbale à son père. On peut penser que Laurie transfère toute la haine qu'elle ressent envers ses parents, principalement son père, sur la directrice qui est symbole d'autorité. Celle-ci représente l'autorité contraignante qui possède le pouvoir de la soumettre. Avec la directrice, elle se sent soumise, tout comme elle l'est dans son milieu familial. Ce phénomène de déplacement peut être observé lorsque la haine est si grande à l'égard d'une personne aimée pour laquelle il y a une dépendance. La décharge de la haine envers une étrangère est relativement sans danger comparativement au mouvement de destruction fantasmé envers la personne aimée dont on dépend (Klein & Riviere, 1968).

En effet, au niveau fantasmatique, Laurie risquerait de perdre l'amour de ses parents dont elle dépend si elle exprimait sa haine envers eux.

Dans sa théorie, Mélanie Klein souligne également l'amour qui émerge lorsque le bébé est satisfait par la bonne mère. Dans un environnement où les expériences frustrantes se répètent, les mouvements de haine et le clivage s'intensifient. Toutefois, le clivage peut s'affaiblir lorsque l'amour est pressenti plus fort que la haine (Ternynck, 2000). De plus, rappelons que Klein souligne l'importance de l'intériorisation d'un bon objet en thérapie afin de faciliter un sentiment croissant de bien-être et de soulagement (Hinshelwood, 2001). Ainsi, auprès de Laurie, il est primordial de permettre le transfert de la bonne mère sur le thérapeute.

Lors de la deuxième rencontre, Laurie est tout aussi en colère de venir à l'hôpital. Mon intérêt à entendre sa colère l'amène à poursuivre sur ce sujet, puis à se sentir suffisamment en confiance pour me confier sa peur que je lui fasse utiliser l'ordinateur contre son gré. Je prends soin de la rassurer sur la liberté qui lui est offerte lors de nos rencontres et sur la confidentialité de ses confidences. Cette stratégie a pour effet de créer un lien de confiance plus solide entre nous, ce qui est confirmé par Laurie. En effet, elle me dit qu'elle a confiance en moi puis enlève son manteau pour la première fois à ce même moment, alors qu'elle ne l'avait pas enlevé à la première rencontre.

Lors de la troisième rencontre, Laurie ne semble pas aussi fâchée que les autres fois, du moins, dans la salle d'entrevue. De plus, elle enlève son manteau dès le début de l'entretien, ce qui est nouveau. Puis, elle me montre les photos de ses animaux. Il y a donc des changements dans l'attitude de Laurie. Le lien de confiance s'établit, ce qui est permis par ma présence, mon écoute, mon ouverture et la liberté d'expression que je lui offre. Un transfert maternel positif est enclenché.

Ainsi, lorsque Laurie se retrouve dans un milieu sans contrainte lui offrant un espace libre bien à elle, elle s'ouvre de plus en plus sans opposition. Elle peut se soulager d'un excédent de colère et de haine et développer un lien de confiance. De plus, elle parle d'elle-même de ses peurs pour lesquelles elle veut qu'on la laisse tranquille. Alors qu'elle ne veut pas venir, elle souhaite rester à la fin des rencontres. Jusqu'à la fin de la thérapie en décembre 2004, Laurie aura toujours un air boudeur dans la salle d'attente. Elle dira également en début de séance qu'elle est fâchée de venir à l'hôpital, mais elle abordera des sujets importants pour elle une fois que sa colère a été reconnue. De plus, à toutes les rencontres, elle ne voudra pas quitter et je devrai souvent lui rappeler que la séance est terminée et qu'on pourra poursuivre la prochaine fois. Je devrai aussi me lever pour que Laurie en fasse autant et quitte la salle. À la lumière de ces informations, on peut présumer que Laurie vit, avec moi en thérapie, un transfert d'une bonne maman bienveillante et encadrante qui lui offre des repères et n'entretient pas la dépendance.

La colère par rapport au fait de consulter demeure toujours. Toutefois, comme Laurie peut en parler largement à son gré, cette émotion devient moins prégnante. Cela permet une plus grande liberté pour exprimer d'autres préoccupations. Dès le début, dans le discours de Laurie, on peut remarquer un agresseur et une victime. Laurie est la victime d'un persécuteur (aiguille, sablier, hôpital, directrice) qui veut la pénétrer, faire intrusion en elle, la posséder, lui faire du mal ou bien la soumettre. À un premier niveau, il semble que Laurie soit confrontée à des peurs physiques. Cependant, à un niveau plus symbolique, une analyse psychodynamique permet de poser des hypothèses pouvant expliquer la peur des monstres et de l'intrusion, puis les conflits entourant la nourriture.

Tout d'abord, Laurie a grandi dans un milieu de culture arabe où l'individuation et la séparation ne sont pas encouragées. Les liens familiaux sont très serrés. Puisque les parents sont cousin et cousine, on peut penser que ces derniers vivent également des difficultés avec leur propre séparation-individuation. Par ailleurs, dans la culture arabe, les hommes se doivent de protéger les femmes et les enfants. De plus, les valeurs patriarcales de cette culture favorisent une communication hiérarchique entre le père et les enfants. Ainsi, le père dicte les règles et les enfants se doivent d'obéir. On peut penser que l'autorité parentale écrase le développement de son autonomie. D'autre part, Laurie est atteinte par le syndrome Laurence-Moon-Biedl. Cette maladie affecte sa vision et ses capacités de jugement, en raison d'une lenteur intellectuelle, ce qui fragilise ses capacités d'indépendance. Cette fragilité favorise la surprotection des parents à son

égard. De plus, la transmission de cette maladie entraîne une culpabilité chez les parents. Il est possible que les parents tentent de soulager leur culpabilité par des comportements surprotecteurs.

Ainsi, dans un milieu aussi oppressant et rapproché, Laurie peut sentir le désir de son père de la soumettre et de l'infantiliser. Elle s'oppose à lui par différents comportements (bouderies, crises). En même temps, elle souhaite demeurer une petite fille. En effet, en raison de ses faiblesses, engendrées par sa maladie et du manque de confiance en ses capacités, Laurie est apeurée par les responsabilités liées au monde des adultes. De plus, son milieu familial ne reconnaît pas ses capacités d'autonomie.

La surprotection envahissante des parents, principalement du père, est un objet intrusif. Cette intrusion empêche l'autonomie et favorise le déni de la différenciation et de la séparation. Ainsi, Laurie est prise entre le désir de la fusion et la terreur de la fusion, impliquant l'intrusion. Elle est également déchirée entre la peur d'être seule si elle se sépare et la peur d'être anéantie psychiquement. Ainsi, en refusant de manger, d'incorporer en soi, Laurie peut contrôler, inconsciemment, l'objet intrusif (Lawrence, 2001).

Par ailleurs, la pénétration et l'intrusion se retrouvent souvent dans le discours de Laurie. En cette période de l'adolescence, on peut penser qu'elle est envahie par les pulsions sexuelles et agressives qui s'éveillent en elle. Ces monstres (pulsions)

l'envahissent et lui font peur puisqu'elle ne se sent pas équipée pour y faire face en raison d'un Moi fragile. Laurie s'identifie à des femmes connues à qui elle voudrait ressembler physiquement, voire même être ces dernières. Elle envie leur apparence physique, telle que leur beauté et leur minceur. Laurie ne s'identifie pas à n'importe quelle femme. Son choix s'arrête sur de belles et séduisantes femmes. De plus, elle est aux prises avec un surplus de poids, conséquence directement liée à son syndrome. À un premier niveau, elle refuse de manger afin de perdre du poids et être mince. On peut aussi présumer que Laurie chérit secrètement, peut-être même inconsciemment, le désir d'être une femme séduisante. Cependant, ce désir est aussi très menaçant, puisqu'elle ne se sent pas en mesure d'assumer la séduction et les relations intimes. De plus, la famille décourage toute forme d'intimité avec un autre adolescent. De plus, Lawrence (2002) rapporte que l'échec de la fille à se différencier de sa mère mène à des difficultés à maîtriser les anxiétés sexuelles d'intrusion. Ainsi, la sexualité éveille inconsciemment en elle la peur de l'intrusion. Pour les contrer, elle tente de demeurer une petite fille et refuse toute sexualité et féminité. À un niveau symbolique, le refus de manger, donc d'introduire quelque chose en soi, représente le refus de l'intrusion. De plus, Laurie projette ses pulsions sur des éléments extérieurs, insignifiants à première vue, tels que le curseur de l'ordinateur qui est un monstre qui veut la pénétrer. Ce symbole représente une métaphore du masculin si je peux me permettre.

D'autre part, Laurie aborde sa peur de grandir en hauteur et le refus de devenir une adulte. La hauteur physique de Laurie la confronte au fait de devenir une adulte, une



femme, du moins physiquement, puis de ne plus être une petite fille. Elle est aussi dégoûtée par les menstruations. La perte des menstruations est un soulagement pour elle, car celles-ci symbolisent le pouvoir d'enfanter et le fait d'être une femme. De plus, Laurie est submergée par l'intrusion qu'elle vit ou bien a peur de subir. Elle en fait part lorsqu'elle parle de sa peur des prises de sang et des monstres qui pourraient l'envahir. Ainsi, refuser la féminité la protègent contre le potentiel d'intrusion représentée par les parties génitales de la femme (Birksted-Breen, 1996) Par ailleurs, son milieu familial ne semble pas la soutenir à ce niveau puisque ses parents souhaitent qu'elle demeure une petite fille et son père apparaît intrusif dans sa vie.

De plus, lorsque Laurie explore pour la première fois ce que signifie pour elle grandir et être une femme, elle associe sur le fait d'être enceinte et son malaise face à l'amour. La grossesse réfère à la sexualité et la fusion avec une personne qui est en soi. Il semble que ces thèmes soient angoissants pour Laurie. En effet, elle a du mal à approfondir. De plus, elle change de sujet en parlant des monstres qui lui font peur et de la directrice qui est aussi un monstre de l'obliger à consulter. Elle projette ses angoisses à l'extérieur. Il n'est pas étonnant de constater que Laurie est tellement en colère contre sa directrice. En effet, cette démarche la confronte à ses peurs internes, telles que la sexualité et devenir une adulte.

Par ailleurs, il n'est pas surprenant que l'amour soit si épouvantable pour Laurie lorsqu'on observe sa définition de l'amour. En effet, « l'amour est deux personnes qui s'attirent et

on ne peut plus les décoller. » Ainsi, s'aimer correspond à être fusionné et se perdre l'un dans l'autre. Il y a le risque d'être anéanti psychiquement. De plus, l'amour peut aussi être épeurant pour Laurie si elle craint d'être soumise par la personne qu'elle aime. Son modèle familial et culturel tend à maintenir cette peur. En effet, dans la culture arabe, l'homme domine et prend les décisions, alors que la femme a moins de pouvoir de décision.

Ainsi, Laurie arrive en thérapie avec la peur de l'intrusion, de la sexualité et de grandir. Elle essaie de contrôler ses peurs en projetant ses monstres intérieurs vers des monstres extérieurs, tels que le curseur, le sablier, les fantômes et les vampires. Elle tente également de contrôler sa peur de grandir et de prendre du poids en refusant de manger des protéines, du gras et du sucre. Par contre, elle dit aimer manger. Il semble que Laurie vive un conflit intérieur entre son désir des pulsions orales et la peur d'incorporer quelque chose de mauvais qui la soumettrait à ce qu'elle ne veut pas (grandir contre son gré). Ainsi, lorsque Laurie refuse de manger des protéines puisqu'elle leur attribue le pouvoir de la faire grandir, on peut présumer que ce jeu de projection est moins menaçant pour elle. En effet, il lui permet de croire que le danger provient de l'extérieur, donc qu'elle peut le contrôler, alors qu'elle n'a pas le même pouvoir sur son corps et ses hormones de croissance.

Dans un milieu accueillant, Laurie arrive à explorer ses peurs et à cheminer à son rythme. De plus, comme le lien de confiance est bien établi, Laurie se donne le droit

d'exprimer sa colère, envers moi, au moment où je permets à son père d'entrer dans l'espace consacré pour elle. Mon accueil empathique et la reconnaissance de mon erreur renforcent le lien et montre à Laurie qu'elle peut s'affirmer autrement que ce qu'elle connaît jusqu'à maintenant, soit de bouder ou de faire des crises.

En ce qui concerne l'expression de la colère, on peut présumer que les modèles culturels et féminins, dans lesquels Laurie a vécu, peuvent influencer ses façons de s'exprimer. En effet, dans la culture arabe, les enfants réagissent à l'insatisfaction par les pleurs et l'autocensure. L'affirmation des enfants est vue comme une défiance à l'autorité parentale. De plus, la mère de Laurie exprime sa colère envers son mari en criant d'un ton pleurnichard. Comme les enfants tendent à imiter leurs parents, il n'est pas étonnant que Laurie s'exprime également de cette façon. Comme Laurie n'a pas de pouvoir en s'affirmant directement, on peut penser qu'elle a appris à manipuler son entourage en utilisant les crises et les bouderies.

Dans le même ordre d'idées, Laurie a travaillé en thérapie le thème de l'affirmation de la colère. De plus, elle a vécu une expérience positive en m'exprimant son mécontentement. Ces réussites ont permis à Laurie de tenter un essai auprès de son père. Ce dernier a semblé plus ou moins réceptif. Par contre, Laurie était satisfaite de ce qu'elle a accompli.

Ainsi, Laurie réussit des expériences d'affirmation dans un milieu qui lui offre la possibilité d'être accueillie, soutenue, entendue et traitée comme une adulte. L'espace thérapeutique lui permet d'avoir un espace où elle peut parler de ce qu'elle veut et avoir un endroit à elle en dehors de ces parents. Ce contexte lui permet également d'avoir un lieu où elle peut être autonome.

De plus, Laurie commence à grandir au sein de la thérapie. Ainsi, elle commence à être davantage capable de cerner, sentir et mieux exprimer sa colère. Elle peut maintenant exprimer ce ressenti qui est moins menaçant qu'au début où elle projetait tout sur sa directrice. En plus des conflits présents entre Laurie et son père, il est difficile pour elle de renoncer à un état bébé, ainsi qu'à des parents idéaux. Cela peut offrir une compréhension concernant l'augmentation des conflits père-fille. Laurie est de plus en plus en contact avec les insatisfactions ressenties au niveau affectif. Au sein de sa famille, elle se sent mal nourrie et peut faire le lien avec son désir de bien se nourrir physiquement. Elle commence à aller chercher du bon en dehors de sa famille auprès de ses amis. De plus, elle peut maintenant affirmer qu'elle retire du bon de la relation avec moi. La thérapie n'est plus vue comme toute mauvaise. Elle peut nuancer que les rencontres sont bonnes, mais qu'elle n'aime pas venir à l'hôpital.

Par ailleurs, Laurie acquiert une certaine autonomie qui se reflète également dans sa remise en question des valeurs familiales concernant l'affection échangée avec le sexe opposé. Alors que ses parents désapprouvent l'échange de câlins avec un ami, Laurie

trouve tout à fait normal de montrer son affection, peu importe le genre sexuel de l'ami. Comme elle retire du bon de ces contacts et qu'ils lui sont interdits par ses parents, elle commence à garder des secrets pour elle. Cela est également un signe qu'elle se différencie d'eux.

À l'école, le personnel met en place un plan d'intervention permettant de favoriser le développement de l'autonomie. Dans ces conditions, Laurie devient plus débrouillarde, prend plus d'initiative, s'implique plus et s'initie au théâtre. Ce milieu permet également de constater que Laurie acquiert de l'autonomie lorsque l'environnement le permet et l'encourage dans cette voie.

Toutefois, dans sa famille, Laurie continue à agir comme une enfant. En effet, le père de Laurie est très présent. Il semble même envahissant. Lorsque je vais accueillir Laurie dans la salle d'attente, son père attire toute mon attention sur lui. Par ailleurs, il tente de modifier le cadre thérapeutique. On peut penser que le cheminement de sa fille l'inquiète, puisque cela implique la possibilité qu'elle acquiert une plus grande autonomie. Cette hypothèse est soutenue par les notes évolutives de la travailleuse sociale qui travaille avec le père. Celle-ci rapporte que monsieur se voit comme le protecteur de Laurie, son soutien, et par moment, son compagnon avec qui il partage plusieurs intérêts. Il parle de l'importance de sa famille et des valeurs familiales. Il réagit avec réticence lorsque la travailleuse sociale propose d'orienter les rencontres sur son rôle de père quant au développement de l'autonomie de sa fille. Il souligne la

fragilité et la naïveté de cette dernière, puis son besoin de protection. Il s'oppose également catégoriquement à ce que Laurie puisse venir seule à ses rendez-vous. Il rappelle les valeurs culturelles de son pays qui vont dans le sens de la protection des femmes et de leur soumission. Par ailleurs, les parents de Laurie ont contacté la police puisque leur fille n'était pas de retour à la maison après l'école à l'heure habituelle. Cet incident, apparemment banal chez une adolescente de 17 ans, a pris toute une ampleur pour les parents de Laurie. Quoique Laurie ait fait preuve de ressources pour se débrouiller et retrouver son chemin, ses parents ont plutôt mis l'accent sur le fait qu'elle se soit trompée d'autobus. Ainsi, ils contribuent à la maintenir dans une position de petite fille, incapable d'autonomie.

Enfin, comme Laurie se sent bien nourrie en thérapie, elle souhaite poursuivre le processus de thérapie auprès d'une autre thérapeute. Cette dernière participe aux trois dernières rencontres prévues avec moi. Pour Laurie, il n'y a pas de différence individuelle entre les deux thérapeutes. Ainsi, le transfert d'un bon objet sur l'autre thérapeute se fait très facilement, puisque Laurie est rassurée sur la confidentialité des rencontres et sur sa liberté à aborder ce qu'elle souhaite.

## Cinquième chapitre : discussion

Tout comme Laurie, j'ai grandi à travers mon expérience avec elle. Au cours de ce chapitre, je souhaite partager ce que je retiens de mon travail auprès de cette dernière, connaissances pouvant être transférables avec d'autres clients. J'émettrai également quelques recommandations.

L'aspect le plus important que je retienne est sans aucun doute l'importance de l'alliance thérapeutique. Auparavant, je croyais en un pronostic défavorable lorsque le client n'est pas motivé à entamer un processus thérapeutique. Avec le recul, je constate un changement chez Laurie malgré qu'elle consulte contre son gré. Je reconnais la difficulté lorsque la motivation du client est absente. Par contre, je crois profondément que la relation développée entre le thérapeute et le client peut faire toute la différence. Dans le même ordre d'idées, je prends conscience que l'approche utilisée a peu d'importance dans le travail thérapeutique ; l'essentiel étant de croire en l'approche et surtout, de développer un lien de confiance avec le client et de s'adapter à ses besoins, ses forces et ses limites (Lecomte, Drouin, Savard & Guillon, 2004 ; Keating, 2003 ; Brown & O'Leary, 2000 ; Safran & Muran, 2000 ; Meissner, 1996). Si je rencontrais Laurie à nouveau pour la première fois, je m'y prendrais de la même façon pour établir un lien avec elle, soit en l'accueillant dans sa colère, puis en la rassurant par rapport à la confidentialité et à l'utilisation de l'ordinateur.



Lors de mon expérience auprès de Laurie, j'ai expérimenté les différents rôles qu'elle m'attribuait en regard de son transfert au sens Kleinien (Hinshelwood, 2001 ; Klein, 1995 ; Klein, 1968). Auprès de Laurie, j'ai eu à jouer le rôle de la mère suffisamment bonne qui offre des bons soins et des repères. Alors que Laurie utilisait le clivage en percevant son environnement comme mauvais, elle avait besoin d'un bon objet pour augmenter les sentiments d'amour qui lui ont permis de grandir. J'ai aussi eu à porter la colère de Laurie envers son père jusqu'à ce que Laurie puisse se l'approprier. En effet, jusqu'à ce que Laurie puisse librement parler de sa colère envers son père, j'ai ressenti de la colère envers l'intrusion et l'empiètement de celui-ci. En étant consciente de ces transferts, j'ai pu orienter mon travail auprès d'elle afin de l'amener, à son rythme, à être consciente de cette colère puis à l'exprimer. Par ailleurs, j'ai porté le désir parental de voir Laurie grandir et devenir autonome. En croyant à son potentiel, je crois que cela a pu favoriser le transfert et le cheminement de Laurie.

Par ailleurs, j'ai appris à tenir compte de la culture dans lequel évolue un client afin de mieux orienter les services que je peux offrir. Dans le cas de Laurie, je n'étais pas suffisamment informée au moment de la thérapie, ce qui ne m'aidait pas à comprendre la dynamique familiale qui influence le développement de Laurie. En étant plus consciente de l'influence de la culture, j'aurais pu intervenir différemment auprès du père lorsque j'ai eu à le faire (Abudabbeh, 1996). Je pense que cela aurait pu avoir pour effet de diminuer les résistances du père face au développement de l'autonomie de sa fille.

D'autre part, je constate à nouveau l'importance pour moi de jeter un regard psychodynamique et systémique afin de comprendre l'ensemble de la situation et des conflits du client. À première vue, les symptômes de Laurie laissaient présager que cette dernière présentait un trouble psychotique de la structure paranoïaque. En effet, selon Bergeret (1996), la structure paranoïaque implique un sentiment de persécution, ainsi qu'une peur de la pénétration chez la personne qui s'en défend par des mouvements de projection. Il est possible d'observer ces aspects chez Laurie, de par sa peur des monstres qui veulent la pénétrer. De plus, cette structure « comporte des problèmes topiques liés à un Moi nettement distingué du non-Moi mais ne pouvant pas espérer s'autonomiser que dans une dépendance agressive à l'égard de l'objet » (p. 88). Cependant, chez les paranoïaques, cet échec n'est pas lié à « une immaturité affective où il s'agit de l'impossibilité d'atteindre toutes les identifications entrevues. » (p. 88). De plus, dans la structure paranoïaque, la personne peut nier la réalité. Quant à Laurie, on peut penser qu'elle échoue à devenir autonome en raison d'une immaturité affective importante qui est favorisée au sein de sa famille. Cela est observé dans les relations parent-enfant et dans les dessins projectifs. De plus, il ne semble pas que Laurie nie la réalité. Elle va même jusqu'à dire qu'elle sait que ses peurs sont dans sa tête.

Par ailleurs, en dressant un tableau clinique, on peut comprendre que ces symptômes, d'apparence psychotique, sont motivés par d'autres aspects. En effet, Laurie présente une grande immaturité, ce qui est appuyé par l'analyse de ses dessins. Ainsi, elle projette ses angoisses sur des objets extérieurs comme des monstres et des vampires.

Ces derniers font l'objet de l'imagination des enfants. Laurie a 17 ans d'âge chronologique, mais est une enfant psychologiquement. Par ailleurs, son syndrome contribue à sa problématique puisqu'elle voit à peine ce qui apparaît par surprise devant elle. Comme elle est immature et a réagi très fortement par des symptômes de panique, Laurie interprète les symboles qui lui font si peur comme étant des monstres. Toutefois, elle sait que ses craintes sont dans sa tête.

Dans le même ordre d'idées, il est possible de présumer que les symptômes de Laurie se retrouvent dans l'astructuration état-limite. En effet, les gens de cette organisation recourent au clivage des imagos et à la projection. Laurie utilise le clivage des imagos (les bons et les mauvais objets) afin de lutter contre la perte d'objet. De plus, son Moi n'est pas clivé comme dans les structures psychotiques. Elle utilise également la projection pour mettre à l'extérieur la représentation pulsionnelle intérieure. Par ailleurs, l'individu de l'organisation état-limite supporte difficilement les frustrations présentes qui éveillent les anciennes insatisfactions infantiles significatives. Ainsi, il peut facilement utiliser des traits de caractère paranoïaque dans le but d'intimider celui qui pourrait le frustrer. Cette personne ressent un besoin excessif de compréhension, de respect, d'affection et de soutien. Il a besoin autant de ses deux parents pour être aimé et aidé. Ainsi, la dépendance concerne autant le père que la mère. De plus, ces derniers peuvent être ressentis comme persécuteurs. À ces moments, il se doit de les agresser et de les maîtriser. Par ailleurs, de par la relation de dépendance (anaclitique) et l'attachement particulier à l'objet, ce type de relation place les deux partenaires (l'état-

limite et l'objet) tour à tour dans le rôle du persécuteur et du persécuté. D'autre part, l'individu de l'organisation limite est angoissé à l'idée de perdre l'objet de dépendance. Il ne peut accepter de demeurer seul, alors qu'il redoute les dangers de l'intrusion dans une proximité trop proche. Les parents de gens limites ont favorisé les fixations à une relation de dépendance. Le message sous-entendu par les parents peut être entendu ainsi de la part de l'enfant : « si tu restes près de moi, il ne t'arrivera rien, alors que si tu me quittes, tu cours de grands dangers » (Bergeret, 1996). Tous ces éléments mentionnés sont observés chez Laurie.

Ainsi, je crois que Laurie est de structure état-limite à la limite de la structure psychotique paranoïaque. On peut se demander si, en début de processus alors que Laurie était très submergée par la haine et certains aspects délirants et paranoïaques, celle-ci utilisait la manipulation tout comme peut le faire un état-limite ou si elle s'orientait vers une structure psychotique. Ainsi, soit Laurie manipulait, soit la thérapie a permis de rétablir un aménagement relativement fonctionnel et plus évolué, soit l'organisation limite. De ce questionnement, je constate qu'il n'est pas toujours aisé de poser un diagnostic précis et permanent, et ce, encore plus à la période de l'enfance et de l'adolescence. En effet, cette période permet beaucoup plus de malléabilité et l'aménagement de la personnalité peut évoluer à la suite d'un cheminement thérapeutique ou d'évènements clés.

Abordons maintenant le développement de l'autonomie. Au sein de mon expérience auprès de Laurie, je retiens l'importance d'offrir un espace individuel pour l'enfant ou l'adolescent en dehors de la famille. Cependant, je crois aussi au travail qui doit être fait auprès des parents. En effet, je remarque avec Laurie qu'elle a pu développer une certaine autonomie dans les milieux où on lui a permise. Par contre, dans sa famille, les parents n'offrent pas ce même privilège. Au contraire, ils n'encouragent pas son autonomie et vont même souscrire à ce qu'elle demeure une petite fille. Plutôt que de mettre l'accent sur ses ressources, ils se concentrent sur sa fragilité. Ainsi, Laurie demeure une petite fille en présence de ses parents, alors qu'elle grandit au sein des autres milieux, tels qu'en thérapie et à l'école. Laurie développe donc des symptômes, tels que ceux présents dans la problématique de l'anorexie et du trouble panique. Ces symptômes ont une fonction dans la résolution du conflit entre grandir et demeurer une petite fille. Ils ont un sens et sont révélateurs d'un problème chez un être humain qui essaie d'atteindre une maturité (Winnicott, 1989b). Chez Laurie, nous observons également que la culture et son syndrome jouent un rôle contribuant à augmenter la surprotection des parents. Ainsi, les aspects génétique et culturel sont à considérer dans le développement d'une personne ou d'une problématique.

Outre cela, je retiens certaines étapes permettant de favoriser l'émergence d'une plus grande maturité. Tout d'abord, il s'agit de la mise en place d'un lien de confiance. Pour y parvenir, entre autres, l'empathie, l'acceptation inconditionnelle et la liberté offerte permettant à l'individu de s'ouvrir à sa façon et à son rythme, sont de mises. Dans un

premier temps, permettre au client de ventiler sur ce qui déborde, s'il y a lieu, et de parler des choses moins menaçantes pour commencer, peuvent être sources de soulagement. Puis à son rythme, le client pourra parler de ses préoccupations plus douloureuses et angoissantes. Il est aussi pertinent de favoriser la possibilité de remettre en question les valeurs parentales afin de stimuler la différenciation. Il est également important d'offrir un lieu où le client pourra en venir à exprimer la colère envers les parents, afin d'amorcer le processus de séparation et permettre de renoncer à l'objet idéalisé. Au terme de ces étapes, il pourra y avoir une réconciliation du bon et du mauvais ressentis envers les parents, laissant place à l'ambivalence. Advenant que les conflits persistent dans la réalité, l'individu pourra tenter de réparer la situation ou faire un travail de séparation et obtenir satisfaction en dehors des relations familiales.

Au terme de ce travail, je recommande la poursuite de la thérapie avec un autre thérapeute, en s'assurant d'un transfert positif. Il semble que ce lien d'attachement ait pu facilement se créer avec la thérapeute qui poursuit le travail auprès de Laurie. De plus, il serait intéressant de faire une autre évaluation de la problématique de Laurie en raison du lien de confiance qui a pu s'établir puis de l'amorce des changements observés chez Laurie. Ces aspects pourraient fournir un tableau clinique différent de la première évaluation.

## Conclusion

J'ai voulu, dans ce travail, observer les enjeux qui interfèrent avec le développement de l'autonomie. En regard du travail thérapeutique auprès de Laurie, j'aimerais tirer certaines conclusions.

Tout d'abord, je constate l'importance des symptômes permettant à l'individu de s'adapter aux situations qui compromettent son développement affectif. Par ailleurs, il n'est pas toujours aisé de poser un diagnostic différentiel et ce, d'autant plus lorsqu'il n'y a pas une vue d'ensemble du tableau clinique. De plus, ce diagnostic peut évoluer, principalement chez les enfants et les adolescents, en fonction des événements vécus ou d'un travail thérapeutique.

D'autre part, j'insiste sur l'importance de l'alliance thérapeutique qui favorise l'empathie, la chaleur et l'acceptation inconditionnelle, ainsi qu'un espace de liberté et d'évolution. Plus précisément en lien avec l'autonomie, je constate la possibilité de grandir et de se différencier dans un milieu permettant un transfert positif qui offre des repères, sans toutefois maintenir la dépendance. En effet, pour ce qui est de Laurie, elle a pu évoluer, vers un début d'autonomie et de différenciation, dans les milieux (thérapie, école) qui favorisent son développement, alors qu'elle est demeurée une petite fille dans son environnement familial surprotecteur.



Enfin, certaines questions demeurent en suspens. En effet, il pourrait être intéressant d'observer plus en profondeur, dans un prochain travail, les interventions qui ont permis à Laurie de cheminer et celles qui ont pu ralentir le processus. Il aurait aussi été pertinent de comparer la compréhension clinique proposée dans cette étude de cas en regard du syndrome Laurence-Moon-Biedl et de tests projectifs pouvant appuyer les résultats obtenus aux dessins projectifs.

## Références

- Abudabbeh, N. (1996). Arab families. Dans M. McGoldrick, J. Giordano & J. K. Pearce (Éds), *Ethnicity and family therapy*. (2e éd.). (pp. 333-346). New York : The Guilford Press.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- American Psychiatric Association. (1996). *Mini DSM-IV : Critères diagnostiques*. (Washington, DC, 1994). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Baker, D., Sivyer, R. & Towell, T. (1998). Body image dissatisfaction and eating attitudes in visually impaired women. *International journal of eating disorders*, 24(3), 319-322.
- Bauman, M. L. & Gwendolyn, O. H. (1973). Laurence-Moon-Biedl Syndrome. *American Journal of disabled children*, 126, n. d.
- Beales, P. L, Elcioglu, N. Woolf, A. S., Parker, D. & Flinter, F. A. (1999). New criteria for improved diagnosis of Bardet-Biedl syndrome: results of a population survey. *Journal of Medical Genetics*, 36(6), 437-446.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3e éd.). Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (2000). *Psychologie pathologique. Théorique et clinique* (8e éd.). Paris : Masson.
- Bing, R. (1931). Complicated dystrophic imbecility observed in brother and sister. *Norsk Magazin foer Laegevidenskaben*, 92, 956.
- Birksted-Breen, D. (1989). Working with an anorexic patient. *International Journal of psychoanalysis*, 70, 29-39.
- Birksted-Breen, D. (1996). Phallus, penis and mental space. *International Journal of psychoanalysis*, 70, 29-39.
- Boivin, S. (2003). Médecin et nutritionniste : des alliés du psychologue. *Psychologie Québec*, 28-32.

- Brown, P. D. & O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 340-345.
- Carrière, A.-M. (2003). Une percée scientifique importante pour le traitement des troubles alimentaires. *Psychologie Québec*, 23-24.
- Chabane, N., Vila, G. & Mouren-Simeoni, M.-C. (1999). Les troubles psychotiques. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative* (pp. 139-161). Montréal : Éditions Gaëtan Morin.
- Flammarion Médecine Sciences (1994). *Dictionnaire de médecine Flammarion* (5<sup>e</sup> éd.). Paris : Flammarion Médecine Sciences.
- Green, J. S., Parfrey, P. S., Harnett, J. D, Farid, N. R. & al. (1989). The cardinal manifestations of Bardet-Biedl syndrome, a form of Laurence-Moon-Biedl syndrome. *New-England Journal of Medicine*, 321(15), 1002-1009.
- Hinshelwood, R. D. (2001). *Le génie clinique de Mélanie Klein et les apports de ses disciples*. Paris : Éditions Payot & Rivages.
- Hodapp, R. M. (1998). *Development and disabilities : intellectual, sensory and motor impairments*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Holmbeck, G. N., Johnson, S. Z., Wills, K. E., McKernon, W., Rose, B., Erklin, S. & Kemper, T. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability : The mediational role of behavioral autonomy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 96-110.
- Keating, L. (2003). Negotiating the therapeutic alliance : A relationship treatment guide. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(1), 67-68
- Klein, M. (1995). *Le transfert et autres écrits*. Traduit de l'anglais par Claude Vincent. Paris : Presses Universitaires de France.
- Klein, M. & Riviere, J. (1968). *L'amour et la haine : le besoin de réparation, étude psychanalytique*. Paris : Payot.
- Lauru, D & al. (2002). *Le transfert adolescent ?* Toulouse : Érès.

- Lawrence, M. (2002). Body, mother, mind. Anorexia, femininity and the intrusive object. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 837-849.
- Lecomte, C., Drouin, M.-S., Savard, R. & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lehalle, H. & Mellier, D. (2002). *Psychologie du développement. Enfance et adolescence*. Paris : Dunod.
- Lowinger, R. J. & Kwok, H. (2001). Parental overprotection in asian american children : a psychodynamic clinical perspective. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 38(3), 319-330.
- Macklin, M. T. (1936). The Laurence-Moon-Biedl syndrome : a genetic study. *Journal of Heredity*, 27, 97-104.
- Meissner, W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. New Haven : Yale University Press.
- Poulin, L. (2003). Le cri silencieux de l'anorexie et de la boulimie. *Psychologie Québec*, 18-22.
- Reilly, W. A. & Lissner, H. (1932). Laurence-Moon-Biedl syndrome. *Endocrinology*, 16, 337-357.
- Riise, R., Tornqvist, K., Wright, A., Myktyyn, K. & Sheffield, V. C. (2002). The Phenotype in Norwegian Patients With Bardet-Biedl Syndrome With Mutations in the BBS4 Gene. *Archives of ophthalmology*, 120(10), 1364-1367.
- Rodin, J., Silberstein, L. & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight : A normative discontent. *Nebraska-Symposium-on-Motivation*, 32, 267-307.
- Rogé, B. (1999). L'autisme et les autres troubles graves du développement. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative* (pp. 281-315). Montréal : Éditions Gaëtan Morin.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : A relational treatment guide*. New York : Guilford Press.
- Steiger, H. & Champagne, J. (1999). Les troubles de l'alimentation : l'anorexie nerveuse et la boulimie. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative* (pp. 391-404). Montréal : Éditions Gaëtan Morin.

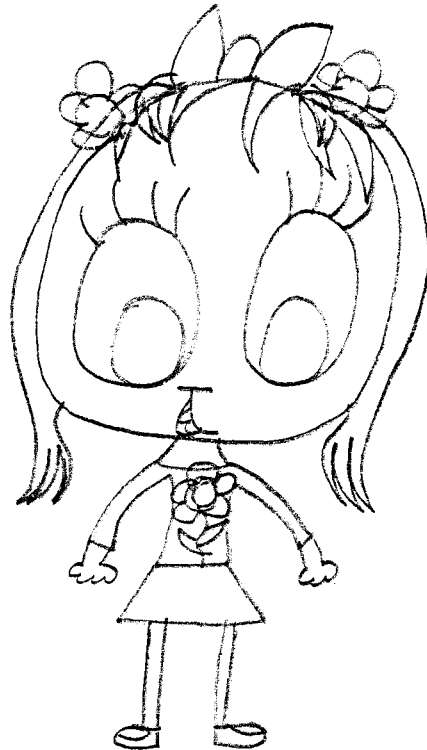
- Ternynck, C. (2000). *L'épreuve du féminin à l'adolescence*. Paris : Dunod.
- Todd, J. (1955). A case of the Laurence-Moon-Biedl syndrome with paranoid psychosis. *American journal of mental deficiency*, 60, 331-334.
- Winnicott, D. W. (1989a). L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (2e éd.). Paris : Payot. p. 80-97.
- Winnicott, D. W. (1989b). Le respect du symptôme en pédiatrie. Exposé d'un cas. *De la pédiatrie à la psychanalyse* (2e éd.). Paris : Payot. p. 203-222.

## Appendices

## Appendice A : dessins projectifs

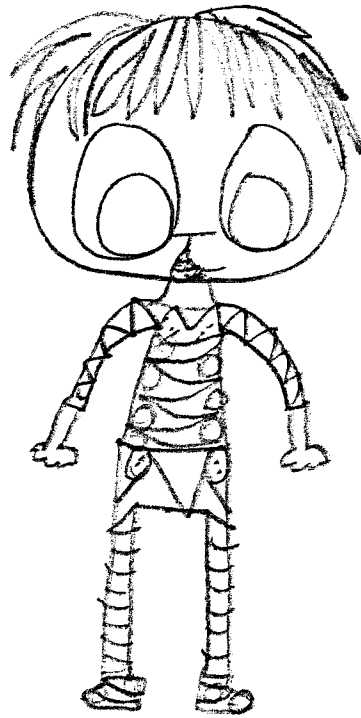


Personnage féminin

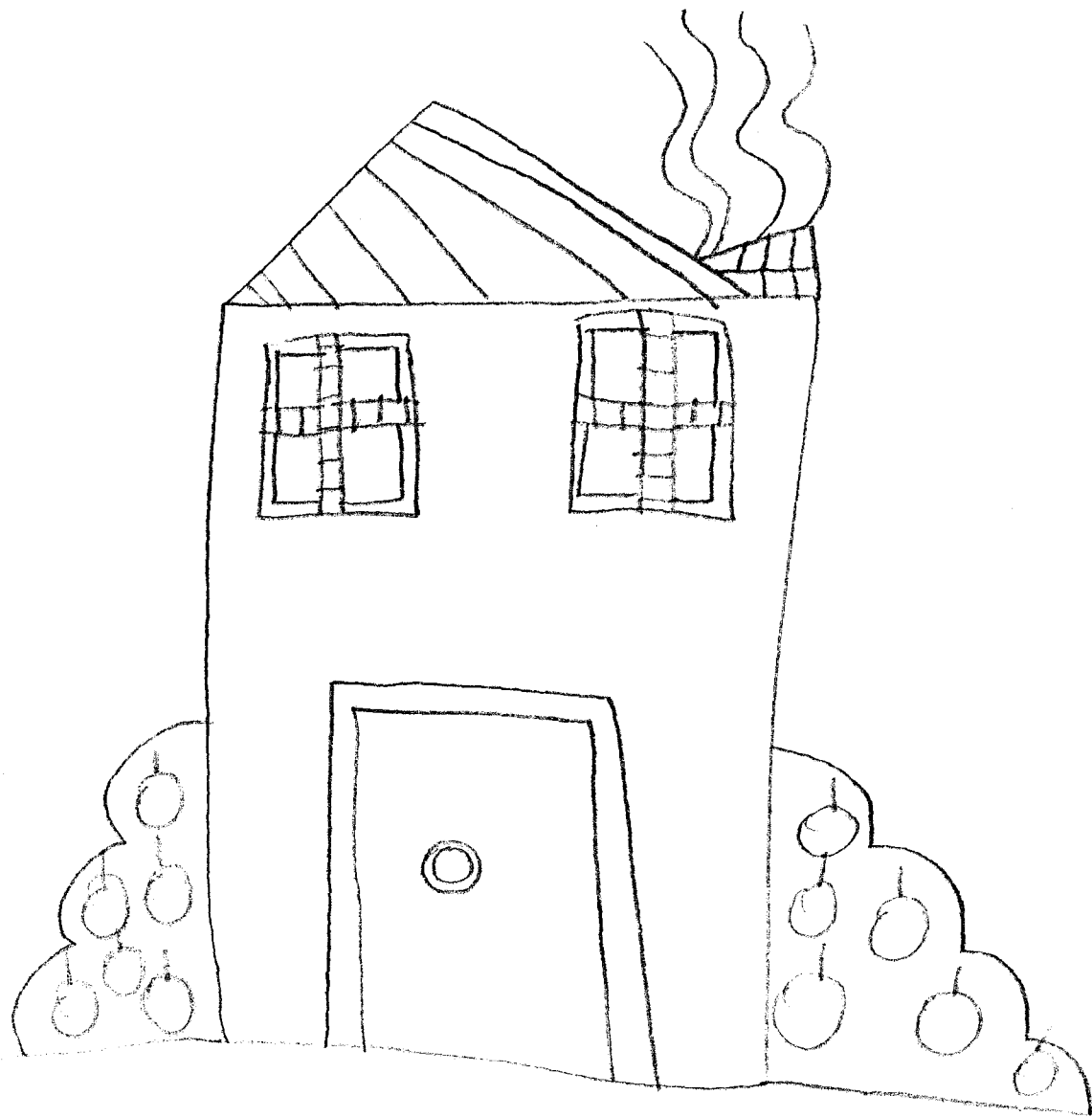


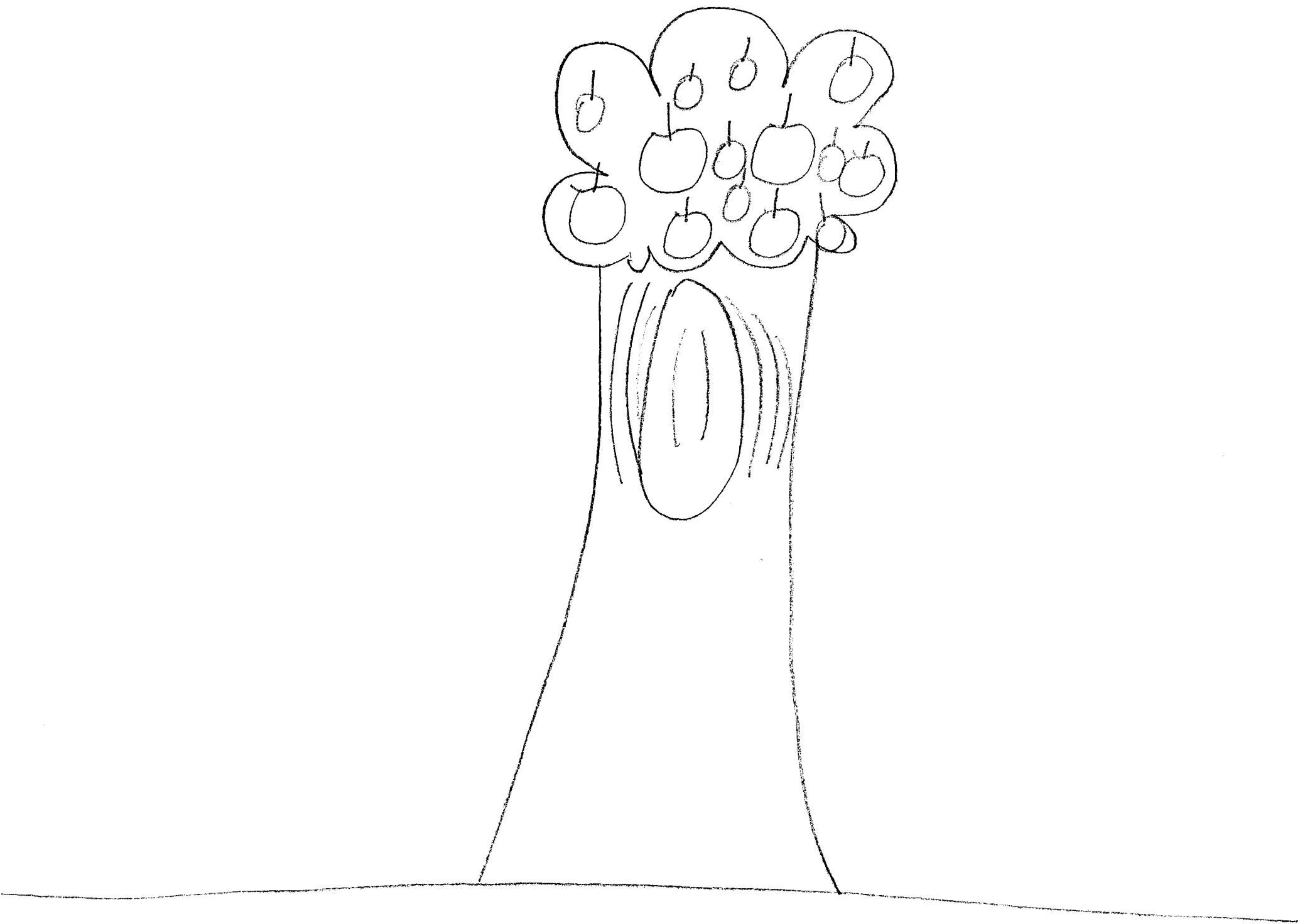
Aurélie, 7 ans.

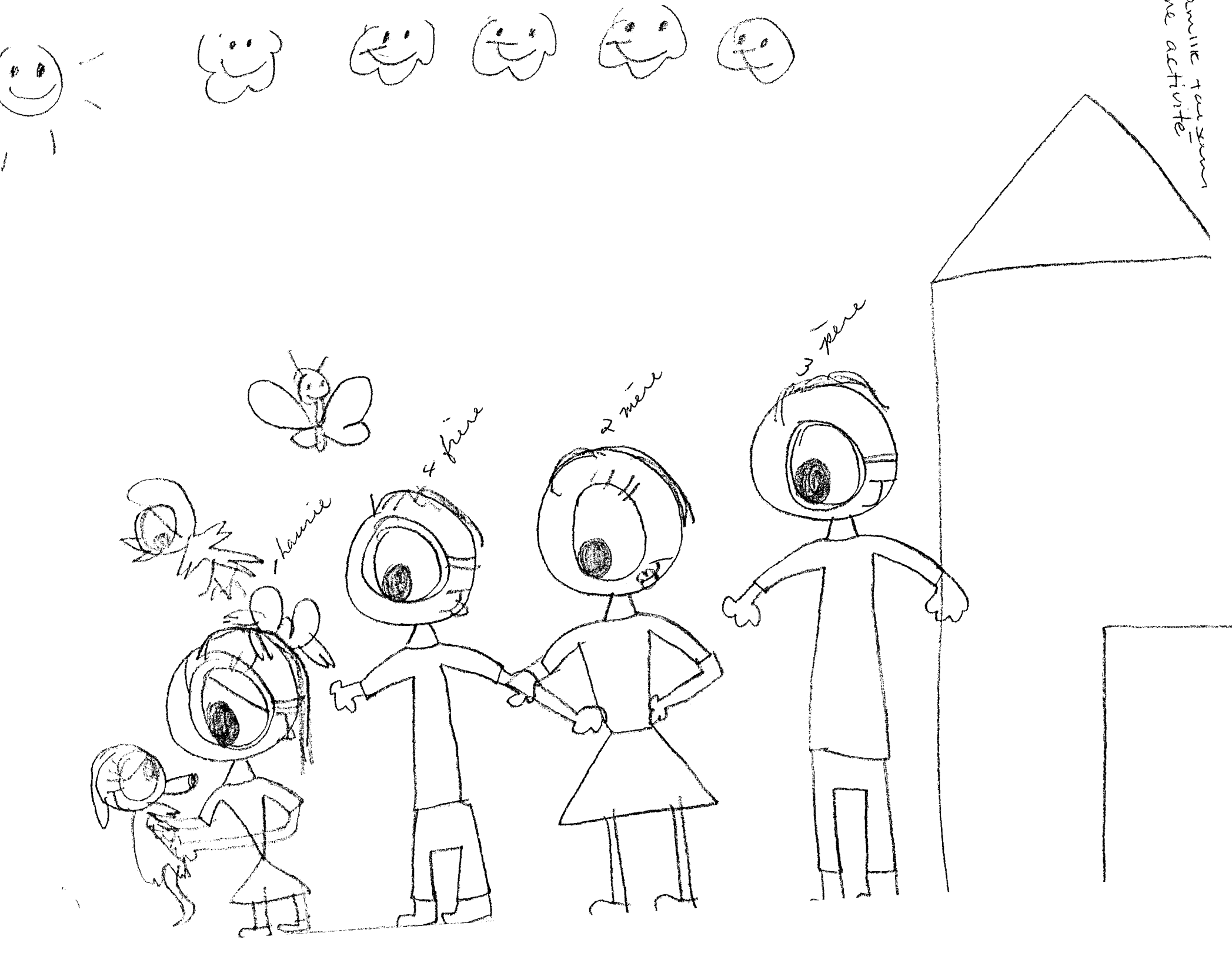
Personnage masculin



Tristan, 10 ans







## Appendice B : formulaire de consentement



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : L'établissement d'une alliance thérapeutique facilitant le progrès d'une adolescente atteinte du syndrome Laurence-Moon-Biedl

Chercheur : Manon Olivier, interne au Doctorat en psychologie  
Département de psychologie – Université du Québec à Trois-Rivières  
Département de psychologie – Centre des Adolescents  
Hôpital XYZ.  
Téléphone : 819-376-5011

Directeur de recherche : René Marineau, Ph. D.  
Professeur au Département de psychologie  
Université du Québec à Trois-Rivières  
Téléphone : 819-376-5011 (3536)

---

## INFORMATION

### 1. Nature et objectif de l'étude

Il s'agit d'une étude de cas visant à réfléchir sur l'établissement d'une alliance thérapeutique qui facilite le progrès, en thérapie, d'une adolescente atteinte du syndrome Laurence-Moon-Biedl. Des difficultés importantes au niveau de l'autonomie sont également présentes.

### 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

La participation à cette étude de cas implique de votre part un suivi psychologique auprès de Manon Olivier, interne sous supervision au doctorat en psychologie et responsable de ce projet. Le suivi comprend des entretiens de 45 minutes pendant un nombre indéterminé de rencontres (décision prise entre la participante, le psychiatre assigné et l'interne, selon les besoins du traitement) au Centre des Adolescents de

l'Hôpital XYZ. Les informations seront recueillies dans le cadre du cheminement thérapeutique (observations cliniques, dossier médical, entretiens cliniques) et par l'entremise de dessins projectifs (dessins de la personne, l'arbre, la maison et de la famille) en cours et en fin de suivi thérapeutique. Aucune prise de médication, hospitalisation ou examen physique quelconque ne sera exigé pour cette étude.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation à ces épreuves n'entraîne aucun risque, si ce n'est les risques inhérents à tout cheminement thérapeutique, qu'il y ait cette étude ou non : un certain niveau de détresse, un rappel d'événements négatifs, une prise de conscience, un changement dans les relations avec l'entourage.

Vous devez signaler tout inconfort, malaise, dérangement ou détresse découlant de la participation à cette étude, à la personne qui supervise l'épreuve. Le responsable de la recherche a prévu des mesures visant à atténuer ces effets négatifs : suivi thérapeutique, suivi médical par le psychiatre et suivi social avec les parents (services offerts dans le cadre du traitement qui ont lieu avec ou sans la présence de cette étude de cas).

### 4. Bénéfices et avantages

Les avantages personnels sont ceux inhérents à tout suivi thérapeutique : prise de conscience, évolution positive du développement de l'autonomie, une meilleure connaissance des enjeux entravant votre autonomie.

La participation à cette étude de cas peut aussi permettre une réflexion sur les enjeux nuisant au développement de l'autonomie à l'adolescence et ainsi approfondir les connaissances à ce sujet.

### 5. Versement d'une compensation financière

Aucune rémunération ni compensation financière ne sera versée.

### 6. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Ainsi, toutes informations susceptibles de



vous identifier seront modifiées. Les informations recueillies au cours des épreuves et le formulaire de consentement seront placés sous clé pour assurer la confidentialité. Seuls Manon Olivier, responsable de ce projet, Mme ABC, superviseure du suivi psychologique, et M. René Marineau, directeur de ce projet de recherche, auront accès aux informations recueillies.

#### 7. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part. Toutefois, ceci ne vous empêche nullement d'exercer un recours légal en cas de faute reprochée à toute personne impliquée dans l'étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou les établissements impliqués, de leurs responsabilités légales et professionnelles.

#### 8. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

#### 9. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Manon Olivier (819-376-5011)

## CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et ce, sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du sujet  
(en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur  
(en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du Directeur de  
Recherche  
(en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date