

FAP REVISTA CIENTÍFICA

VOLUME 13 JUL. / DEZ. 2015 - ISSN 1980-5071

La gymnastique holistique par des femmes souffrant de dépression et de troubles du comportement alimentaire

Sylvie Fortin¹

Danièle Chouinard²

32

RÉSUMÉ - Une recherche-action a été conduite avec des femmes souffrant de dépression et de trouble de comportement alimentaire (TCA). L'objectif était de favoriser chez les participantes un meilleur rapport au corps par la pratique de la Gymnastique Holistique (GH) et de cerner les impacts possibles sur leur santé mentale et, plus spécifiquement, sur leur TCA. Dans un premier temps, il ressort de l'étude, des difficultés pour ces femmes à «sentir» leur corps. Ensuite, elles parviennent à utiliser la GH comme un outil au service de leur processus de changement.

Mots clés - Gymnastique Holistique, éducation somatique, trouble du comportement alimentaire, dépression, recherche-action.

1 Ph. D. is a professor at the Université du Québec à Montréal, Canada since 1986 and is a certified teacher of the Feldenkrais Method of somatic education since 1996. She is the director of the Master degree program in dance and the Postgraduate diploma in somatic education. She is well known as a somatic practitioner and prolific author of body-related issues in the arts. Author of over 100 articles or book chapters in numerous scientific and professional journals, she was editor, in 2008, of *Danse et santé*, presenting an international collection of authors addressing current health issues within dance. In 2011, she co-edited a special issue of *Recherches Feministes*, a journal on social inequity in women's health. In 2014, she also co-edited a special issue of *Journal of Dance and Somatic Practices*.

2 Danièle Chouinard, assistante de recherche et professeure certifiée de la méthode GH. Tout au long du projet, elle a assumé l'enseignement et participé à la collecte ainsi l'analyse des données.

A ginástica holística para mulheres que sofrem de depressão e de problemas de comportamento alimentar

Sylvie Fortin¹

Danièle Chouinard²

RESUMO - *Uma pesquisa-ação foi realizada com mulheres que sofrem de depressão e distúrbio de comportamento alimentar (TCA). O objetivo era proporcionar para as participantes uma melhor relação com o corpo através da prática da Ginástica Holística (GH) e identificar os impactos possíveis sobre sua saúde mental e, mais especificamente, sobre o TCA das mesmas. Em um primeiro momento, o resultado do estudo mostra as dificuldades que estas mulheres têm de sentir o próprio corpo. Em seguida, elas conseguem utilizar a GH como uma ferramenta a serviço do seu processo de mudança.*

Palavras chave - *Ginástica Holística, educação somática, distúrbio do comportamento alimentar, depressão, pesquisa-ação.*

1 *Doutora, Sylvie Fortin é professora na Universidade de Quebec em Montreal, Canadá desde 1986 e é professora certificada no Método de Feldenkrais de educação somática desde 1996. É diretora do Programa de Mestrado em Dança e da Pós-Graduação em educação somática. É reconhecida como Praticante Somática e prolifera autora de questões relacionadas ao corpo nas artes. Autora de mais de 100 artigos ou capítulos de livros em inúmeras revistas científicas ou jornais profissionais, foi editora, em 2008, da Danse et santé, apresentando uma coleção de autores internacionais com abordagens atuais sobre problemas de saúde na dança. Em 2011, co-editou uma edição especial do Recherches Feministes, um jornal sobre iniquidade social na saúde das mulheres. Em 2014, ela também co-editou uma edição especial da Revista Científica de Dança e Práticas Somáticas.*

2 *Danièle Chouinard, assistente de pesquisa e professora certificada no método GH. Acompanhou todo o projeto realizado junto a Sylvie Fortin e assumiu o ensino e participou na coleta bem como na análise de dados.*

Introduction

Cet article présente une recherche-action qui consistait à proposer à des femmes souffrant de dépression et de troubles de comportement alimentaire (TCA) des ateliers d'éducation somatique selon la méthode de Gymnastique Holistique (GH). Les objectifs étaient de favoriser chez les participantes un meilleur rapport au corps et de cerner l'impact possible de l'éducation somatique sur leur santé mentale et plus spécifiquement sur les TCA. La recherche a été réalisée avec L'Entre-Deux¹, une maison d'hébergement au Québec (Canada), qui accueille, pour un séjour de trois mois, avec un suivi externe de plusieurs mois, une douzaine de femmes au prise avec des problèmes de santé mentale. Le projet de recherche-action a été rendu possible grâce au Service aux collectivités (SaC) de l'Université du Québec à Montréal² qui offre un soutien aux groupes de femmes issus du milieu communautaire pour qu'elles réalisent des projets répondant à leurs besoins. Elles participent donc à toutes les étapes décisionnelles de la recherche-action, de la formulation des objectifs à la diffusion des résultats.

Troubles du comportement alimentaire

Dans le manuel des Diagnostics en santé mentale (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (APA), les troubles de comportement alimentaire (TCA) sont regroupés en trois catégories: l'anorexie (anorexia nervosa), la boulimie (bulimia nervosa) et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés, c'est-à-dire les troubles autres que l'anorexie et la boulimie. Les TCA sont des affections complexes étroitement associées à d'autres maladies mentales comme les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux. Les causes des TCA sont multifactorielles et la symptomatologie touche les aspects biologiques, psychologiques et sociaux des individus concernés. Les traitements des troubles du comportement alimentaire, presque toujours associés à de la comorbidité, comprennent habituellement la stabilisation nutritionnelle, la psychothérapie de longue durée et le recours à des médicaments. Cependant, aucun traitement n'a été démontré comme supérieur (ISRAËL, 2012). À ce jour, ce qui semble donner les meilleurs résultats est la combinaison d'approches multidisciplinaires.

Bien que les troubles de comportement alimentaires se manifestent par le corps, peu d'études ont inclus la dimension corporelle dans leur approche multidisciplinaire.

1 Sincères remerciements aux participantes de L'Entre-Deux. <www.cooptel.qc.ca/~entre2/index.html>

2 Sincères remerciements à Claire Vanier du Service aux Collectivités de l'UQAM. <www.sac.uqam.ca/accueil.aspx>

Parmi ces études, diverses approches corporelles ont été utilisées notamment le yoga (BOUDETTE, 2006; DAUBENMIER, 2005; MITCHELL et al, 2007), la danse thérapie (KRANTZ, 1999; MONNEY, 2008), l'activité physique non performative (DUESUND et SKARDERUD, 2003), et la méthode Feldenkrais d'éducation somatique (FORTIN et VANASSE, 2011; LAUMER, 2004). Les auteurs de ces deux dernières études ont conclu à des améliorations dans le rapport à soi des personnes souffrant de TCA qui avaient participé à des cours de groupe de la méthode Feldenkrais. Plus spécifiquement, au nombre des bénéficiaires identifiés, ils signalent l'amélioration de la conscience et de l'écoute de ses sensations, un plus grand respect de ses limites, une plus grande capacité d'autorégulation et un sentiment « d'empowerment »³. Pour ces auteurs, bien que les TCA soient répertoriés comme maladie mentale, les personnes qui en souffrent ne sont pas des « malades » à guérir mais des personnes avec des potentiels à développer au moyen de diverses stratégies pédagogiques.

L'éducation somatique, qui rassemble diverses méthodes ayant pour but la conscience du corps en mouvement, est un moyen éducatif davantage qu'un moyen thérapeutique. L'éducateur somatique adhère à l'idée qu'une fonction sensori-motrice entravée affecte l'ensemble de la personne. Réciproquement, toute amélioration d'une fonction améliorera éventuellement l'entièreté de la personne. Par exemple, face à une personne présentant une respiration déficiente, le professeur pourra donc proposer diverses activités de mouvements pour que la personne chemine vers un mouvement diaphragmatique ample et pleinement fonctionnel, puisqu'il sait qu'un diaphragme apaisé est accompagné de cognitions moins anxiogènes. Le professeur entre en relation avec l'élève dans sa globalité. Dans la recherche action, tout en reconnaissant les effets thérapeutiques de nos interventions, nous nous sommes positionnées comme éducatrices et non comme thérapeutes. Pour nous, le mouvement est un révélateur de la personne et un lieu d'intervention concret pour le changement quel qu'il soit.

Gymnastique Holistique

Les mouvements proposés aux femmes de L'Entre-deux provenaient du répertoire de la Gymnastique Holistique, fondée en 1933 par le Dr. Lili Ehrenfried, médecin et kinésithérapeute. Au Québec, la Gymnastique Holistique (GH) fait partie du champ disciplinaire de l'éducation somatique⁴. Ehrenfried (1953, p. 18) affirme que le fonctionnement déficient d'un organisme humain part des habitudes de vie conduisant

3 Empowerment: pouvoir d'agir

4 <www.education-somatique.ca>

au déséquilibre, décelable par une « attitude psychique sous-jacente ». Elle souligne que la rééducation de la respiration et des mécanismes sensori-moteurs peut « rétablir l'équilibre compromis et permettre une transformation qui perdure dans le temps et qui peut être ressentie comme un soulagement » (EHRENFRIED, 1953, p.20). Toutefois, elle précise, en reprenant les paroles de sa professeure, l'éducatrice physique Elsa Gindler, que pour changer quelque chose, il faut d'abord en être conscient:

Je parle de cette conscience qui est au centre, qui réagit à l'environnement, qui est capable de penser et de sentir. Je renonce sciemment à définir cette conscience comme âme, psyché, esprit, sentiment, individualité, subconscient, voire âme du corps. À mon sens, le petit mot 'je' résume tout cela (GINDLER, 1926).

La GH respecte un protocole de travail corporel successif et précis qui balise les séances : détente, assouplissement, mobilisation, étirement, placement et structuration. Ces étapes favorisent l'harmonie du système musculo-squelettique sollicité dans quatre axes principaux: le comportement, l'équilibre, la respiration et la tonicité. De tradition orale, les mouvements sont guidés uniquement par la parole du professeur, ce qui favorise l'investissement dans la sensation corporelle et l'acquisition de notions de base en anatomie fonctionnelle. L'exploration du mouvement se fait en privilégiant la latéralité par un travail comparatif gauche et droit du corps. L'utilisation d'accessoires tels que des balles, baguettes, rouleaux et coussins de sarrasin sert à éveiller la proprioception par une stimulation accrue. L'éveil sensoriel est favorisé, dans les séances, par l'aller-retour des commentaires des participantes et des reformulations venant de l'éducatrice somatique.

36

Description du projet de recherche-action

Lavoie, Marquis et Laurin (1996) précisent qu'une recherche-action doit partir d'un besoin social identifié et se mener avec tous les participants concernés qui font la gestion et l'évaluation collectivement du projet pendant toute sa durée. Ces auteurs soulignent l'importance d'alterner moments d'action et moments de réflexion. Ce fût le cas, dans la présente recherche-action, grâce à la formation d'un comité d'encadrement, composé des trois partenaires, qui se rencontrait régulièrement pour voir à son bon fonctionnement⁵.

5 La collaboration entre le Service aux collectivités, L'Entre-Deux et les deux chercheuses a été facilitée par la création du comité d'encadrement. Il comprenait la déléguée du Service aux collectivités, Claire Vanier, qui assistait à toutes les réunions. Outre cette déléguée, l'équipe d'encadrement comprenait, du côté de L'Entre-Deux, la directrice de l'organisme, Pauline Lacroix, et une membre active de ce groupe communautaire, Marie-Josée Roy. Les chercheuses étaient Sylvie Fortin, professeure à

Le projet de recherche-action a consisté en 16 séances de GH de 90 minutes. Les participantes étaient âgées de 18 ans et plus, toutes déjà admises aux programmes de L'Entre-Deux et vivant avec un TCA, avec ou sans diagnostic médical. Sept femmes, sur une possibilité de 16, ont complété la totalité de la recherche-action. Le taux moyen de participation des sept femmes a été de 12 séances. Cette participation nous satisfait grandement, compte tenu des fluctuations possibles des états dépressifs, lesquels peuvent entraîner de l'absentéisme, peu importe le type d'activités concernées. Conformément au code d'éthique de l'UQAM, elles ont signé un formulaire de consentement et choisi un pseudonyme. Le projet de recherche-action a pris fin en 2012 (FORTIN; CHOUINARD, 2013).⁶

À chaque semaine, les séances s'inscrivaient dans une progression des pieds vers la tête. Les participantes étaient encouragées à découvrir leur corps par le regard, la palpation et l'expérimentation fonctionnelle des articulations et des muscles, suivant un apprentissage anatomique et fonctionnel du corps humain. La mise en mouvement se faisait lentement, en tenant compte de la capacité d'absorption des participantes. La détente, qui amorçait et terminait chaque séance, permettait aux femmes de prendre contact avec leur respiration et leur état de stress et d'énergie.

En début de séance, un échange verbal en groupe servait à identifier les préoccupations des unes et des autres et à réajuster le contenu de la séance. En clôture de séance, une discussion de groupe servait à faire un retour sur les expériences vécues. Le contenu de cette discussion pouvait être réinvesti, en dehors des cours hebdomadaires, dans un journal de bord dans lequel les femmes étaient invitées à écrire afin de développer leur capacité à faire des liens entre les mouvements expérimentés et leur corps « senti ». Les participantes pouvaient aussi y traduire leur cheminement en dessins. En effet, lors des séances hebdomadaires, des moyens diversifiés étaient proposés pour favoriser l'apprentissage. Par exemple, à deux reprises les femmes ont été invitées à fabriquer, les yeux fermés, leur autoportrait en utilisant de la pâte à modeler. Il est important de préciser que, dans le cadre de la présente recherche-action, cette activité était utilisée strictement comme un moyen pédagogique pour éveiller la conscience corporelle et, d'aucune façon les représentations corporelles n'ont servi à dresser un portrait psychologique de la personne. Le modelage servait uniquement de point de repère postural, tactile et visuel, aux participantes.

À la fin des séances, un moment était aussi consacré à une question de la semaine que les femmes pouvaient aborder dans l'écriture de leur journal de bord. Les questions avaient pour but d'encourager la description de l'expérience vécue et les

l'UQAM et Danièle Chouinard, assistante de recherche et professeure certifiée de la méthode GH. Tout au long du projet, elle a assumé l'enseignement et participé à la collecte ainsi que l'analyse des données.

6 Le présent article est tiré du rapport de recherche disponible en écrivant à Sylvie Fortin <fortin.sylvie@uqam.ca>

possibles liens à la vie quotidienne. À noter que les journaux de bord, autant que les discussions au début et à la fin des séances, ont servi autant de moyen d'apprentissage que de moyen de collecte de données. Au nombre des outils de collectes de donnée figurent :

1. Un bilan de santé et une fiche personnelle

Au début et à la fin du processus de la RA, une rencontre individuelle a servi à faire un bilan de santé et à recueillir, au moyen d'une fiche individuelle, de l'information sur le rapport à la nourriture et au corps.

2. L'enregistrement sur bande audio des expériences vécues en séances

Une transcription sélective des enregistrements des échanges verbaux entre les participantes et la professeure a été faite à des fins d'analyse.

3. Des grilles d'auto-évaluation durant les séances

Au début et à la fin des séances, les participantes prenaient un temps de retrait, seule, pour évaluer leur expérience et y mettre tout de suite des mots et des impressions qui pouvaient être repris par la suite dans leur journal de bord.

4. Journal de bord

Dans le journal de bord, les participantes étaient invitées à répondre à une question de réflexion hebdomadaire, en plus de faire spontanément des liens à leur vie en général et, plus spécifiquement, aux TCA. Les journaux de bord contenaient une moyenne de 30 pages.

L'analyse des données qualitatives a été réalisée en deux étapes distinctes. La première étape a consisté à retracer le parcours de chacune des participantes sous forme d'histoires individuelles. Celles-ci reprenaient les moments forts des expériences corporelles individuelles lors des séances, auxquels se rajoutaient des extraits de leurs écrits dans leur journal de bord. À la seconde étape, nous avons fait une synthèse des histoires individuelles. C'est ce que présente le présent article. Inspirée de Paillé (2004, p.225) qui stipule que la recherche-action « donne lieu à un compte-rendu et à une analyse de l'action plutôt qu'à un exposé des résultats », nous en sommes venues, non pas à présenter des catégories thématiques répondant à nos deux questions de recherche, portant sur les rapports au corps et les impacts des séances de GH sur les troubles du comportement alimentaires, mais à plutôt refléter l'expérience globale des femmes, du début à la fin de la recherche-action. La synthèse qui suit n'est donc pas structurée en deux parties distinctes, car un constat général de la recherche-action est justement l'imbrication de la question du corps et des TCA. Il nous est alors

apparu plus fécond de traiter des deux aspects au sein d'une organisation mettant en lumière les « états d'être » des femmes souffrant de TCA, dans leur cheminement vers un mieux-être. La synthèse se donne donc à lire selon les phases suivantes: 1) états d'amnésie-sensori-motrice, 2)distorsions de la perception de soi, 3) passage de l'amnésie sensori-motrice à la capacité de « se sentir », 4)réappropriation de soi, 5)de la capacité de sentir à la capacité de dire, 6) de la prise de conscience à l'agir, et 7) vers l'autonomisation.

Synthèse et discussion

Des états d'amnésie sensori-motrice

Thomas Hanna (1989), philosophe et éducateur somatique, parle d'un corps souffrant d'amnésie sensori-motrice, c'est-à-dire de l'absence de sensation accompagnée parfois de perte du contrôle volontaire des actions motrices de la région insensible. Il explique cela comme une réaction à un stress persistant ou à un choc traumatique. Selon Hanna (1989, p. 13), *«l'amnésie sensori-motrice est un type de maladie qui n'a pas encore été reconnue; une maladie de nature somatique qui nécessite non pas un traitement, mais une éducation»*.

C'est dans cette optique éducative que la RA visait à ce que les femmes apprennent à établir des rapports au corps plus harmonieux, car la plupart considéraient au départ leur corps comme un objet, un « corps étranger », un accessoire qui doit servir et parfois être puni. La plupart des femmes de L'Entre-Deux ont vécu dans leur enfance beaucoup de violence, dont des agressions sexuelles portant atteinte à la construction du soi. La psychanalyse soutient que l'enfant, qui se retrouve face à un monde incompréhensible, se construira à partir de modalités de survie. Se distancier de son corps constitue une de ses modalités. En s'appuyant sur les bilans corporels et les discussions en début de projet, nous pouvons en effet affirmer que plusieurs participantes sont arrivées avec un corps distancié. D'ailleurs rappelons que 16 femmes s'étaient initialement inscrites à la RA. Dès les premiers cours, il y a eu des abandons et le groupe s'est rapidement stabilisé à sept participantes. Les abandons sont peut-être liés aux difficultés d'établir et de moduler son rapport au corps.

Pour éviter de « se sentir », divers mécanismes destructeurs étaient utilisés comme le rapportait Emma : « Ce corps que je détestais et que j'insensibilisais à coups de jeûnes et de purges. Pour ne plus sentir, pour disparaître » (JdeB, p. 2). Contrairement à Emma, qui désirait insensibiliser son corps, Marguerite cherchait à sentir son corps sensible, mais utilisait tout autant des moyens destructeurs. Elle

écrivait : « Quand l'anxiété est trop forte et que les émotions sont trop grandes, me gaver de nourriture devient le seul moyen de me raccrocher à la vie et de ressentir mon corps : d'exister. La nourriture sucrée sert aussi à me réconforter » (FICHE, p.1).

Les expériences traumatiques vécues par le passé ont amené ces femmes à se distancier de leur corps. Sans exclure des explications familiales et métaboliques aux TCA, cette distanciation est probablement accentuée par les médias et le discours social dominant qui fait la promotion d'un corps-objet. La théorie de l'objectivation de soi, proposée par Fredrickson et Roberts (1997) et reprise par de nombreuses études féministes, avance que l'objectivation du corps a pour effet, entre autres, de diminuer la conscience des signaux internes du corps, pouvant éventuellement mener aux TCA.

Le passage de l'amnésie sensori-motrice à la capacité de « se sentir »

Au début de la recherche-action, plusieurs participantes éprouvaient des sensations douloureuses. « M'approprier ça fait mal » nous confiait Giroflée, une femme lourdement abusée pour qui le simple geste de se toucher pouvait déclencher une crise de panique. Pour ces femmes, qui vivaient avec un corps fragilisé et meurtri depuis de nombreuses années, prendre le temps de se « sentir » constituait un grand défi. S'éloigner de ses sensations était beaucoup moins menaçant.

Au fil du projet, les sensations déplaisantes se sont progressivement atténuées et des sensations agréables de détente et de douceur ont été exprimées. Par des exercices de différenciation de mouvement, elles en sont venues à saisir des contrastes sensoriels de plus en plus fins. Ces nouvelles distinctions sensorielles, jusque-là hors de leur conscience, ont amené la capacité à bouger différemment, ce qui entraîne la possibilité de nouvelles perceptions. Il s'agit du fonctionnement circulaire de la boucle sensori-motrice. Autrement dit, bouger permet de sentir son corps, et sentir son corps permet de bouger (GOLDFARB, 1998).

Cet accueil de sensations nouvelles peut être fort déroutant sur le plan de l'identité, comme nous l'exprimait Emma : « Formée en danse et en yoga (...) une grande partie de mon identité corporelle s'est évaporée avec la technique. J'aborde les gestes en me remémorant constamment comment bien les faire » (p.2). Elle ajoute que le caractère exploratoire des séances de GH lui donne un espace où : « *Tout devient possible ; il n'y plus de règles. C'est à la fois, très libérateur, mais aussi déstabilisant* » (JdeB, p.2). Le fait qu'il n'y ait pas de modèle à imiter en éducation somatique renvoie Emma à rechercher par elle-même ce qu'elle nomme son identité corporelle.

Les résultats de cette recherche-action confirment l'importance d'aborder la prise de conscience corporelle en lien à l'identité globale de la personne. Dans une étude similaire, Fortin et Vanasse (2011) rapportent la difficulté des femmes souffrant de TCA à éprouver de nouvelles sensations corporelles, comme si celles-ci venaient fissurer la représentation que ces femmes se faisaient d'elles-mêmes. Semblablement, dans la recherche-action avec L'Entre-Deux, de nouvelles perceptions de soi ont entraîné des questionnements identitaires qui nécessitaient de fines stratégies pédagogiques de la part des éducatrices somatiques pour éviter, chez les participantes, la perte des repères habituels du « sentiment d'être soi », pour reprendre un terme d'Antonio Damasio (2010). Chercheur en neuroscience, il a étudié comment se crée le sentiment de nous-mêmes dont nous faisons l'expérience à tous les moments de notre vie. Il a mis au point la théorie des marqueurs somatiques, qui fait le lien entre les processus cognitifs, émotionnels et physiques. Selon lui, notre corps et nos émotions, autant que notre raison, gouvernent nos actions. Par la prise de conscience de leur corps en mouvement, les participantes à la RA étaient conviées à une transformation d'elles-mêmes dans la continuité de ce qu'elles étaient physiquement, émotionnellement et cognitivement. Pour le système nerveux, prendre conscience, c'est recenser les afférences sensorielles de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle, juste assez pour susciter une lente transformation, mais pas trop, pour ne pas perdre ses repères identitaires et morceler son sens de soi.

Des distorsions de la perception de soi

Le manuel des Diagnostics en santé mentale (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (APA) rapporte qu'au niveau psychologique, l'anorexie se distingue par une distorsion de l'image corporelle où, malgré la minceur évidente, la personne se voit ou se sent en surcharge pondérale. À ceci s'ajoutent une rigueur excessive, le souci du détail et de l'ordre, le perfectionnisme et un besoin de limites circonscrites. Pour sa part, la boulimie se caractérise par une pauvre image de soi, ainsi qu'une humeur fluctuante en lien avec le contrôle de la diète qui s'exprime par des excès alimentaires et sa contrepartie, des excès de purgation. Fortin et Vanasse (2011) utilisant la méthode Feldenkrais d'éducation somatique avec des personnes qui souffrent de TCA, ont en effet remarqué une distorsion des perceptions du corps. Les personnes se voient, ou se sentent, minces ou grosses alors qu'elles ne le sont pas (du moins selon les classifications de poids corporel telles celles produites par Santé Canada qui reposent sur l'indice de masse corporelle et le tour de taille). Un exemple de distorsion des perceptions est ici donné par Fleur: « **Au début de la Gymnastique Holistique, je disais que je ne me sentais pas grosse et même que ça me surprenait de me**

voir sur une photo ou dans un miroir. De plus en plus, je me sens comme je suis, je ressens la lourdeur de mes chairs. Je prends conscience de l'espace que j'occupe. Et le fait d'avoir localisé mon squelette me fait sentir l'épaisseur de chair qui le recouvre» (JdeB, p.22).

En ayant recours principalement à la proprioception et au toucher (comparativement à la vue et à la rationalisation dans une thérapie conventionnelle), l'éducation somatique a permis à Fleur de clarifier l'image de son corps et « **de faire se rencontrer de plus en plus l'image du corps vécu et l'image du corps objectivé** » (JOLY, 2006, p. 21). Pour Joly, psychologue et éducateur somatique, un écart trop grand entre les deux reflète à divers degrés des états névrotiques. « **En éducation somatique, l'image du corps est centrale** » précise-t-il, « **elle est considérée comme un «work in progress», comme un potentiel à développer et non comme un défaut à corriger ou une pathologie à traiter** » (JOLY, 2006, p. 23). En éducation somatique, par différentes activités de mouvement, la personne en vient à réduire l'écart entre son corps perçu et son corps vécu. Cela s'est produit pour certaines femmes chez qui l'apprentissage expérientiel de leur anatomie a permis d'expérimenter différemment leur corps. « Il faut vraiment faire ces exercices pour se rendre compte que ma cage thoracique contient mes poumons » disait Giroflée, « la conscience de mon squelette m'apaise et libère *mon souffle* » (JdeB, p.14).

L'activité de modelage des contours de son propre corps par les participantes, au début et à la fin de la RA, a reflété ces changements de perception de l'image corporelle. Les modelageont montré que les diverses représentations ont changé dans la direction d'une représentation plus « réelle » du corpstelle que nous l'illustrons avec les modelages de Marguerite(schéma 1)⁷.



Schéma 1: Automne (à gauche) et en Hiver (à droit). Source: l'auteur, 2016.

7 Un cure dent, placé dans le modelage de son corps, a été utilisé pour indiquer l'endroit où la personne ressentait sa respiration.

Emma, ex-danseuse souffrant d'anorexie représente l'exception. Son second modelage était nettement plus abstrait que son premier modelage, ce qu'elle a interprété positivement comme une perte de ses repères habituels et une ouverture vers une vie moins rigidement formatée (schéma 2). En découvrant son modelage, elle s'est exprimée ainsi: *«Aucun repère, c'est une bonne nouvelle pour moi! Mon 1^{er} schéma était ce que j'avais imaginé dans ma tête avant même d'enlever le bandeau, mais là ! Avec la GH, je fais beaucoup de choses pour me contacter plus avec les sensations qu'avec le regard, ou les muscles, c'est vraiment plus à l'interne. Je me suis assise avec mon cylindre de pâte. J'ai rabouté tous les petits morceaux de joie de proprioception pour tracer des lignes et vers le centre pour faire genre de petit pic (sommet). Ça peut sembler vague ou super décourageant pour un œil extérieur de partir d'un 1^{er} schéma corporel super structuré à une flaque mais au contraire, je vois ça positif. Tous mes repères étaient tellement biaisés par la maladie ou nécessairement justes ou globaux. Maintenant, c'est pas encore clair ce que je sens mais c'est en changement. Ça c'est très chouette, c'est dans la bonne direction»* (schéma 2). Il faut mentionner qu'Emma, au début de la recherche-action, s'était donné comme objectif de: « Développer la capacité d'aimer mon corps pour ce qu'il est ». L'attitude exploratoire de la GH confrontait la façon de faire qu'elle avait intégrée de ses expériences en danse c'est-à-dire l'imitation du mouvement juste, donné visuellement par un professeur, et l'atteinte d'un corps répondant à des critères esthétiques précis.

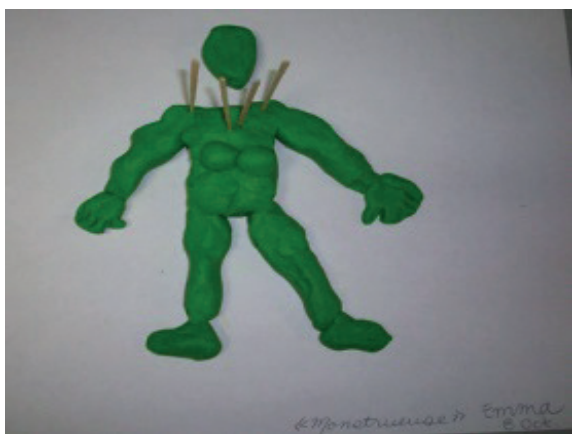


Schéma 2: Automne (à gauche) et en Hiver (à droite). Source: l'auteur, 2016.

La réappropriation de soi

Les femmes de L'Entre-Deux avaient un passé lourd. Il a fallu un accompagnement individuel très attentif pour s'assurer que chaque femme puisse faire suffisamment d'expériences positives pour lui permettre de renouer avec son corps, souvent complètement renié. Au début de la recherche-action, le bilan corporel avait révélé que

sur le plan postural, plusieurs femmes se tenaient debout en appui surtout sur un pied, les épaules repliées sur elles-mêmes et le regard vers le sol. Le tableau 1, présentant une synthèse du groupe à la fin de la RA, indique qu'à la fin de la recherche-action les femmes étaient plus solides sur leurs deux pieds, avec un placement de la cage thoracique et de la tête qui amenaient les yeux au niveau de l'horizon. L'ensemble du corpus des données nous permet d'avancer l'idée que les améliorations posturales sont en lien aux activités de mouvement expérimentées lors des séances, mais elles sont aussi les effets sur le plan ostéo-articulaire d'une expansion de la confiance en soi. Ressentir sa solidité osseuse, ressentir une expansion de sa respiration, sentir son regard s'ouvrir, pour ne citer que ces quelques exemples, sont la manifestation physique d'une confiance en soi ou, inversement pourrions-nous dire, la confiance en soi est la manifestation psychologique d'une solidité osseuse, d'une expansion de sa respiration ou d'un regard ouvert. À ce propos, Ehrenfried (1953, p. 17), précise que « *l'attitude physique est un miroir fidèle de l'attitude psychique, consciente aussi bien qu'inconsciente, de chaque humain face à la vie* ».

Schéma corporel: toutes ont changé dans la direction d'une représentation plus « réelle », sauf une qui a bougé vers l'abstraction (elle interprète la perte de ses repères habituels comme un élément positif de distanciation aux injonctions sociales).

Caractéristiques physiques post RA: toutes bancales au début, et plus redressées à la fin; plus souples en mouvement; épaules moins surélevées et enroulées en cohérence avec un patron moteur moins stressé; plus d'appui et d'aplomb à la verticale; se sentaient plus solides et équilibrées debout et en mouvement.

Rapport au corps: prise de conscience corporelle; d'un corps absent, douloureux, ou renié, plusieurs ont cheminé vers une acceptation ou un désir d'appropriation de son corps ou d'un rapport plus positif, qui se manifeste entre autres par un nouveau « caring » (souci de soi), ou désir de « caring », transformation vers un rapport au corps moins performant (car toutes au début, voulaient « bien faire »); l'apprentissage à la respiration consciente a permis de développer leur capacité à autoréguler leur niveau de stress pour accueillir et, pour certaines, intérioriser leur expérience corporelle.

Santé mentale: baisse de l'anxiété et des peurs (dont celle d'être jugée); d'une rigidité elles ont cheminé vers une flexibilité de la pensée; une plus grande malléabilité mentale diminue les ruminations négatives; le développement de leurs propres stratégies de mouvement a permis de réduire les ruminations et ainsi, augmenter leur concentration.

| |
|--|
| <p>TCA: certaines mangent pour sentir leur corps alors que d'autres mangent pour anesthésier leur corps (et leurs émotions), elles ont nommé leur pattern et certaines sont capables de reconnaître les déclencheurs; elles perçoivent les impacts négatifs des conduites alimentaires destructives sur leur psychisme et leur physique; plusieurs ont perçu les liens physiques et psychiques; certaines se sont appropriées des mouvements vécus en séance, comme moyens concrets pour contrer les comportements alimentaires destructeurs.</p> |
| <p>Objectif personnel: toutes s'étaient données des objectifs de santé, de désir de normalité et d'activation autonome; elles ont commencé à travailler des mouvements seules à la maison et veulent continuer à cheminer vers l'autonomie et l'acceptation de leur corps.</p> |
| <p>Impact de la RA: toutes ont associé le groupe à un endroit de sécurité, de partage (le fait d'être seule au sol à faire des mouvements guidés par la parole et que toutes interprètent et explorent à leur façon est sécurisant); toutes perçoivent la séance de GH comme un endroit d'écho à l'expérience de l'autre, qui fait avancer sa propre expérience lorsqu'elle est reconnue dans les paroles de l'autre; la RA a permis à plusieurs le développement de l'affirmation de soi.</p> |

Tableau 1: Synthèse du groupe. Source: l'auteur, 2016.

Le tableau 1 montre à quel point les femmes ont cheminé pendant les 16 semaines qu'a duré la recherche-action. Au début, les données ont clairement révélé à quel point certaines s'étaient coupées de leur corps qui gardait encore les horreurs du passé, les marques de parents abuseurs ou du mari harceleur pour ne citer que ces deux cas de figure. Comment, dans ce contexte, inviter à une attention intense et continue à soi-même lorsque les proprioceptions sont principalement source d'anxiété? Avec ces femmes, le recours aux objets médiateurs a été d'une grande aide. Giroflée, par exemple, éprouvait une répulsion à la manipulation de son propre corps. Une sensation de strangulation apparaissait aussitôt qu'elle se touchait. Avec le temps et l'expérimentation, elle a appris à utiliser des accessoires comme une balle placée entre sa main et son corps pour arriver à se toucher sans paniquer. Quant à Marie-Lou, à la fin d'une séance sur la respiration, elle a écrit dans son journal: « Je ne me suis pas sentie à l'aise à l'exercice de la bouche ouverte, car cela me rappelait mon viol. Il m'obligeait à mettre son pénis dans ma bouche et il me retenait la tête » (JdB, p.6). Avec le temps et une variété de stratégies pédagogiques, elle a appris à associer à sa bouche d'autres sensations que celles des mémoires pénibles.

Certaines approches psychocorporelles basent leur travail sur la mémoire inscrite dans le corps. Notre passé serait inscrit dans nos tissus comme une programmation au fond de nous, qui déterminerait nos comportements répétitifs. L'éveil de la mémoire

corporelle constitue alors le but à atteindre, car elle indique la lésion ou le trauma initial à soigner. La prémisses de travail de l'éducateur somatique diffère quelque peu, car certaines zones peuvent paraître « dépositaires » de souvenirs, mais c'est l'ensemble de la personne qui les a vécus. L'éducation somatique aborde la globalité de l'expérience corporelle dans l'ici et maintenant davantage que la lésion ou le trauma original. Avec Marie-Lou, ou dans des situations similaires, la professeure a pris soin de proposer des consignes qui ramenaient les participantes aux variations de mouvement dans l'ici et maintenant mais aussi, évidemment, de guider les mouvements de façon prudente et mesurée.

Comme mentionné, en éducation somatique, des activités de prise de conscience de soi s'adresse à la totalité de la personne, qui vit à la fois avec un TCA, de la comorbidité et une médication adaptée. On ne s'improvise donc pas éducatrice somatique auprès de clientèles fragilisées. Dans la présente RA, le fait que la professeure avait également une formation en psychologie était un atout. Les résultats de la recherche-action témoignent de la nécessité de développer des compétences spécifiques pour les éducateurs somatiques désirant intervenir auprès de femmes souffrant de TCA et de psychopathologies associées.

De la capacité de sentir à la capacité de dire

Les gains probants pour les femmes qui ont participé à la RA sont liés fort probablement aux contenus d'enseignement, à la professeure, mais aussi au fait d'avoir participé à une recherche et d'avoir écrit sur son vécu. Ceci n'était pas facile pour plusieurs femmes. Marie-Lou expliquait qu'elle a toujours gardé ses pensées dans sa tête, car les écrire la rendait méfiante envers quiconque aurait pu les trouver et les utiliser pour se moquer d'elle. Elle n'était pas seule à craindre l'expression de l'expérience vécue. En parlant de son journal de bord, Fleur écrit: « *Je me rends compte que j'ai préféré te fuir cette semaine. Je ressens pleins de choses et je crois que de les mettre sur papier, ça les rend concrets et vrais et ça me fait peur !* » (JdeB, p.16).

La quantité et le type de verbalisation obtenus tout au long de la RA nous portent à croire que nous avons fait un bon choix en misant sur l'importance de porter l'expérience corporelle dans d'autres espaces que le corps : celui du dessin, du modelage, de la parole écrite et parlée. La parole pouvait ainsi s'élargir et ne pas rester collée aux symptômes pathologiques. De diverses manières, nous avons constaté l'importance des données multiples pour arriver à bien cerner les dynamiques en action et leur portée expérientielle aux différents moments du parcours des participantes. Les différents

types de support de la parole et leur temporalité (en direct à la fin des séances ou en différé à la maison) ont engendré des données variées, complémentaires et parfois même contradictoires. Effectivement, pour la plupart, le vécu lié aux TCA apparaît dans le journal de bord alors qu'au moment des séances, le verbatim témoigne de la conscience corporelle. Plus spécifiquement, les états dépressifs et anxieux étaient plus présents dans l'écriture et souvent accompagnés de souvenirs de comportements alimentaires alors qu'en groupe, les femmes parlaient surtout d'expériences corporelles positives et bienfaitantes. Par exemple, Lièvre témoignait à la fin d'une séance que les mouvements axés sur la détente respiratoire et musculaire lui avaient apportée du calme alors qu'ensuite, dans son journal, elle écrivait: « J'ai peu relaxé pour l'instant dû au mal de dos chronique. J'ai beaucoup de masques, je ne voulais pas que les autres me repoussent » (JdeB, p.1-2).

Il est pertinent de rappeler qu'au début de la RA, le désir de normalité avait été exprimé par plusieurs participantes. Les occasions de partage verbal lors des séances auraient pu indisposer certaines femmes par crainte de la comparaison avec l'autre ou du jugement des autres. Pour éviter cela, la stratégie pédagogique de l'éducation somatique consiste à mettre l'accent sur la singularité des sensations. Dire ses sensations, c'est d'une certaine façon apprendre à mieux les ressentir. En GH, par exemple, un mouvement se fait souvent d'un côté du corps, puis il est repris de l'autre côté. Pour chaque hémicorps, les différences sont observées et parfois verbalisées au groupe. Pour les participantes qui avaient de la difficulté à nommer ce qu'elles percevaient d'elle-même, la verbalisation des autres femmes fût souvent un outil d'apprentissage de leur propre ressenti. Qu'elles se reconnaissent ou pas dans l'expression de l'autre, le partage de la subjectivité expérientielle de chacune a généralement été vécu positivement. Devenir de plus en plus capable de percevoir ce qu'elles ressentaient était évidemment réinvesti dans les explorations de mouvements subséquentes, mais aussi hors de l'espace privilégié et intime des séances hebdomadaires.

47

De la prise de conscience à l'agir

Au début de la recherche-action, nous avons demandé aux femmes leurs objectifs personnels. Ceux-ci visaient davantage la santé globale que la spécificité du comportement alimentaire. Ceci dit, toutes se sont exprimées sur leurs TCA. Dans leurs écrits, certaines femmes ont dit manger pour anesthésier leur corps et leurs émotions alors que d'autres ont dit manger pour sentir leur corps. Progressivement, se concentrer sur le mouvement sensible a eu des impacts positifs sur les plans émotif et mental, et indirectement sur les comportements alimentaires. Dans les deux cas,

à la fin de la RA, plusieurs femmes nous ont dit être plus capables de reconnaître les déclencheurs à la prise de nourriture problématique. Refaire les mouvements appris en séance est devenu un moyen concret pour contrer les comportements alimentaires destructeurs. Au lieu de recourir aux mécanismes de défense inappropriés (gavage, automutilation, abus de substances), elles ont découvert le potentiel de certains mouvements pour cheminer vers un mieux-être.

Particulièrement avec les femmes de L'Entre-Deux, qui avaient un passé très lourd de souffrance, nous avons pu constater à quel point s'affairer minutieusement à explorer diverses nuances d'un mouvement avait le pouvoir d'interrompre les ruminations mentales négatives. Pour les éducateurs somatiques, corps, sentiments et pensées forment un tout solidaire et concourent en toutes choses. C'est en apprenant à diriger leur attention sur divers aspects du mouvement qu'elles ont progressé en flexibilité mentale. Autrement dit, les ruminations négatives n'avaient plus d'emprise lorsque les participantes réussissaient à utiliser les nombreuses consignes verbales du professeur pour prendre conscience des détails du mouvement qui, par exemple, les conduisaient à une respiration apaisée. Le résultat fût souvent une baisse de l'anxiété, car une respiration apaisée tempère inévitablement les émotions négatives et l'hypertonie. Lièvre, entre autres, a souligné refaire à la maison les activités en lien à la respiration pour diminuer ses tensions et son angoisse.

Il aurait été irréaliste de prétendre, en début de la RA, qu'un programme de 16 séances d'éducation somatique déboucherait sur une profonde modification des TCA et des habitudes de vie. Une longue durée de la multimorbidité caractérisait les participantes. Leur rapport au corps s'inscrivait dans une complexité de relations sociales et de ce fait, les changements quels qu'ils soient devaient se faire au diapason de ce que la personne et son milieu étaient capables d'intégrer. Des forces sociales, familiales et économiques complexes circonscrivaient la vie quotidienne de ces femmes. Le potentiel individuel à exercer des changements dans leur vie prenait place dans un ensemble dont il fallait tenir compte.

Avec cette perspective, nous avons abordé le changement en mettant en valeur l'expérience subjective des femmes comme expertes de leur sensation et de leur propre vie. La RA a permis aux femmes de renouer avec leur corps, de prendre confiance dans leur possibilité. À cet égard, le thème de la féminité a émergé de façon fortuite chez plusieurs participantes tel que l'illustre ce témoignage de Giroflée à la fin d'une séance: « Je ressens ma féminité dans mon bas ventre et je n'ai pas peur, je me sens libérée et allongée ... J'ai vécu des sensations agréables mais pas quand on est allé à la gorge. Je sentais mes *organes et mon ventre mais pour la première fois je n'ai pas paniqué* ». Nous y voyons là un indicateur d'*empowerment*. Nous n'avons

pas anticipé le thème de la féminité dans la planification des séances. Qu'il ait surgi spontanément peut être expliqué par le fait que les abus physiques et sexuels subis durant l'enfance sont fréquents chez les femmes souffrant de TCA (ISRAËL, 2012), et que les participantes avaient presque toutes connu un passé marqué par diverses formes de violence. Renouer avec leur corps, dont leur féminité, nous apparaît un élément de la réappropriation de leur vie en général, incluant leur santé mentale. La RA a été un projet de reconstruction de soi pour ces femmes qui se sont senties transformables. Ce sentiment persistera-t-il dans le temps après la fin de la recherche-action est une question à laquelle nous ne pouvons pas répondre avec justesse. Il nous semble que les femmes de L'Entre-Deux avaient tout juste enclenché leur processus d'autonomisation. Les injonctions de l'autorité médicale, familiale et sociale, plus ou moins clairement explicitées, sont fortement intégrées dans l'image du corps. Une pratique collective régulière un peu plus longue pourrait probablement susciter une prise de pouvoir durable sur leur santé et sur leurs TCA.

Conclusion

Les femmes de L'Entre-Deux avaient subi dans leur vie de nombreuses situations traumatiques. On comprend que celles-ci voulaient parfois fuir leur ressenti par peur d'éveiller la mémoire corporelle de traumatismes. Pour elles, se priver de l'expérience sensorielle pouvait s'avérer un moyen de se protéger inconsciemment, mais elles comprenaient, tout à la fois, qu'un processus de guérison implique de se reconnecter à son corps, de le sentir, d'être capable d'y toucher, d'être capable d'en prendre soin, de le nourrir sainement et de le mouvoir consciemment.

Les participantes ont relevé le défi de se rapprocher de leur expérience sensorimotrice. Sur le plan physique, elles ont amélioré leur qualité de mouvement et réduit l'effort ou la douleur engendrée par les gestes de la vie quotidienne. Sur le plan psychique, certaines ont pu nommer les éléments déclencheurs aux comportements alimentaires impulsifs ou compulsifs, et se sont approprié des mouvements vécus en séance pour les refaire à la maison, ce qui a pour effet de diminuer les ruminations négatives et de contrer les comportements alimentaires destructifs. Plusieurs ont mentionné une baisse d'anxiété et des peurs. Ces témoignages montrent que la GH ne se limite pas à des effets spécifiques mais qu'elle peut se projeter dans des sphères de vie diverses et rencontrer des besoins singuliers. En somme, les participantes se sont toutes rapprochées de leur objectif personnel d'une meilleure santé. Ceci a été possible, toutes l'ont souligné, grâce à un climat d'apprentissage sécuritaire qui leur a permis d'apprivoiser de nouveaux états de corps sans risquer le jugement des autres.

Ces résultats attestent du rôle que l'éducation somatique peut jouer dans des approches transdisciplinaires face aux TCA. Cependant, nous croyons que, pour être efficace, l'enseignement de l'éducation somatique à des femmes fragilisées par divers troubles concomitants doit s'appuyer sur une relation de confiance professeur-apprenant qui vient ouvrir un espace alternatif au « sentir pathologique ». Dans les séances d'éducation somatique, c'est dans un registre phénoménologique que la personne s'accorde l'autorité sur ses sensations et chemine dans sa transformation. Plusieurs femmes nous ont dit vouloir être « normales ». Même si les TCA sont diagnostiqués comme une maladie mentale (DSM-IV, 2000), les personnes qui en souffrent sont d'abord des personnes avec des potentiels d'apprentissage. Une pratique corporelle douce devient alors un outil pour l'amélioration de sa qualité de vie par l'apprentissage de mouvements qui élargissent le champ perceptif grâce à diverses stratégies pédagogiques.

RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV (DSM-IV)**. Washington. Author, 2000.

BOUDETTE, R. Question and answer: Yoga in the treatment of disordered eating and body image disturbance. How can the practice of yoga be helpful in recovery from an eating disorder? **Eating Disorders**, 14, p. 167-170. 2006.

COWEN, P.J.; CLIFFORD, E.M.; WALSH, A.E.S.; WILLIAMS, C.; FAIRBURN, C. G. Moderate dieting causes 5-HT_{2C} receptor supersensitivity. **Psychological Medicine**, 26, p.1155-1159. 1996.

DAMASIO, A. **Le sentiment même de soi**: corps, émotions, conscience. Paris. Odile Jacob, 2010.

DAUBENMIER, J. The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. **Psychology of Women Quarterly**, 29, p. 207-219. 2005.

DUESUND, L.; SKARDERUD, F. Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa adapted physical activity. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 8(1), p. 53-72. 2003.

EHRENFRIED, L. Étude sur le comportement physique de l'individu. In: **Cahiers A.E.D.E.**, 1 & 2, p. 17-21.1953.

FORTIN, S.; CHOUINARD, D. Les défis de « sentir » son corps: Expériences de femmes souffrant de troubles de comportement alimentaire et de dépression. Rapport de recherche partenariale entre L'Entre-Deux et le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). 2013. 100 pages.

FORTIN, S.; VANASSE, C. The Feldenkrais method and women with eating disorders. **Journal of Dance and Somatic Practices**, 3 (1+2), p. 127-141. 2011.

FREDERICKSON, S.; ROBERT, R. Objectification theory. Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. **Psychology of Women Quarterly**, 21(2), p. 173-206. 1997.

GINDLER, E. La gymnastique de l'homme qui travaille. In: **Cahiers A.E.D.E.**, 7 & 8, p. 19-31. 1926.

GOLDFARB, L. **Articuler le changement**. Paris. Espace du temps présent, 1998.

HANNA, T. **La somatique**. Paris. Inter-Éditions, 1989.

ISARËL, M. Meilleures pratiques pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention des personnes avec des troubles de conduite alimentaire. Conférence présentée le 3 octobre à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. 2012.

JOLY, Y. Image du corps et conscience de soi. **Psychologie Québec**, 23 (3), p. 21-24. 2006.

KRANTZ, A. M. Growing into her body: Dance / movement therapy for women with eating disorders. **American Journal of Dance Therapy**, 21(2), p. 80-103. 1999.

LAUMER, U.; BAUER, M.; FICHTER, M.; MILZ, H. Therapeutic effects of the Feldenkrais Method (Awareness through movement) in eating disorders. **Psychoterapie Psychosomatik Medizinische Psychologie**, 47, p. 170-180. 2004.

LAVOIE, L.; MARQUIS, D.; LAURIN, P. **La recherche-action: théorie et pratique**. Sainte-Foy. Presses de l'Université du Québec, 1996.

MITCHELL, K. S.; MAZZEO, S.E.; RAUSCH, S.M.; COOKE K.I. Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. **International Journal of Eating Disorders**, 41(2), p. 120-128. 2007.

MONNEY, S. **Danse thérapie, anorexie et estime de soi.** Mémoire. Paris. Université R. Descartes □ Paris V, 2008.

PAILLÉ, P. **Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines.** Paris. Armand Colin, 2004.

Recebido em: 13/05/2016

Aceito em: 15/08/2016