



*Une personne
à la fois, si
vous plaît..*

TCA

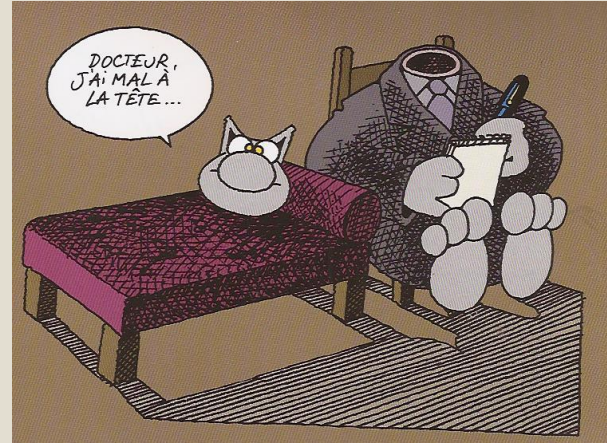


Différents types de clinique



Côté psychiatrie

- **Modèles médicaux:** psychiatriques (CIM10, DSM5)
- **Centré sur les symptômes:** catégoriser les personnes en fonction des symptômes visibles et objectifs
- **Type de soins:** médicaments, psychothérapie de soutien, co-thérapies diverses



Côté psycho-pathologie

- **Modèles psychanalytiques:** Freud, Lacan, Rogers, Winnicott, Bion, Mélanie Klein..
- **Centré sur la structure psychique:** comprendre l'organisation et le fonctionnement psychique pour mieux appréhender le pathos, la souffrance psychique subjective
- **Type de soins:** psychanalyses, psychothérapies d'inspiration psychanalytique, psychothérapie médiatisée



Côté neuro-psychologique

- **Modèles neuro-psychologiques**
- **Centré sur le fonctionnement cérébral :** mieux comprendre les troubles cognitifs et leurs intrications avec les symptômes psychiatriques
- **Type de soins:** TCC, souvent bien cohérent avec la réhabilitation

Conduites alimentaires

Déterminées par trois ordres de facteurs



Facteurs neuro-physiologiques:
la régulation de la faim et de la satiété se fait au niveau de l'hypothalamus surtout, mais en connexion avec l'ensemble du cerveau



Facteurs socio-culturels:
apprentissage des conduites alimentaires, culturel et familial

Effet Barbie...



Facteurs liés au développement de la personnalité

- Phase orale du développement (1ère année)
- Sens conscient et inconscient de la nourriture
- Lien aliment-mère

Manger

Se nourrir pour nos besoins physiologiques

Expérimenter de nouvelles saveurs et sensations



Partager: acte social, échanges et relation

Se faire plaisir: deux fonctions vitales, sexe et nourriture

Moduler les émotions: nourriture émotionnelle



CLINIQUE DES TCA

TCA: troubles des conduites alimentaires

fréquents et polymorphes ,
chez l'enfant,
l'adolescent ou
l'adulte

Comportements alimentaires différents de ceux habituellement adoptés par les personnes vivant dans le même environnement.



Troubles importants et durables

Répercussions
psychologiques et
physiques

Classification

Boulimie:

1,5 % des 11–20 ans
trois jeunes filles pour un
garçon.
Début le plus fréquent
vers 19-20 ans
Sévérité variable



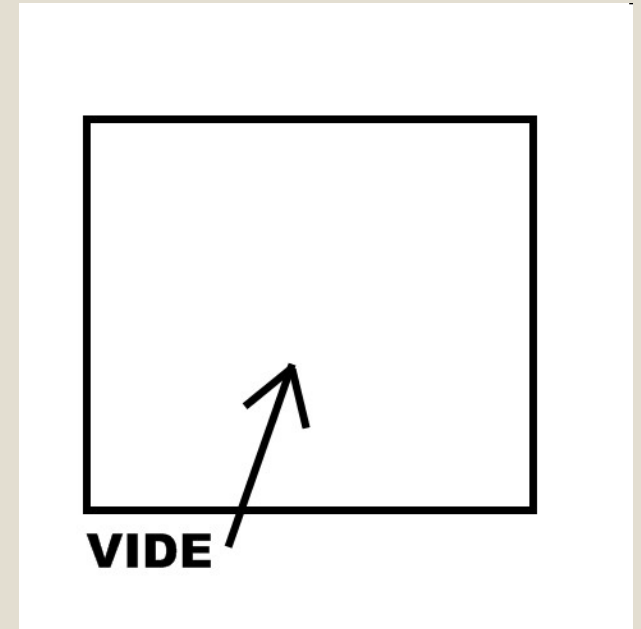
Hyperphagie boulimique:

3 à 5% de la pop
hommes et femmes
Plutôt diagnostiquée à l'âge adulte
Formes précoces sévères
Favorise surpoids et obésité

Anorexie mentale: restriction des apports alimentaires,
durant des mois ou des années
Plaisir de maigrir et peur intense de prendre du poids
Peut s'associer à des conduites boulimiques

A quoi sert un TCA?

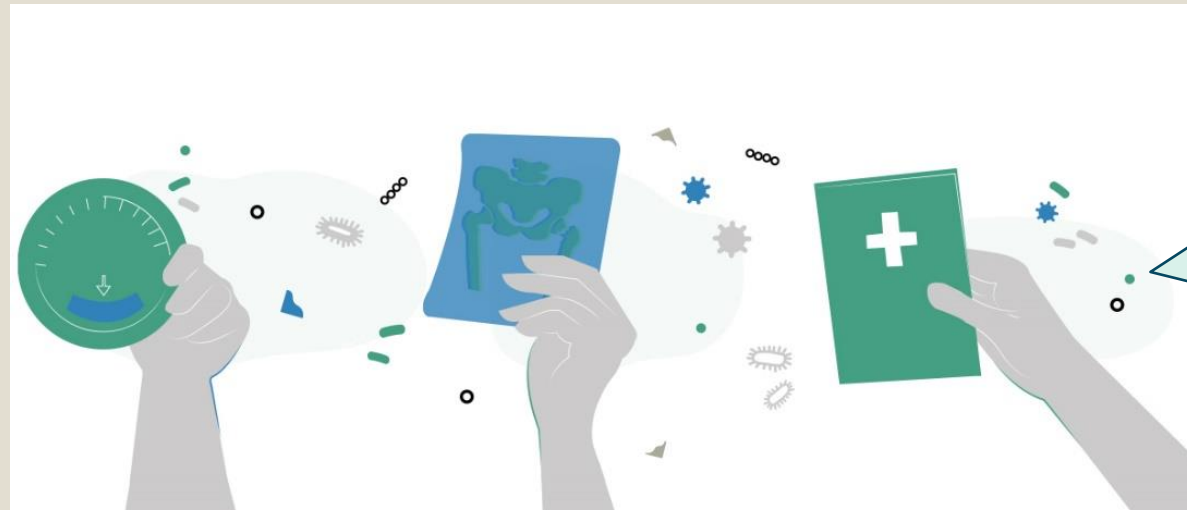
- Le TCA est une **addiction** : Ce n'est pas une question de volonté mais une véritable souffrance. La personne ne peut pas faire autrement (passages à l'acte). Dans le cas de l'anorexie il s'agit d'une addiction au vide, au rien, au sentiment euphorisant lié au contrôle de la faim.
- Pour le patient un TCA permet l'équilibre entre plaisir et déplaisir....Le plaisir apporté est donc **un bénéfique** qu'il ne faut pas oublier, car il est souvent plus puissant que l'objectif santé (boulimie, hyperphagie, obésité).
- Le principal intérêt est que l'alimentation permet à la personne de **ne pas être submergée par les émotions**, le plus souvent les émotions ressenties comme désagréables. Le TCA a donc une fonction anxiolytique ou anti-dépressive



FONCTION ANXIOLYTIQUE OU ANTI-DEPRESSIVE

COMORBIDITÉS FRÉQUENTES

Celles qui ont, avec le TCA, **une origine commune**, génétique ou psychopathologique (TOC, anxiété, dépression avec hyper ou hypophagie)



celles qui sont en partie **la conséquence du TCA** (anxiété, dépression, troubles du sommeil)

Celles qui n'ont rien à voir avec le TCA: troubles bipolaires (hyperactivité dans la manie, thème d'indignité ou de négation d'organes dans la mélancolie), état limite, schizophrénie, phobie d'aliments, hypochondrie ou délire de persécution autour de l'alimentation, démence



ANOREXIE



Image du corps

Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps

Méconnaissance ou déni de la gravité de la maigreur



Trouble quasi délirant de la perception de l'image du corps, voire véritable dysmorphophobie

Dysmorphophobie: Préoccupation concernant des défauts perçus de l'apparence physique qui ne sont pas apparents ou apparaissent léger à d'autres personnes.

Philippe Jamet « Anorexie, boulimie, les paradoxes de l'enfance »



ANOREXIE MASCULINE

En bref

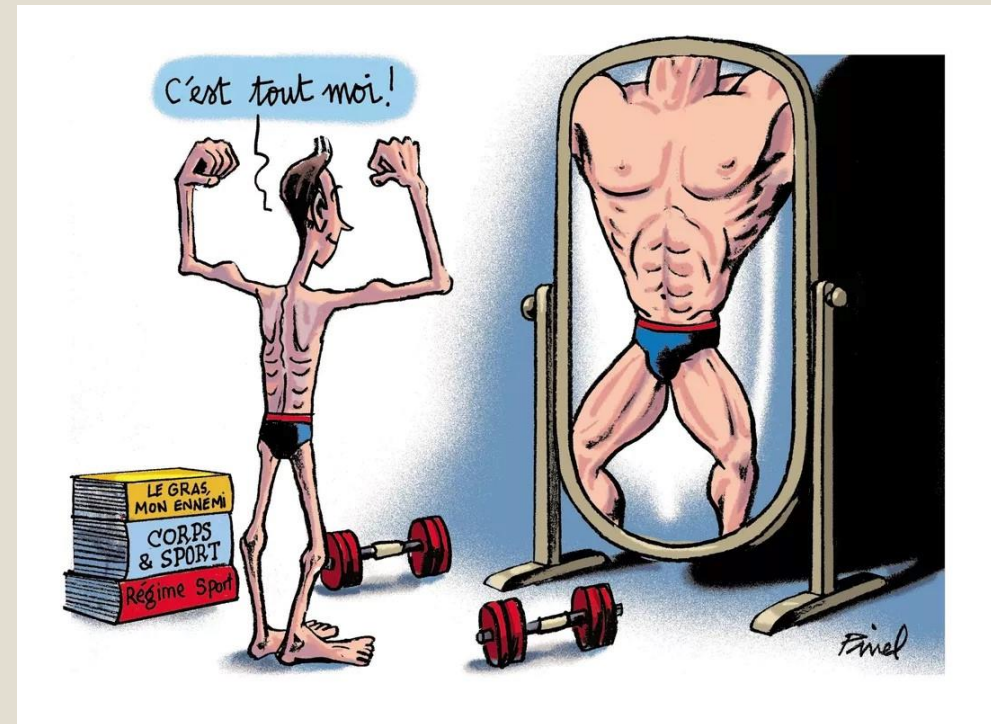


Un corps idéal fantasmé
Un désir de perdre la graisse

" La conduite anorexique masculine associe **restriction alimentaire, hyperactivité physique** et plus ou moins fréquemment, selon les études, vomissements et abus de laxatifs.

Ces garçons anorexiques ressentent une **peur panique de perdre le contrôle de leur poids**, le plus souvent associé à une distorsion de l'image de leur corps."

Cette description de Steiger (1989) rallie la totalité des auteurs.



Symptômes



Souvent obésité pré-morbide
La dimension **boulimique** est plus présente

Pathologie de **l'adolescence**,
entre 16 et 19 ans

Complications somatiques: anémie,
hypotension,
ostéoporose

La testostérone et la
fonction sexuelle
diminuent

Même tri des aliments,
mêmes **phobies
alimentaires** que les
jeunes filles

Les stratégies de contrôle de poids sont les
mêmes mais poussées à l'extrême :
vomissements, potomanie, usage de
diurétiques et de laxatifs..



Symptômes



L'une des expressions d'un **mode de fonctionnement addictif**

Souvent, dépendance à **différents toxiques** : alcool, cannabis, amphétamine

Fréquence des TS (tentatives de suicide))

Discours typique: déni de la maigreur, horreur du mou, du ventre rond, apologie du muscle dur

Comme pour la jeune fille, le garçon méconnaît sa maigreur et **nie la gravité de son état**

Pour certains auteurs, elle serait **plus grave** que l'anorexie de la jeune fille, avec parfois une proximité avec la psychose et des troubles de l'identité sexuelle



Relations familiales



- Streenivasan décrit " des familles marquées par des difficultés maritales et une hostilité ouverte entre le père et le patient d'une part et d'autre part une **surdépendance entre le patient et sa mère** "
- Certains patients semblent utiliser le symptôme anorexique comme un **dernier rempart contre l'effondrement psychotique**.
- Albert *et al.* décrivent les familles d'anorexiques masculins comme des familles qui semblent souvent " *fonctionner sur un mode **matriarcal**, avec une relation d'interdépendance entre la mère et le fils anorexique* ".





ANOREXIE FÉMININE

En bref

Un surinvestissement intellectuel au détriment des besoins du corps

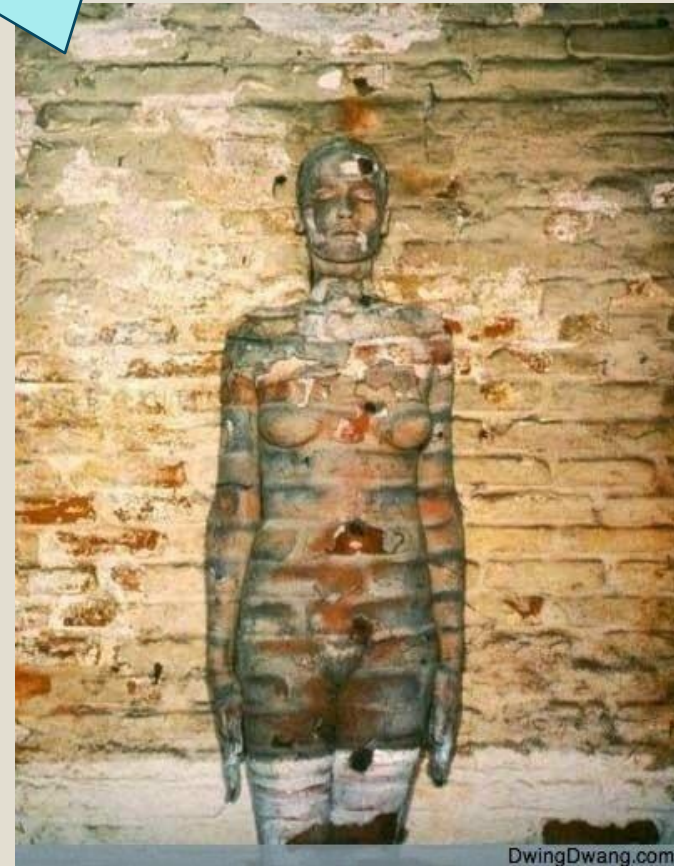


« L'anorexie est une affaire d'adolescence, mais cette **pathologie du corps** a à faire avec le développement précoce infantile. »

Pascal Coudert

L'anorexie de la jeune fille trouverait son origine dans la difficulté à accepter et à intégrer les transformations de la puberté autant qu'à **assumer sa féminité**.

La question qui semble se poser est : Comment désinvestir son corps enfantin pour investir un corps d'adulte, considéré comme lui appartenant?



DwingDwang.com

Mots clefs



« Un coup de tonnerre dans un ciel serein »

Grève de la faim ou grève de la femme?

Une addiction au vide, au rien...



Angélisme mortifère
Un esprit sans corps
Une pensée désincarnée

Un corps déshabité,
perdu, vécu comme un
ennemi à contrôler

Etiologie

1/ Facteurs biologiques

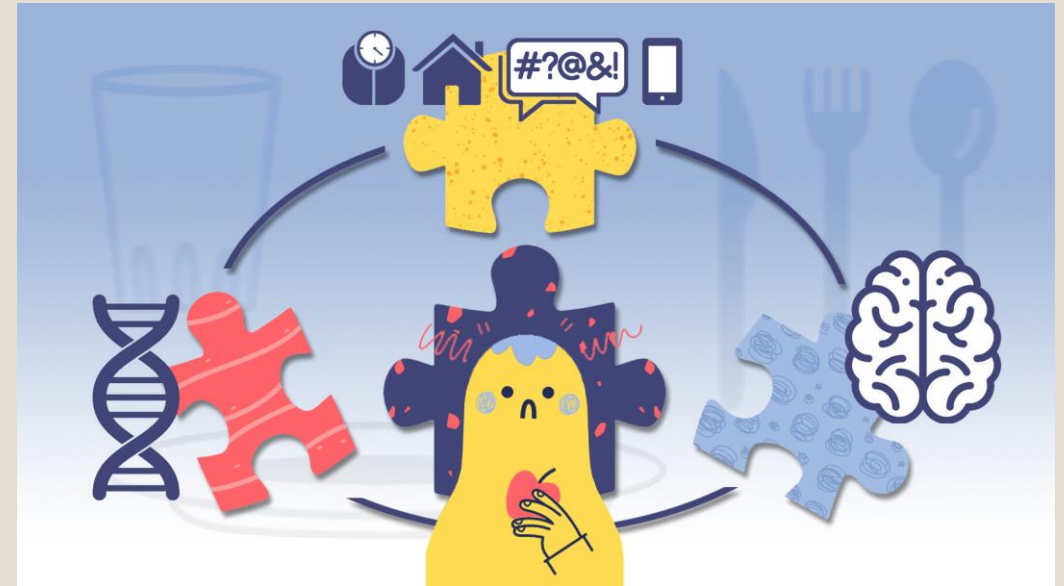
- Facteurs héréditaires (dispositions génétiques),
- troubles des neurotransmetteurs.

2/ Facteurs psychologiques

- Fréquence de l'anxiété
- dépression
- fragilité psychologique
- mauvaise estime de soi et volonté d'identification à des modèles

3/ Facteurs sociaux-culturels et familiaux

- Facteurs environnementaux
- Relations familiales
- Vision sociétale



Symptômes



Tri des aliments, parfois mêmes **phobies alimentaires**, très bonnes connaissances diététiques

Forme la plus typique et aussi la plus fréquente, entre 13 et 18 ans. Formes restrictives ou vomisseuses (périodes boulimie)

Symptômes qui peuvent passer inaperçus, voire être encouragés par l'idéal de minceur sociétal ou familial

Les complications somatiques: anémie, hypotension, ostéoporose

Les stratégies de **contrôle de poids** sont nombreuses : vomissements, potomanie, usage de diurétiques et de laxatifs, sports et hyperactivité

Phase d'état: les 3 A

- Anorexie qui se majore (restriction à refus de l'alimentation quasi-total)
- Amaigrissement variable, jusqu'à 1/3 du poids
- Aménorrhée, le plus souvent secondaire (liée aux modifications endocriniennes)



Est-ce juste un problème de nourriture et de plaisir?



Témoignage sur un forum: « Je suis passionnée de cuisine. Pendant que je cuisine, je suis zen, très concentrée, et j'arrive enfin à faire quelque chose de bien car c'est rarissime que je me loupe.

Ce n'est pas pour autant que ça me fait progresser niveau bouffe, ce que je goûte, je le recrache et je ne mange pas toujours ce que je cuisine, loin de là..

Cette "passion" a-t-elle une chance de me redonner l'envie de manger, voire du plaisir, de me "réconcilier" avec la nourriture? Ou n'est-elle qu'une expression supplémentaire de mes TCA et rien de plus?

Etes-vous dans mon cas et si oui, comment y réagissez-vous? »

Les réponses: « cette "passion" est en réalité un symptôme de ton anorexie. C'est le signe que la privation de nourriture te rend complètement obsédée par la bouffe. »

« La cuisine est une façon de la toucher, la sentir, et te donne le sentiment exaltant d'une maîtrise parfaite de tes pulsions. Non, ce n'est pas un bon signe. »

« Ca entretient l'obsession et c'est le moyen de contrôler ton assiette. »

SOLENE



- Une jeune fille de 20 ans
- Etudiante en fac de droit
- Poids d'entrée : 38 kg
- Perte de poids de 16,5 kg
- Troubles remontant à l'année après son bac, où elle a du assumer seule son alimentation
- Elle admet qu'elle se trouve maigre
- Parents divorcés
- Une sœur de 5 ans plus jeune qu'elle



Somatique



Illustration de **Shawn Coss**

Elle pleure souvent en raison des difficultés qu'elle rencontre dans la vie quotidienne: « *Je ne peux plus rien faire* ».

Etonnement de découvrir son état qu'elle déniait totalement, en constatant qu'elle doit porter des bas de contention pour sa circulation sanguine. Elle sort du déni de la gravité.

- **Troubles somatiques** : constipation, maladie des laxatifs (avec hypokaliémie), atteinte de la peau et des phanères (ongles et cheveux), hyperpilosité
- **bilan biologique** d'abord peu perturbé, peut s'aggraver
- **fonctions endocriniennes** normales pendant un long moment, sauf formes plus graves cachexiques (dysfonctionnement hormonal, hypothermie, hypotension artérielle avec bradycardie)

Pulsion ou désir de mort?

« Les anorexiques ne peuvent pas concevoir la mort, puisqu'elles sont déjà mortes à leur corps »
Kestemberg

Leur corps est à la frontière de la vie et de la mort



La jeune fille anorexique est, toute entière le désir de mort incarné

Désir de mort non dit puisque qu'il est présenté

Les TS sont rares car il s'agit d'une sorte de suicide lent.

Fantasme d'immortalité

Maîtrise de l'instinct de conservation, le plus primordial



Défi permanent à la vie, au monde, aux autres

Fantasme mégalomane de contrôle vie et mort

Une incarnation corporelle



« Je préfère être immobile, les massages c'est pas mon truc du tout. Pourtant j'aurais cru que ne rien faire ce serait difficile pour moi! »

« Quand je tapote mon mollet, y'a rien qui bouge, comme les autres personnes »

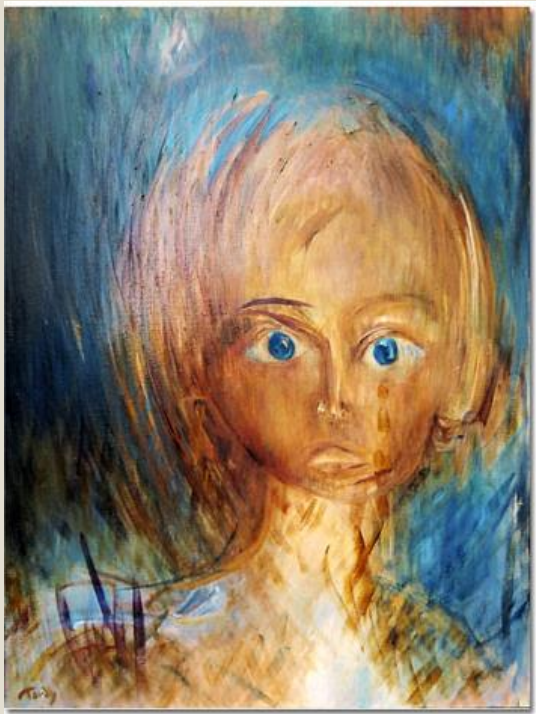


« C'est agréable de ne rien faire, juste être là et ressentir des sensations »

« Avant, je ne ressentais que mon estomac, quand il était plein, après le repas. »

« L'expiration c'est le moment un peu difficile, ça pèse lourd et pourtant on se vide. »

Relation familiales



Solène exprime une colère envers sa mère qui n'est pas d'accord avec son projet d'être infirmière.

Elle souligne que sa mère la trouve trop fragile pour cela.

Elle indique que comme elle avait de grandes capacités intellectuelles, les études ont été très valorisées par sa mère et son entourage, avec de fortes attentes de réussite.

Relation familiales potentiellement compliquées

- Conflits patiente / entourage majeurs
- Tyrannie alimentaire de la jeune fille
- Surveillance parentale

Mère et fille

Mère et fille sont dans des **rôles immuables** sur un plan fantasmatique

Côté fille: Accepter la féminité, c'est ressembler à la mère et lui « **voler** » **sa place**, qu'elle seule peut occuper dans l'esprit de la jeune fille.



Côté mère: « N'est anorexique que l'enfant qui n'a pas, dans sa première enfance, été **investie par sa mère comme future femme** ». Sa fille doit rester l'enfant

Puberté et féminité

l'anorexie est une incapacité à accepter et à intégrer les **transformations de la puberté** autant qu'à assumer sa féminité

Il lui faut désinvestir son corps enfantin de la libido narcissique pour **investir un corps d'adulte**, considéré comme lui appartenant.



Refus de la féminité, de la promesse de maternité, d'un corps de femme

Refus de manger, refus de la mère: **meurtre symbolique** de la mère imaginaire, mais confondue avec soi, donc destruction de soi-même

La triade



Solène reproche à son père d'être totalement absent.

Au fil de sa thérapie, elle pourra évoquer les conflits intra-familiaux.

Constat qu'elle a voulu sans cesse faire plaisir à ses parents et qu'en fait il y avait des conflits non exprimés.

En fin de thérapie, elle évoque le fait qu'elle souhaiterait finalement vivre chez son père, pour retrouver des relations père-fille.

Le père ne s'interpose pas dans le couple mère-fille, garantissant par sa loi et l'autorité de son désir, une **coupure indispensable** à la future réalisation de l'enfant

Introspection

Solène a découvert
l'argile avec plaisir et a
mis en forme son
ressenti corporel

« Je n'aurais jamais
fait cela au
début! »



« Il y a plus de
corps, plus de
volume »

« Elle n'est pas encore
debout... un peu comme moi
en fait... »

Traitement

- **En ambulatoire:** difficile
- **Hospitalisation en centre de renutrition**, dans les formes d'amaigrissement important, quelquefois une réanimation est nécessaire
- **Chimiothérapie** lorsqu'il existe des éléments dépressifs
- **Hospitalisation en psychiatrie ou centres spécialisés:** parfois, isolement de l'anorexique d'avec son entourage, mise en place d'un contrat avant l'hospitalisation
 - **Contrat de soin** institutionnel
 - **Abord psychothérapique** individuel et familial pour une expression des conflits familiaux et de l'affectivité
 - **Expériences thérapeutiques** de sentiment d'incarnation et d'existence personnelle, de découverte de son propre espace intérieur personnel, du ressenti du plaisir, d'un sentiment d'identité



Bénéfices secondaires



« L'anorexie mentale est certainement ce qui, dans la clinique, permet d'avoir l'aperçu le plus direct de ce que l'on appelle **l'attachement d'un sujet à son symptôme**. L'époque contemporaine est tentée de nier cette dimension, pourtant fondamentale eu égard à toute tentative de traitement du symptôme. Si l'on peut avoir l'idée que le patient veut se débarrasser de son symptôme, on constatera que, dans l'anorexie mentale, il n'en est rien et que cette réalité est immédiatement palpable. »

Dewambrechies-La Sagna, Carole. « L'anorexie vraie de la jeune fille », *La Cause freudienne*, vol. 63, no. 2, 2006, pp. 57-70.

Un témoignage



<https://placedessciences.fr/nos-podcasts/les-maux-bleus/s01e01/>

Des lectures

