

LES TROUBLES ALIMENTAIRES

- Introduction clinique à la pathologie à partir de l'adolescence
- Vidéo
- Psychopathologie de l'anorexie mentale
 - Psychopathologie de la boulimie à partir de psychothérapie et de cas cliniques. Question du cadre
- Vidéo
- Conceptions générales vis à vis du traitement de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE :

- « La faim et le corps » KESTENBERG & DECOBERT, P.U.F, 1972
- « La boulimie et son infortune » L. IGOIN, 1976.
- « L'énigme de l'anorexie » H. BRUCH, P.U.F
- « Psychopathologie de l'anorexie mentale » BRUSSET, Dunod, 1988
- « La boulimie » FLAMET & JANNET, Masson, 2000.
- « La boulimie », Monographie de la revue française de psychanalyse, P.U.F, 1991.

Introduction

Question du début des troubles alimentaires. Très souvent, l'anorexie ou la boulimie commencent à l'adolescence : « pathologies de l'adolescence ». En moyenne, début entre 14 et 17 ans pour l'anorexie ; entre 15 et 18 ans pour la boulimie.

L'anorexie commence plus près de la puberté, dès l'apparition de la pulsion sexuelle. La boulimie apparaît plutôt au moment de la séparation d'avec la famille : problématiques de deuil et de séparation.

Pathologies à prédominance féminines (8 femmes pour 1 homme).

La prévalence (quantité d'adolescents qui en souffrent) de l'anorexie mentale est de 0,3 à 0,8 % en moyenne et de 1 à 1,5 % pour la boulimie (1995). Les critères diagnostiques ont changés (statistiques anciennes).

Des crises de boulimie apparaissent dans 35,8 % des cas chez femme tous ages confondus.

Comportement de restriction dans 29 % des cas

Vomissement chez 8 %

Laxatifs chez 5,8 %

C'est donc un trouble important dans la population.

Problématique de l'image corporelle (11-18 ans) :

30 % des adolescentes se sentent grosses

49 % ont peur de grossir

15 % font un régime

5 % prennent des médicaments pour maigrir.

→ Etiologie

C'est une pathologie plurifactorielle.

- Facteurs d'ordre socio-culturels de plus en plus importants. L'apparence physique, l'image corporelle prend des qualités personnelles, la minceur s'est imposée comme idéal féminin, la femme qui domine son poids incarne le succès, a plus de contrôle de soi ; et aussi culte de l'éternelle jeunesse.
- Facteurs personnels, individuels, psychiques
- Facteurs organiques

→ Adolescence

De nouvelles tâches développementales sont à réaliser : se différencier... Période où l'adolescent doit fournir un effort, son identité est remise en cause.

Angoisse d'être maintenu dans une relation de dépendance (concept clé pour la pathologie alimentaire). Idée de rupture : changement brusque dans le développement qui entraîne des comportements particuliers. L'idée de rupture est liée à la

problématique alimentaire, dans le sens où ce sont des conduites de rupture avec le développement de l'enfant.

Ou encore concept de développement. Certains comportements sont une déviation de la normale, mais ne sont pas forcément pathologiques ou prémisses d'une pathologie. On sait qu'un enfant qui n'a pas manifesté de troubles psychiques s'engage très rarement dans une adolescence pathologique : continuité du développement.

Problématique de la prévention.

Dans les problématiques alimentaires, se centrer sur leur rôle dans l'économie psychique de l'adolescent.

→ Critères du DSM IV

cf. poly

Avant, la boulimie était liée à l'anorexie. Puis elle est devenue une entité clinique indépendante surtout à partir des critères de RUSSEL il y a environ 20 ans.

Aujourd'hui la classification compte trois pathologies :

- anorexie
- boulimie
- hyperphagie boulimique

Deux types d'anorexie :

- Restrictive : pas de mécanismes de contrôle du poids, pas de crises de boulimie
- Avec crises de boulimie (vomissements ou prise de purgatifs)

Deux sous-types de boulimie :

- Avec vomissements ou prise de purgatifs
- Sans vomissement, ni prise de purgatifs

VIDEO : « les damnés de la table » (52 sur la une)

- « Plaisir de voir qu'on a un pouvoir avec son corps »
- Impression de maîtriser le monde entier et les autres
- Dire à l'entourage qu'il peut aider en collaborant au traitement et en comprenant la souffrance.
- Douleur des boulimiques secrète et honteuse (mal solitaire, clandestin et honteux). Au début soulagement, puis dégoût, haine : « je me sens sale, dégueulasse, indigne d'être aimé » ; « bouffe permet de ne plus penser »
- « l'anorexie, c'est la puissance, la maîtrise »
- « j'ai l'impression d'être morte, de ne pas vivre, de toujours courir après quelque chose »

- Ce sont des enfants qui ne sont pas séparés de leur mère. A travers son corps, elle règle des comptes avec son enfance, surtout son père.
- Femmes qui doivent apprendre ou réapprendre à aimer
- Question de la transgression dans l'acte boulimique (déplacement de la sexualité ; c'est honteux parce qu'interdit). Question de la pulsion sexuelle.
- Autodestruction par rapport à l'agressivité plus ou moins contrôlée qui existe dans l'acte boulimique ? L'automutilation est souvent associée à la boulimie. Question des limites, peau comme limite entre l'intérieur et l'extérieur ; colère exprimée contre son corps.
- Notion de contrôle, de maîtrise de tout ce qui est extérieur à soi.
- Difficulté de symbolisation de ces patients sur leur pathologie, peu d'élaboration.
- C'est une pathologie, il y a une souffrance

Psychopathologie de l'anorexie mentale

Question de la personnalité de ce type de patient.

D'un point de vue historique, on est passé par différents types de diagnostics depuis Freud.

Lien entre la pathologie alimentaire et l'hystérie :

L'anorexie serait une forme de conversion hystérique. Ce sont des patients qui attirent l'attention sur elle, besoin de séduire. Caractère épidémique de l'anorexie : progression de la pathologie alimentaire. On parle de la « belle indifférence » de l'hystérie ; différent de la problématique dépressive.

En 1895, Freud a parlé du modèle de la dépression mélancolique :

Présence de symptômes dépressifs chez les boulimiques. Certains auteurs évoquent l'alternance anorexie / boulimie comme l'expression d'une PMD.

Les problématiques du deuil et de la séparation sont très présentes.

Modèle psychosomatique traité par différents auteurs :

Cf. aménorrhée comme expression somatique. Discutable : cause ou conséquence.

Modèle de la perversion =

Les comportements alimentaires ont un côté manipulateur de l'autre ; objet alimentaire comme objet fétiche. Winnicott a parlé des « délinquances alimentaires ».

1)- Anorexie mentale comme un trouble addictif

Il existe différents modèles pour comprendre TCA ; nous allons travailler le modèle addictif.

La perception corporelle est menacée à cause des changements de la puberté. Question de l'identité ; problématique identificatoire (cf. Katia qui s'identifie à un garçon). = ne pas être objet du désir du garçon, comportement défensif vis à vis du désir de l'autre et refus de se renvoyer à sa propre identité.

Puis n'évoque plus que la nourriture : important de revenir sur la question de l'identité, figée sur préoccupation alimentaire. On passe de la problématique pubertaire à une sorte de toute puissance manifestée par une forme de contrôle. Conduite qui est une façon d'éviter toute conflictualité. Les bénéfices sont dans un double registre : ne pas être un objet désirant, ni objet du désir de l'autre. Etat de régression infantile où il n'y a plus de différence des sexes.

Problématique toujours déplacée vers un comportement alimentaire, l'ensemble des comportements de la patiente vont se réorganiser. Cette réorganisation va effacer tous les autres traits de la personnalité, c'est à dire qu'elle efface apparemment la personnalité, mais il n'y a pas de trouble de la personnalité. Lui permet de maîtriser ses propres sentiments et d'avoir la maîtrise de l'autre

La situation de la séparation est difficile à élaborer pour la patiente. D'abord tristesse pas élaborée, puis le comportement s'installe. Deuil ou pertes de petites choses auxquelles elle était liée affectivement. Elle restreint les sentiments et sensations qui peuvent être dangereux pour elle. Sentiments remplacés par sensation (de plein, de vide, hyperactivité). La sensation remplace l'émotion sur le plan psychique. Pour éviter la souffrance, il y a surinvestissement de la préoccupation de la nourriture ; déni de ses propres sentiments qui sont essentiellement des sentiments de dépendance. Sensation de faim pour éviter de penser à autre chose et sentiment de puissance.

Question d'une faille dans la structuration du Moi. La structuration de la personnalité implique une séparation qui va créer notre identité (séparation pour la fille essentiellement de sa mère)

Différentes expériences de séparation synthétisées en 3 types = JEAMMET.

→1^{ère} : enfant qui peut gérer au moment du coucher la séparation de la mère grâce à une action de rêverie = peut imaginer sa mère sans qu'elle soit présente. Séparation symbolisée par ce monde imaginaire.

→2^{ème} : enfants qui ne supportent pas séparation. Activités motrices pour éviter toute trace de la séparation. Sensations corporelles qui évitent dépression qui se produit suite à séparation. Ces activités motrices remplacent la symbolisation.

→3^{ème} : enfants quand ils vont se coucher retiennent mère près d'eux. Ne peuvent pas se détacher de la mère, a besoin de la présence physique de la mère. Pas de symbolisation, pas d'activités motrices. Ont besoin de la présence de l'objet, au départ maternel. C'est le prototype de la situation de dépendance : l'enfant a besoin d'une réalité externe c'est à dire un objet externe qui va contre investir une réalité interne angoissante (anxiété de séparation de la mère).

H. BRUCH parle d'un dysfonctionnement dans la relation avec la mère. Dans les premiers moments de la vie, la mère doit savoir répondre aux besoins du bébé. Si la réponse est adéquate, le bébé aura confirmation de ses sensations internes. Si un dysfonctionnement existe, l'enfant va douter de ses sensations et ne pourra pas reconnaître ses propres besoins et fait tout pour faire plaisir. Relation que l'on peut voir dans le présent, d'où importance des thérapies familiales. La fonction du tiers est de donner la possibilité de penser.

2)- le déni

Litré :

- Refuser de reconnaître une chose (fait, assertion comme vraie, comme sienne (dans ce dernier cas, le complément désigne un acte critique ou la preuve d'un tel acte).
- Refuser (à quelqu'un quelque chose qui lui est dû)

Déni existe comme terme de droit : action de dénier quelque chose, ce qui est légalement dû.

Larousse :

La dénégation est l'action de nier, considérée de la manière dont elle se fait ou par rapport au temps, aux circonstances.

Le déni est la même action considérée dans son essence même. Une dénégation est formelle, nette, équivoque ; on l'entend, on la reçoit. Un déni est sincère, digne de foi, suspect.

Définition en psychiatrie = glossaire de l'association de psychiatrie américaine.

Il est un mécanisme de défense opérant de façon inconsciente. Il est utilisé pour résoudre un conflit émotionnel et pour apaiser l'anxiété, en déniaient une pensée, un sentiment, un désir, un besoin ou un facteur de la réalité externe, qui est consciemment intolérable.

Ces conflits proviennent principalement du domaine de la confiance, de la dépendance, du contrôle et de l'anxiété de séparation.

(Lasègue en 1973 parle déjà du déni : un optimisme inépuisable chez des patients émaciés. Déni et peu de motivation pour le traitement).

Contraire = **insight** : capacité de reconnaître que l'on a une maladie, un symptôme, et conscience de la nécessité d'un traitement et du risque de récurrence (cf. en analyse, patient qui fait insight d'une interprétation).

Autres concepts du Déni :

CRISP (1970) considère le déni comme un processus initial de résistance qui se dissiperait par un traitement approprié.

BRUCH (1962 ; 1973) : le déni n'était qu'une des manifestations de l'incapacité de ces patients à exprimer ses émotions. Deux perturbations sont reliées de près au sens du déni : perturbation de l'image de soi et les idées fausses sur les sensations affectives et viscérales. Cette conscience altérée des processus pourrait inclure l'idée fausse de faim, satiété et sensation corporelle.

MEYER (1963) met l'accent sur une triade de dénis : déni de la faim et des besoins nutritionnels, de la fatigue et de la perte de poids.

SELVINI-PALOZZOLI (1974) voyait dans cette fonction protectrice du déni d'autres besoins aussi, l'esprit de sacrifice de ces patients, principalement du à la méfiance.

PARRY-JONES (1985) ; VAN DETH and VANDEREYCKEN (1991) mettent accent sur les idéaux ascétiques qui pouvaient être identifiés chez ces patients, déniaient souvent aussi d'autres besoins physiques.

Conceptualisation comportementale du Dénier :

Les activités épuisantes, obsessionnelles (régimes alimentaires, exercices physiques, la lenteur de l'alimentation et le calcul de calories) servent comme évitement à se confronter avec des événements ou activités menaçant leur vie.

La signification diagnostique du déni a conduit à l'inclure comme un critère diagnostique concernant le déni de la maladie et la distorsion de l'image du corps en particulier.

Modèle psychanalytique :

Dénier = terme avancé par FREUD en 1923 pour caractériser un mécanisme de défense par lequel le sujet refuse de reconnaître la réalité d'une perception négative et plus particulièrement l'absence du pénis chez la femme.

Dénégation = Terme avancé par FREUD pour caractériser un mécanisme de défense par lequel le sujet exprime de façon négative un désir ou une pensée dont il refoule la présence ou l'existence.

(En analyse, importance de ce qui est formulé de façon négative)

FREUD construit la théorie psychanalytique à partir de la castration. L'enfant dénie ce manque. Chez l'adulte le mécanisme de déni peut devenir une psychose par déni de la réalité extérieure. Le névrosé commence par refouler les exigences du ça ; pour le psychotique commence par dénier la réalité. FREUD parle surtout du Dénier pour expliquer le fétichisme. Objet fétiche qui perpétue une attitude infantile qui permet de faire concilier deux positions inconciliables (dénier de l'absence du pénis, et en même temps la reconnaissance) ; objet qui condense ce que le patient n'a pas pu élaborer : base de la perversion. En même temps, perception et non perception du pénis se produit parce qu'il y a eu un mécanisme de clivage du Moi. Certains auteurs pensent l'anorexie comme une perversion, avec l'objet nourriture comme objet fétiche. FREUD = dans le fétichisme, il y a des attitudes contradictoires à l'intérieur du Moi. D'une part, la négation de l'absence du pénis chez la femme crée un substitut qui est l'objet fétiche ; d'autre part, il reconnaît qu'il n'y a pas de pénis chez la femme, donc il n'y a pas de déni de la réalité. C'est le clivage du Moi qui peut persister toute la vie.

Chez l'anorexique, on peut penser qu'il y aurait un mécanisme similaire. D'un côté, patient très lié à la réalité, enfant presque parfait ? Commence à maigrir, comme s'il y a vait quelque chose clivé de cette réalité. Ce qui peut apparaître comme hors de la réalité est le corps. Il est dénié, hors réalité.

Modèle psychodynamique (BRUSSET).

Le déni de la maigreur comme de la fatigue a également d'autres aspects, celui du déni de sens, de la signifiante et de ce RACAMIER a appelé « omnipotence inanimée ». C'est vis à vis de leurs émotions, de leurs désirs, de leurs besoins, voire de leur réalité psychique que ces dénis se manifestent comme clivage.

Cependant, s'il s'agit dans les formes graves et ancienne d'anorexie restrictive avec cachexie importante, d'une attitude de négation de type psychotique qui rend difficile ou impossible l'émergence d'une demande d'aide ou l'acceptation de celle-ci, le plus souvent une écoute disponible laisse voir le désarroi sous-jacent et le désir d'être aidé à sortir de ce qu'elles ressentent comme une impasse dont il leur est difficile de sortir ; ce qui leur apparaissait initialement comme un choix se révèle être une contrainte.

Evaluation :

Peu d'auteurs tentent d'évaluer systématiquement le déni et l'insight. Les deux étant mesurés par les mêmes instruments.

Si c'était un mécanisme inconscient, le déni pourrait interférer avec les mesures d'auto-évaluation par les instruments appropriés ; ils nécessiteraient d'être complétés par une évaluation clinique.

GREENFELD (1991) dans une étude sur des patients schizophrènes a montré qu'un déni bas est associé avec plus d'attitudes positives vers la maladie, une meilleure adaptation sociale et ils ont nécessité peu d'hospitalisation et un plus bas niveau de symptômes inconfortables.

Les mêmes auteurs ont étendu leurs études aux patients anorexiques et ont trouvés que les sujets ayant un haut niveau d'insight ont obtenu des scores plus élevés au eating attitude test.

Traitement :

La nécessité de voir le rôle du déni est nécessaire pour

- établir le traitement
- participer activement au traitement
- Maintenir le but thérapeutique ; leur faible motivation est fréquemment décrite.

Le rôle du traitement hospitalier dans la diminution du déni serait de diminuer l'évitement quand le sujet est confronté à une situation difficile liée à la prise de nourriture et de poids.

Conclusion :

Il existe toute une gamme de dénégation entre le déni absolu observé chez certaines anorexiques et la minimisation des troubles retrouvée chez les boulimiques.

- En plus une même patiente peut selon les périodes nier ou partiellement reconnaître certaines dimensions pathologiques, avouant l'usage de procédés de contrôle de poids, tout en niant toute affection
 - Le développement de l'insight influence la reconnaissance de la nécessité de traitement et évite la rechute.
 - L'insight est considéré crucial pour la thérapie analytique et pas pour TTC.
- La patiente doit comprendre que son comportement alimentaire est l'expression d'un trouble psychique : travail de préparation au traitement, à la thérapie. Travail sur le déni.

3) Boulimie

Beaucoup de patientes avaient fait une analyse, mais sans jamais parler de la boulimie. Amélioration globale, sauf boulimie. Honte. Aujourd'hui, motifs de consultation : addiction et border line.

La boulimie échappe en principe à la psychanalyse, parce que pas symptôme névrotique, en tant que formation de compromis de ce qui était refoulé. On ne peut pas penser à la boulimie dans ces termes. Pas symptômes intra-psychiques. C'est un comportement = réaction ou ensemble de réactions observables objectivement. Agir qui est différent du conflit névrotique.

Hypothèse = fonctionne comme autres symptômes mais fonction particulière de résistance. Acte qui est un court circuit de la parole. Déplacement de ce qui est interne vers l'extérieur ; symptômes qui échappe au travail associatif d'une cure analytique.

Comment comprendre et traiter la boulimie ? Technique qui consiste à prendre crise boulimie comme un symptôme, il s'agit d'intégrer la crise dans la trame associative de la patiente. Cf. utilisation de carnets alimentaires (écrire avant et après manger ce qu'il ressentent ; difficile car impulsion). Sorte d'objet transitionnel qui permet de travailler le symptôme.

EX : le fait d'explorer la conduite boulimique et de lui donner un sens permet à la patiente de s'ouvrir à un mouvement associatif. Problématique du tiers : si père indifférent, est continuellement renvoyée à sa mère. Création d'un espace permettant l'expression de la souffrance → pensée.

Cas vidéo

- Patiente anorexique
- particularité = potomane.
- 18 ans, 3^{ème} hospitalisation, 1 m 64, 29 kg.
- troubles commencés il y a 4 ans : mimétisme sœur et effet de la danse classique

- Hospitalisation : se sent comme un objet
- Début : élimination d'aliments au fur et à mesure (« pour ne pas me faire plaisir »)
- 6 – 7 litres de thé par jour
- Régime normal devant les autres, mange pour les autres, pas pour elle même.
- Dès 4 ans : danse classique, puis découragée suite échec à examen
- Pas vomisseuse, ni laxatifs
- « j'ai jamais de repères »
- Sœur anorexique non suivie, dit s'en sortir seule.
- Réfléchit toute la journée
- Plus jamais détendue
- « Je sens que la mort approche », sens comme si elle allait mourir aujourd'hui.
- Préoccupée par le regard des autres, liberté qu'on ne veut pas lui laisser
- Connaît pas envie, pulsion
- Angoissée de tourner en rond, se sent mal seule comme avec les autres.
- Redouble terminale, voudrait être instit
- Projets qui lui semblent infaisables = état physique + manque de motivation.
- Tension avec tout le monde, parce que n'arrive pas à faire d choix
- Parents : « je les aime de trop », n'arrive pas à couper cordon, à rester sans eux. Mais en même temps quand avec eux, stressée, tensions. Impression qu'ils ne l'aiment pas assez et ne le prouvent pas assez.
- N'arrive pas à trouver sans chemin, alors que sa sœur y arrive un peu.
- Idées pas claires, en train de dire n'importe quoi. Veut faire entretien, mais pas cohérente.
- Est en grande dépression, ne peut plus vivre, plus réfléchir.
- Personne ne pourra rien, est toute seule
- Plus trop de buts à la vie, plus de cœur à se battre. Pas envie de mourir, mais le sens.
- Se sent pas prête à signer son contrat.
- Doit sortir, parce que en train de se détruire à l'hôpital.
- Trois mois après : en est à son troisième contrat.

Plusieurs phases :

Observation : pendant une semaine, pas de mesure thérapeutique

1^{ère} phase : signature contrat et interdiction de mécanismes de contrôle alimentaires

2^{ème} phase : comportement alimentaire régulier

3^{ème} phase : patiente commence à sortir, repas au milieu de la famille.

Impressions sur vidéo :

Question du contre-transfert : qu'est ce qu'on ressent sur la patiente ?
Important pour le travail avec les anorexiques.
(mort, dépression, agressivité, ennui...) = Réveille beaucoup de choses malgré un entretien qui paraît vide.

Question de la potomanie. (Peut produire un état confusionnel)
Cf. 10 litres de liquides par jour : diminution du sodium, hyperhydratation cellulaire.
Patiente qui a fait un coma.
Demande un contrôle permanent : douche... sinon buvait sans arrêt.
Continuellement à la recherche de l'eau, transgressions permanentes.

Réveille des sentiments qui peuvent paraître contradictoires.
Ennui, pas de vie psychique, tout est concentré dans ce comportement. Va toujours trouver des réponses factuelles.
Se contredit continuellement : maintient une distance avec l'autre.

Refusait soins : HDT.
Sonde gastrique pour alimentation. Hospitalisée plus d'un an dans le service, avec différentes indications (musicothérapie...)
Une sœur aînée anorexique (accident grave de la route pendant hospitalisation)
Mère aurait fait un épisode anorexique.
Un frère décédé d'une malformation cardiaque en bas âge.

Question du suivi :
Thérapie familiale
Evaluation cognitive-comportementale : pas indication car obsession de la nourriture ne permettait pas la thérapie.
Entretiens avec un analyste malgré ses réticences.

Stratégies thérapeutiques :

- S'occuper du personnel, essentiel, car il fallait qu'il soit soutenu dans la démarche.
Discussion des stratégies thérapeutiques
- Il faut surtout faire quelque chose de l'ordre de la progression positive. Très important. Rentrer zen contact avec elle à travers son symptôme. Marquer les différences

(20 – 30 % des anorexiques seraient potomanes. Potomanie : primauté de la sensation. Attitude du personnel centré au niveau de la sensation)
A quel moment intégrer la psychothérapie ?
Vidéo = décembre 2000 ; sortie = mars 2002 (devenue femme très belle, provocante, transformation physique très importante). Continue une psychothérapie.

Compte rendu test MMPI : instabilité fonctionnement actuel.

- Dramatisation et péjoration situation
- Extrême dépendance d'autrui, quête affective jamais satisfaite.
- Tendue et anxieuse avec retrait dans l'imaginaire. Anxiété mode obsessionnel : doute
- Estime de soi faible
- Gestion des émotions problématique. Alternance maîtrise excessive et expression incontrôlée.
- Vécu persécutif avec sentiment d'être incomprise

Rorschach :

- ressources psychiques et capacités associatives.
 - Etat de stress, explosivité.
 - Très projectif, vision négative de son traitement
 - Règles = mourir et privation de liberté.
 - Clivage, projection, identification projective.
 - Dysphorie de l'humeur avec honte et culpabilité.
 - Les préoccupations relatives au corps sont importantes, intérieur / extérieur peu différenciées.
 - Evocation de la sexualité rejetée, seul l'amour désincarné est possible.
 - retrait social, problématique de lien, crainte anéantissement, angoisse de vide.
- = Faveur d'un état limite, amplifié dans le contexte. (diagnostic le plus fréquent dans ce type de pathologie)

Patient qui donnent des sentiments très contradictoires ; le contre-transfert peut être thérapeutique.

Entretien :

- Avec patient psychotique = on est angoissé sans savoir pourquoi
- Avec état limite = l'angoisse passe à côté, nous touche pas directement (il faut se déplacer pour pouvoir penser)
- Avec névrosé = angoisse parce que ça nous fait penser à nous.

Anorexie et boulimie masculine

1 / 10 des patients (mais seulement 4 % consultent)

Différences avec les femmes :

- Beaucoup plus d'antécédents d'obésité
- Plus de sport, relation particulière avec son corps et utilisation d'anabolisants.
- C'est moins honteux de manger que pour les femmes (cf. en public).
- Beaucoup moins inquiets par les mécanismes de contrôle du poids.
- Troubles alimentaires beaucoup plus associés avec drogue.
- Facteurs biologiques : chez hommes, puberté plus tardive, plus lente = possibilité de s'adapter aux changements pubertaires plus facilement. (Formes : tissus gras chez femmes ; muscles chez hommes. Le métabolisme de base est plus élevé (peuvent manger plus et ont moins besoin de leur faire attention). Rôle protecteur des hormones sexuelles.
- Chez femmes, pendant les règles, plus de crises de boulimie ?
- Facteurs culturels, idéal de minceur beaucoup plus fort chez la femme (donne un sentiment de pouvoir, une femme plus sûre d'elle même). Cf. minceur importante pour réussite sociale.
- Chez hommes qui ont des troubles boulimiques, l'homosexualité est plus fréquente = hommes homo n'ont pas une bonne image de leur corps, ce qui menerait à un trouble alimentaire. (alors que les femmes homo ont moins de problèmes avec l'image de leur corps que les hétéro)
- Troubles précoces des processus de séparation / individuation. L'homme doit s'identifier à son père, et problématique de séparation qui peut favoriser comportement alimentaire. Mère dominatrices.
- Caractéristiques cliniques mêmes que chez la femme.
- BRUCH = adaptation qu'il doit y avoir entre besoins de l'enfant et les réponses que la mère va y donner. HYP : plus d'attention pour le bébé garçon, parce que plus de difficultés pour comprendre ses désirs et besoins, alors que fille perçue comme pareille à elle même, pense connaître les désirs de sa fille.

- Dans problématique de séparation, hommes sont plus encouragés à être autonomes et à se séparer de la mère.
- Hommes qui font une anorexie sont fortement identifié à leur mère (relation identificatoire plus forte)

Psychothérapies

Prémises =

- Primordial : créer une alliance thérapeutique. C'est le plus difficile chez ces patients, vient consulter pour solution à sa problématique alimentaire.

Graduer les choses pour s'éloigner progressivement de la demande massive (sortir de cette idée qu'il y a une réponse tout de suite).

Essayer de sortir de l'urgence (sauf quand danger vital).

On se trouve dans une situation d'impuissance, nous ne sommes pas tout puissants.

- Travailler la demande, que la patiente soit consciente que la problématique alimentaire cache une problématique émotionnelle.

Les premiers entretiens doivent servir à provoquer une ouverture sur le monde interne de la patiente : anorexie comme expression d'une difficulté.

- Ne pas laisser la patiente s'installer dans la conduite alimentaire.

- Action sur la famille est indispensable et favorise l'évolution, surtout si elle est précoce dans la maladie.

- Notion de thérapie bifocale.

Une des condition : consulter quelqu'un qui s'occupe de la gestion physique de la problématique (contrôle du poids).

L'autre thérapeute est un tiers qui joue un rôle de séparation au transfert massif qu'ont en général ce type de patients. L'autre a comme un rôle protecteur de la psychothérapie avec la patiente (si femme : peuvent évoquer des problématiques féminines).

Psychodrame (très pratique avec les adolescents)

Thérapie familiale

TCC

Groupes de parents

Musicothérapie / art thérapie.

Psychothérapie psychanalytique =

Une chose à travailler pour la patiente qui accroche = installation du cadre thérapeutique.

- Si demande pas claire et supporte mal relation duelle : proposition de psychanalyse classique.
- On travaille la question du cadre comme une chose spécifique dans la pathologie, surtout pour la boulimie.
- Interruption de traitement fréquente, ruptures brutales parfois au début.
- Difficultés de respecter le cadre thérapeutique, c'est-à-dire la rythmicité des séances et paiement (toujours des problèmes avec cadre de travail)
- Discontinuité = patients déjà en psychothérapie, mais peuvent être absents très souvent, ou arrivent 5 minutes avant la fin. Les irrégularités sont de règle dans le déroulement de la prise en charge.
- Mais on peut aussi trouver le contraire, c'est-à-dire un hyper investissement du cadre, des patients presque soumis au cadre (cadre plus important que le contenu).
- Les interruptions du traitement sont assez fréquentes, ruptures du cadre qui peuvent être caricaturales ou plus masquées.
- Les patients adhèrent au cadre avec un investissement qui se fait petit à petit (ont peur de la relation de dépendance qui va s'établir avec thérapeute).
- Difficulté de séparation sujet / objet. Les troubles alimentaires servent aussi à dénier la séparation avec la mère. Ce déni de la séparation s'actualiserait en thérapie dans la manipulation du cadre ; le fait de ne pas venir peut être considéré comme une rupture momentanée du lien avec le thérapeute = l'absence aurait valeur du tiers, c'est à dire quelque chose qui fixe la limite avec le thérapeute.
- La question du tiers serait au départ figurée par la discontinuité, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas symboliser l'absence, donc l'absence joue comme une figuration de ce tiers sous une forme agie. Valeur de tiers limitant.
- Patients qui commencent une thérapie et en même temps autre chose, sans jamais le dire au thérapeute : besoin de quelque chose qui limite.
- Patients qui reviennent après des années et recommencent à parler comme si il n'y avait pas eu d'absence.
- Patients avec hyper investissement du cadre, le respecte scrupuleusement, mais sans qu'il y ait d'étayage à l'activité psychique.

Discours qui semble impénétrable.

Pas de lien symbolique entre pensée et émotion. Le cadre devient petit à petit vide et chosifié. Ce cadre vide joue aussi un rôle d'empêcher la relation avec l'autre = protecteur du monde interne de cette patiente.

Malgré tout, un travail psychique est toujours fait par la patiente.

Avec l'absence, possibilité de la lier à la relation transférentielle.

Cf. Prémisses : il faut aller progressivement.

Est ce qu'on doit suivre la patiente ou est ce qu'on doit anticiper ?

Est ce que thérapie bifocale tout de suite : quand le transfert se met en place, installer un tiers dans la thérapie, mais pas forcément immédiatement.

2/3 amélioration.

Reste d'un fonctionnement psychique.

Une fois que le lien est crée on a des résultats.

Partiel = une question assez générale.