

T. C. A

Généralités

manger = acte complexe
2 dimensions → physiologique

↳ acte symbolique (relation avec la mère nourricière, appartenance à 1 groupe social)

2 grands interdits alimentaires

- manger de la chair humaine (tabou anthropophagique)
"on ne mange pas la mère"
- manger des excréments (cravates de la contamination)

Le sujet normal mange de tout.

Arbre : - quantité ingérée (trop ou pas assez)

- liquides (vs polymanie)

- type de produits (alcool, toxiques, des substances non alimentaires...)

Les restrictions alimentaires

= perte de poids qui il faut chiffrer.

→ anorexie : perte de l'appétit = symptôme très courant, maladies

pathologies
somatiques
ou
ψ

somatique vs KC

- chez le déprimé ou le mélancolique

- dans l'anorexie mentale

→ refus d'aliments

- anorexie mentale : restriction volontaire au départ puis disparition de la faim.

- mélancolie : délire...

- délire à thème de persécution : peur d'être empoisonné

Si santé du PS en danger, il faut passer outre & essayer de les réunir de force.

- grève de la faim : $\neq$ pathologique
en cas d'hospitalisation, sa volonté doit en théorie être respectée

Les ingestions de grandes quantités de liquides

- polydipsie : jusqu'à 10L d'eau/jour !!
: sujet immature, grande appétence orale
personnalité hypérkinétique ou $\neq$ pathologique, chez l'obsessif avec
lutte anxieuse
⚠ Ag différentiel : diabète insipide
- dipsomanie : forme d'alcoolisme intermittent, lutte anxieuse
culpabilisée

Les troubles qualitatifs

- que certains aliments : régimes auto-prescrits
- produits à effets $\neq$ tropes légers ou non : conduites
toxicomaniaques (= proches des troubles alimentaires : plaisir
oral, risque de dépendance)
- substances non alimentaires : ex terre, chez les jeunes enfants,
non pathologique (la pica), chez les adultes prégénés & les déments
- cannibalisme

Les anomalies du poids corporel

Il faut distinguer le processus : porte sur prise de poids & le

résultat obésité ou maigreur

→ maigreur: ↓ teneur de la masse grasse, elle peut être ancienne & stable (maigreur constitutionnelle: PS mange normalement)

≠
maigreur 2^{de}: ↓ de la masse grasse & maigre, perte de poids doit être chiffrée
peut être extrême - cachexie
= carences d'appart: sujet défavorisé

→ obésité: excès de masse grasse, poids souhaitable à rechercher (permet la plus longue espérance de vie)

Recherche des facteurs familiaux, des cp^t alimentaires,
Évolution du poids, mise de cure d'amaigrissement tentée,
état dépressif (peut s'associer à l'hyperphagie)

L'anorexie mentale

peut parfois cacher des troubles très graves, peut toucher tous les âges
m si prédominance pour les adolescents, touche tous les contextes sociaux,
su^t implicat° entre anorexie & boulimie

⚠ santé: risque d' troubles rénaux, règles, ... parfois jusqu'à la mort.

trble le ④ médiatisé & compte parmi les 1^{res} causes de SC des jeunes
= tue 700 PS en France/an particulièrement 1^{er} jeune, 30 000 à 40 000 PS en Fric/an, entre 12 & 18 ans 1 d'100 souffre d'anorexie.
prévalence: 0,5 à 1% chez les adolescents.

Ces trb sont ④ fréquents dans les sociétés industrielles: touche presque exclusivement des f^t (95%) et chez o^u (peut être signe de l'entrée dans la schizophrénie).

Affect° quasi spécifiques de l'adolescence; chez l'adulte réurgence d'y

phénomène déjà vécu mais passé inaperçu.

A été longtemps considérée c'est l'pathologie hémorragique: se rencontre on fait dans toutes les couches sociales.

Trois A:

Anorexie

Aménorrhées

Amaigrissement

Sub: peut commencer par régime pour l'atteinte de poids légitime
sachant que le processus ne va pas à lui: régime pousser à l'excès.
Elle se sent mieux dans sa peau qu'elle maigrit & de mieux en mieux
Elle maigrit. N'a pas conscience de sa silhouette: est très maigre mais se trouve grosse.

Parfois co-facteur déclenchant: déménagement, voyage,...

Perte de poids franche, vite, excessive qui motive la 1^{ère} et 2^{ème} de la
Or car l'ado se trouve très bien c'est elle est, pas de pb,
Conserve des activités physiques & intellectuelles, bons résultats scolaires

aménorrhée 1^{re} ou 2^{ème}

Résistent à se soigner: pour elles tout va bien, pas malades.

Signaux d'alarme: hyperactivité physique
prise de diurétiques, laxatifs, anorexigènes,...

Parfois en alternance avec crise de boulimie: et craque & culpabilité

amaigrissement d'au $\ominus$ 25% pour parler d'anorexie mentale

- peau sèche
- chute cheveux
- altération dentaire
- signes de déshydratation
- Ed de Raynaud
- lanugo (fin duvet sur le visage, jâve)
- œdèmes : chevilles, péri-orbitaire
- hypométabolisme : hypo $\ominus$, brady $\ominus$, hypo $\ominus$ art

- Si bilan $\ominus$:
- hypo K
 - hypo Ca
 - hypo Mg
 - hypo phos
 - hypo protéinémie
 - hypo Na
 - anémie
 - leucopénie
 - neutropénie
 - hypo G
 - perturbat° endocriniennes (axe Hypothal., surrénales, ...)

- décalcification osseuse $\rightarrow$ $\neq$ patho

Conserve très longtemps l'hyperactivité physique & intellectuelle : surinvestir pro ou scolaire, restrict° sommeil, refus de détente, désintéressement sexuel, appauvrissem^t social = isolement

= les $\ominus$ caractéristiques

Trouve que son corps est normal voire trop gros, ne se considère pas malade, prendre du poids lui fait honte, banalise ses conduites alimentaires.

- pour $\neq$ angoisse dominant le tableau : angoisse de peur de prendre du poids, de devenir obèse, de manger = peur du désir, de l'avenir, de vivre.

4 caractéristiques mentales.

① peur: peur de grossir & de se mettre à table

= anorexiques & boulimiques

peur d'être grosse: conviction de ne rien peser dans sa vie, surtout vis-à-vis de ceux qui elle aime.

peur de manger → plus elle maigrit: cette peur engendre la peur de se mettre à table, les pensées au tri des aliments (choisir par kcal)

② manque de confiance en soi: ce cpt: le renforce = corde vicieuse la malade doute de l'amour des autres, de ses capacités ne se voit pas grandir, évoluer, braver & U (peut ne pas en être capable), ... = il faut lutter contre ce manque de confiance, conditionne la guérison.

U de réassurance verbale, expression verbale & émotionnelle

③ excès de perfectionnisme: tourne vite à la maniaquerie & à l'obsession, je suis soignée, maîtrise du corps parfaite peur d'être mal jugée, peur d'être médiocre.
= nuit à l'efficacité du U, ne supporte pas l'échec lui montrer que la perfect° n'existe pas & que sa n'est pas réalité.

④ Besoin de tout maîtriser: peur de se laisser aller à ses émotions ou à des désirs illicites
les émotions paraissent incontrôlables donc il faut les réprimer
= peur de ne pas y arriver, de l'inconnu, de l'échec
il faudrait que U soit connu, immuable. ex les vacances c'est le plaisir
= trop de maîtrise nuit à l'efficacité, à quel pt la vie sans inconnu serait triste & monotone, à quel pt elle sont capables d'assumer la colère, la tristesse, le dg, ...

⑤ perte de l'image de soi: se construit autour de l'affectation & du regard de l'autre
image physique (je ressemble à quoi) & morale (je suis qui)

cette part explique la difficulté de s'affirmer autrement que par le refus & le déni.

- ⑤. le rejet du plaisir pour maintenir le désir: le plaisir est associé à 1 sentiment de culpabilité très fort, il s'agit surtout de ne pas faire disparaître 1 sentiment de désir immense qui à la fin leur fait peur & les rend incapables au plaisir puisque le plaisir tue le désir.
à force de trop de restriction, c'est là qu'apparaissent les accès de boulemie: pulsions incontrôlables (vol, frénésie sexuelle) mais sans aucun plaisir,
- ⑥. le rejet de l'image de la j^e: il y a aussi celui de la séduction, de faire l'amour.
pas l'image physique de la j^e mais de la j^e en tant que 1 sujet plaisir pour l'autre.
- ⑦. alexithymie: ne peuvent rien dire de leur hble. ne pensent rien à avoir à dire, grde difficulté d'introspection (s de l'analyse) difficulté verbale & émotionnelle
- ⑧. tendance à la dissimulation & méfiance vis à vis de l'autre
- se sont toujours jugée, pour qu'en lui amache qu'on dise ne veut pas faire souffrir les autres avec sa maladie alors n'en parle pas.
- ⑨. attachement excessif à l'un des parents: soit la mère mère surprotectrice, autoritaire ≠ père moumou
ne veulent pas guérir car perte de ce lien privilégié
- ⑩. peur de ne pas y arriver: à guérir, à vivre, ...
les empêchent d'avancer vers la guérison

anorexie = pathologie du bien.

besoin de parfait contrôle & d'assurance alors qu'au fond n'en a pas.

Les formes déliriques

- parfois $\rightarrow$: 5 à 10% des cas, hop $\rightarrow$ grave (entrée de la schizo?)
- pré-pubertaire : difficulté à se nourrir, inquietant car répercussions sur la taille
- chez l'adulte : réémergence de formes passées inaperçues à l'ado
- formes mineures : obsession de la minceur des nos sociétés, profanes plus exposées : mannequins, danseuses, ...

Evolution

très variable

- $\rightarrow$ certaines anorexiques sont réactionnelles aux conflits de l'ado : régression avec $\rightarrow$ minimum d'intervention. (1/3 des cas)
- $\rightarrow$ 1/3 des cas vont évoluer gravement $\rightarrow$ parfois jusqu'au $\rightarrow$ suicide rare mais reste fréquent (5% vers la mort)
- $\rightarrow$ 1/3 des cas reste anorexiques +/- le leur vie, attitude très particulière avec la nourriture, risque de complications (F, ...)
- = évolue vers la boulimie par pulsions, pauvreté affective & relationnelle