L'ANOREXIE MENTALE

Anorexie restrictive et anorexie avec accès hyperphagiques/purgatifs



INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique appartenant à la famille des troubles des conduites alimentaires. Elle se caractérise par une restriction volontaire des apports alimentaires entraînant un poids significativement inférieur à celui attendu, une peur intense de prendre du poids et une altération de la perception du corps. Contrairement à ce que suggère son nom, elle ne correspond pas à une disparition de l'appétit. La faim est généralement présente mais activement combattue. La restriction devient progressivement un mode d'adaptation face à des tensions internes, au prix de conséquences physiques, psychiques et relationnelles.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM-5

1. Restriction des apports énergétiques conduisant à un poids significativement inférieur à celui attendu pour l'age, le sexe et le développement.
2. Peur intense de prendre du poids ou comportements persistants interférant avec la prise de poids, malgré la maigreur.
3. Altération de la perception du poids ou de la forme du corps, importance excessive du poids et de la silhouette dans l'estime de soi.

DEUX FORMES CLINIQUES

Type **restrictif** : perte de poids principalement obtenue par régime, jeûne et/ou exercice physique excessif, sans accès récurrents d'hyperphagie ni comportements purgatifs au cours des trois derniers mois.

Type **accès hyperphagiques/purgatif** : accès récurrents d'hyperphagie et/ou vomissements provoqués ou comportements purgatifs au cours des trois derniers mois.

REPÉRAGE CLINIQUE

Somatique : amaigrissement, fatigue, sensation de froid, bradycardie, hypotension, troubles digestifs, perturbations hormonales, diminution de la force du corps, troubles électrolytiques dangereux dans les formes purgatives.

Psychique : peur de grossir, distorsion de l'image corporelle, pensées envahissantes, perfectionnisme, anxiété, symétries dépressifs et difficultés d'identification des émotions.

Relationnel : ritualisation des repas, évitement, tensions familiales, repli social, inquiétude et impuissance des proches.

La sévérité clinique ne se résume pas à l'IMC : le retentissement psychique, somatique et relationnel doit être évalué. Le risque léthal s'évalue à 5 à 10 % des cas.

ANOREXIE MENTALE :
COMPRENDRE ET ACCOMPAGNER

Diagnostic différentiel

Le bilan médical doit écarter une cause somatique d'amaigrissement ou de restriction alimentaire - pathologies endocriniennes, digestives, infectieuses, inflammatoires ou cancéreuses.

Le diagnostic différentiel comprend également la boulimie nerveuse, le trouble d'hyperphagie boulimique, l'ARFID, l'épisode dépressif majeur, certains troubles anxieux ou obsessionnels compulsifs et les troubles psychotiques.

L'anorexie se distingue notamment **par un poids excessivement bas,** la peur intense de grossir et l'altération de l'image corporelle.

Hypothèse etiopathogénique multifactorielle

1. **Facteurs prédisposants** : vulnérabilités génétiques, perfectionnisme, anxiété, faible concentration, émotions d'attachement, environnement familial et contact socioculturel.
2. **Facteurs déclenchants** : régime amaîtmer, puberté, événements stressants, conflits, expériences traumatiques, remarques sur le poids, influence des pairs et des réseaux sociaux.
3. **Facteurs pérennisants** : dénutrition et ses effets biologiques, rigidification cognitive et comportementale, réactions de l'entourage, isolement et renforcement des conduites restrictives.

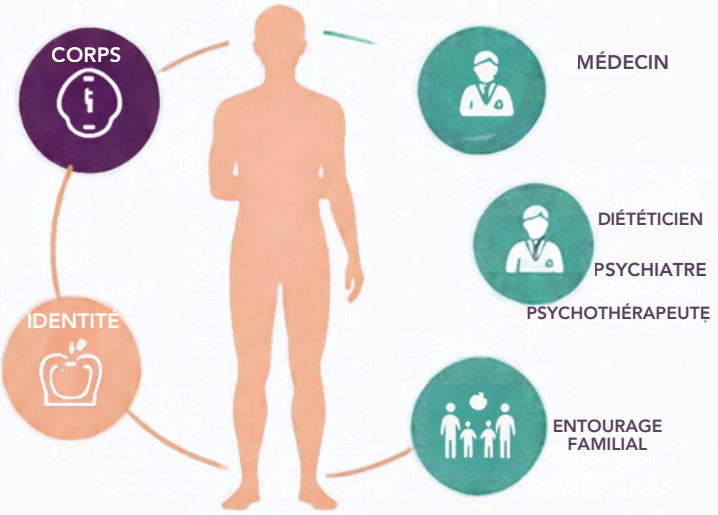
Lecture gestaliste

Le symptôme peut constituer un ajustement créateur face aux défis du développement : rapport au corps construction de l'identité et capacité à entrer en relation. Le symptôme représente une tentative, certes paradoxale, de poursuivre un mouvement de croissance et de maintenir le contact avec le monde lorsque les autres possibilités d'ajustement ne permettent plus de répondre aux défis et à l'incertitude.

Il devient pathogène lorsque cet ajustement se rigidifie et devient une forme fixée de contact. Ce, qui constitue initialement une réponse adaptative devient une modalité de fonctionnement unique, répétitive et de plus en plus coûteuse. La rigidification du contact se manifeste également dans le fonctionnement du Self. La fonction JE devient progressivement prédominante : le contrôle, le choix et la maîtrise occupent le premier plan de l'expérience, tandis que les sensations, les besoins et une émotion souple perdent de leur vitalité.

DU CERCLE RIGIDE AU RÉSEAU DE SOINS

S'OUVRIR À DE NOUVELLES POSSIBILITÉS DE CONTACT



Prise en charge

1. Repérage et intervention précoces.
2. Évaluation somatique et psychiatrique.
3. Prise en charge pluridisciplinaire : médecin, psychiatre, psychologue ou psychothérapeute, diététicien et entourage familial.
4. Hospitalisation si complications somatiques ou psychiatriques, risque suicidaire, échec de la prise en charge ambulatoire ou impossibilité de soins sécurisés.
5. Psychothérapies : TCC, thérapies familiales et multifamiliales ; La **Gestalt thérapie** travaille l'expérience présente, la relation, le sens du self et de nouvelles possibilités de contact. Aucune approche isolée ne répond à toutes les dimensions du trouble.

Objectif thérapeutique

Au-delà de la restauration pondérale : retrouver une relation plus libre au corps, à l'alimentation, aux émotions et aux autres. C'est un long chemin que Francesetti appelle la "route du courage".