

Docteur Éric Marsaudon

Anorexie mentale

Comprendre pour mieux accompagner

Un ouvrage paru sous la direction
de Jean-Luc Darrigol

Dangles
EDITIONS 

Avant-propos

L'anorexie mentale est une pathologie dont les déterminants sont encore mal compris, expliquant les nombreux débats et commentaires animés quant à sa causalité, au sein d'une société complexe qui privilégie l'information spectacle et l'expression des controverses les plus revendicatrices émanant des groupes de pression et/ou d'écoles de pensée les plus dogmatiques. Il est donc parfois difficile de trouver des réponses mesurées aux questions simples que peuvent se poser tant les jeunes femmes qui souffrent de cette maladie que leurs parents ou leurs amis, souvent désarmés par ce comportement alimentaire.

L'objectif de cet ouvrage est d'exposer les bases des connaissances médicales qui sous-tendent aujourd'hui la prise en charge de l'anorexie mentale et de partager les quelques éléments de compréhension de cette conduite qui touche essentiellement les jeunes filles. Bien que ce comportement ait aussi été décrit chez le garçon, je n'aborderai pas ici cette forme clinique, beaucoup plus rare, dont je n'ai pas l'expérience.

Pour illustrer les différents chapitres et les rendre plus facilement compréhensibles, quelques situations cliniques ont été décrites à titre d'exemples et placées en exergue dans un petit encadré à côté du texte. Bien entendu, afin d'éviter toute identification, les noms de ces jeunes femmes ont été occultés, leur prénom modifié et leur profession volontairement dissimulée. Du reste, connaître celle-ci n'a pas eu d'intérêt pratique dans leur prise en charge, puisqu'elle n'intervenait ni dans la causalité de la maladie, ni dans l'approche thérapeutique proposée. Ces jeunes filles et jeunes femmes étaient

issues de divers milieux socioprofessionnels : lycéennes, étudiantes, institutrices, vendeuses en confection, aides maternelles, secrétaires, biologistes, infirmières, mères au foyer, cadres du secteur tertiaire... Par ailleurs, la description de leur histoire a été parcellisée pour éviter une identification par le dessin d'un parcours de vie trop précis, ne retenant pour les besoins du contexte que les épisodes susceptibles d'éclairer au mieux les problématiques théoriques énoncées.

Cet ouvrage est dédié à une jeune patiente dont l'attitude m'a permis de prendre brutalement conscience que les certitudes médicales doivent être régulièrement rappelées à plus de modestie. Avec le recul, je pense que mon seul mérite avec cette jeune femme est, peut-être, d'avoir simplement freiné l'installation de complications organiques. Quant au reste, j'allais presque dire quant à l'essentiel, je ne sais pas bien quel fut mon apport. J'ai longtemps cru que nos discussions régulières en consultation, parfois proches du recul analytique dans certains domaines, lui avaient permis de progresser efficacement dans la prise de conscience de ses problèmes intimes... jusqu'au jour où elle me rapporte *a posteriori* que durant nos échanges, l'idée de mourir avait insidieusement germé dans son esprit sans qu'elle ait jugé utile de m'en parler. Si, bien sûr, la mort est une évanescence qui plane toujours sur le suivi d'une patiente anorexique, ce qui m'a préoccupé dans cette situation précise, c'est de constater que même après deux années d'accompagnement attentionné, cette jeune femme n'a pas eu l'envie de partager avec moi ses pulsions morbides. Dès lors, a dû se poser pour moi la question du réel contrôle des risques que peut détenir un thérapeute et, en filigrane, sa capacité à rester lucide pour percevoir les dangers potentiels susceptibles de se dessiner au cours d'un suivi. Aux fins d'éviter d'être involontairement délétère, j'ai donc préféré confier cette jeune femme à une autre expertise médicale pour qu'elle puisse bénéficier d'une approche différente, éventuellement capable de répondre mieux à ses attentes.

Signaler ainsi en préambule cette situation clinique particulière, c'est tenter d'illustrer toute la difficulté de la prise en charge de ces jeunes femmes anorexiques dont certaines étapes difficiles du suivi ont parfois besoin d'être franchies à l'aide de regards différents. Aussi déplaisant que soit ce constat pour l'égo du thérapeute, il reste une ouverture alternative lors de la perception d'une résistance ou d'une réticence inconsciente de la patiente à la prise en charge proposée. La diversité des offres thérapeutiques et des soutiens psychologiques permet dès lors la poursuite de l'accompagnement le plus adapté possible.

Afin de conclure cet avant-propos sur une note plus enjouée, soulignons pour l'anecdote que sont volontairement utilisées dans cet ouvrage deux orthographes du même terme que sont les mots « anorectique » et « anorexique ». En effet, si le terme « anorexie » n'apparaît dans la nosologie médicale mondiale qu'en 1584, son adjectif « anorectique » ne figure dans la littérature française que deux siècles plus tard, trouvant racine dans la locution latine *anorectus* signifiant « sans appétit ». C'est le xx^e siècle qui consacre progressivement l'adjectif « anorexique » au détriment « d'anorectique » sous la pression des publications américaines qui, utilisant le terme latin *anorexia nervosa* pour désigner la maladie, emploient le terme *anorexic* comme adjectif. Dès lors, la domination culturelle et médicale exercée par les États-Unis sur la France a donné naissance au néologisme de « franglais » *anorexique*, que nous utilisons tous. L'emploi de ces deux orthographes n'est donc qu'un dernier petit clin d'œil à nos anciens maîtres, Marcé, Lasègue, Huchard ou Charcot, qui, décrivant le comportement « anorectique » de leurs patientes, ont donné leurs lettres de noblesse à la psychiatrie française.

Qu'est-ce que l'anorexie mentale ?

Le terme « anorexie » est une composition construite à partir du préfixe grec *an* signifiant « privation » ou « absence de », associé au suffixe *orektos* signifiant « appétit ». Il semble que la création de ce mot soit assez récente, probablement de la fin du XVI^e siècle, afin de désigner la perte d'appétit dans son sens le plus large possible, sans présumer de sa cause. Son utilisation médicale régulière dans cette vaste acception désigne, de ce fait, une large gamme de pathologies conduisant à de nécessaires précisions de langage lors de son emploi.

L'anorexie organique

L'*anorexie* sans autre qualificatif décrit simplement le constat de la perte d'appétit chez une personne. Elle peut donc être observée à l'occasion de diverses pathologies, ce qui nécessite, à chaque fois que ce diagnostic est évoqué, d'approfondir l'observation clinique pour déterminer si la causalité est organique ou psychologique.

De ce fait, différents diagnostics « différentiels » s'imposent aux cliniciens qui doivent envisager successivement les grandes étiologies organiques et psychologiques que suggère l'association d'une anorexie et d'un amaigrissement.

Doivent ainsi être évoquées aussi bien certaines maladies aiguës telles que la tuberculose, l'hyperthyroïdie, les ulcères de l'estomac... que des pathologies chroniques telles que l'insuffisance respiratoire, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, la maladie de Crohn, les cancers...

Dans ces situations cliniques, le manque d'appétit provient de la maladie causale et, par conséquent, la dégradation physique est généralement *antérieure* à l'anorexie. Pour ces malades, l'envie de manger est très nettement altérée, les aliments sont souvent sans saveur et l'odeur des plats, parfois intolérable, provoque nausées ou dégoût.

L'anorexie peut aussi accompagner certaines affections psychiatriques sans être pour autant des « anorexies mentales ». Nous retiendrons à titre d'exemples :

- une dépression grave,
- un délire paranoïde d'empoisonnement,
- un mérycisme (psychose associant régurgitations et remastications des aliments pour les purifier),
- une névrose obsessionnelle (les aliments sont « sales » ou mal préparés),
- une schizophrénie (pensées délirantes, hallucinations, repli sur soi),
- une mélancolie (concept de faute, de culpabilité, de négation d'organe)...

L'anorexie mentale

Dans l'anorexie mentale, la dégradation physique est, à l'inverse, *secondaire* à l'anorexie. Il n'y pas de manque d'appétit ou de perturbation des sens. Les saveurs et les goûts sont préservés et, de ce fait, au début de la maladie, il persiste une réelle faim contre laquelle la personne cherche à lutter. Cette sensation va toutefois progressivement s'éteindre en raison de la prolongation du comportement restrictif et de l'atrophie secondaire de l'estomac, dont la rétraction engendre une rapide sensation de réplétion lors de la prise alimentaire, bloquant toute nouvelle appétence et restreignant encore les

futures prises alimentaires. Au final, comme le décrivait Lasègue¹ en 1873, « ... l'appétit se perd en ne mangeant plus ».

Pour porter le diagnostic d'anorexie mentale, la communauté médicale internationale, après de complexes débats riches en propositions variées, s'est finalement accordée pour adopter la définition que l'Association américaine de psychiatrie avait fait paraître en 1994 dans son manuel diagnostique à éditions périodiques, encore appelé « DSM-IV » (pour *Diagnostic and Statistical Manual* – 4^e révision).

Ces critères diagnostiques de l'anorexie mentale sont les suivants :

- refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (l'indice de masse corporelle étant aujourd'hui le repère le plus souvent pris en compte) ;
- peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale ;
- altération de la perception du poids et/ou de la forme du corps, dont l'influence excessive perturbe le jugement objectif conduisant à un déni de la gravité de la maigreur ;
- chez les femmes pubères, apparition d'une aménorrhée (absence de règles durant au moins trois cycles consécutifs).

L'indice de masse corporelle (noté IMC) est le rapport du poids en kilogrammes, sur le carré de la taille, en mètres. Il s'exprime par la formule suivante : $IMC = P/T^2$. Le résultat est donc en kg/m^2 .

Chez l'adulte jeune, l'indice de masse corporelle idéal se situe entre 18,5 et 25 kg/m^2 .

Le surpoids débute au-delà de 25 kg/m^2 .

La maigreur en deçà de 18,5 kg/m^2 .

Les critères cliniques définissant la maigreur qui accompagne l'anorexie mentale reposent donc sur l'indice de masse corporelle. Cependant, il faut rappeler que les normes médicales sont définies de manière statistique pour s'appliquer à l'échelle des populations

1. C. Lasègue, « L'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, 1873, 316-385.

et qu'elles ne déterminent pas obligatoirement un risque à chaque niveau individuel. Si, pour une large population, un IMC supérieur à 25 kg/m^2 expose statistiquement à un risque de maladie, rien ne permet d'affirmer qu'un individu en particulier, dont l'IMC serait à 27 kg/m^2 , rencontrera un problème de santé. Ce qui est vrai statistiquement pour une population ne l'est plus à l'échelle d'un individu. Ces chiffres calculés de l'indice de masse corporelle doivent donc être interprétés au cas par cas, selon des critères propres à chaque sujet. Ce qui est vrai pour l'obésité l'est aussi, bien sûr, pour la maigreur qui ne doit donc être analysée que globalement, tenant compte aussi bien d'éléments cliniques et biologiques que psychologiques et comportementaux.

Pour faciliter la prise en charge des jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale, cinq stades de gravité dans la maigreur ont été distingués :

- grade 1 : de $18,5$ à 17 kg/m^2 ,
- grade 2 : de $16,9$ à 16 kg/m^2 ,
- grade 3 : de $15,9$ à 13 kg/m^2 ,
- grade 4 : de $12,9$ à 10 kg/m^2 ,
- grade 5 : inférieur à 10 kg/m^2 .

Les grades 4 et 5 sont considérés comme dangereux, engageant très souvent le pronostic vital de la patiente et conduisant le plus souvent à une hospitalisation rapide.

Si les critères diagnostiques de l'anorexie mentale mettent clairement en avant la problématique psychologique comme fondement au contrôle du poids et du corps, ils doivent être complétés, pour mieux appréhender la prise en charge ultérieure, par des informations quant aux moyens utilisés par la jeune femme. Pour simplifier cette approche, deux grandes attitudes ont été distinguées :

- *l'anorexie avec crise de boulimie purgative*

Dans cette forme, la personne souffre d'envies de manger incontrôlées (les crises compulsives alimentaires ont lieu au moins deux fois par semaine) qui la conduisent, après l'ingestion, à des comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids. Ces derniers sont, la plupart du temps, soit des vomissements provoqués, soit des prises abusives de laxatifs ou de diurétiques. Le comportement boulimique est brutal, la nourriture étant consommée en grande quantité sur un temps très court. Parfois, les aliments sont choisis (chocolat, gâteaux, desserts sucrés...), parfois ils ne le sont pas et les premiers aliments trouvés sont alors consommés avidement quels que soit leur goût, ou indépendamment des habitudes préférées de la personne. Si cette crise débute et se finit brutalement, elle n'est pas pour autant un moment de plaisir. Certes, dans les premières secondes s'installe parfois une impression de soulagement, mais surviennent très vite, par la suite, des sensations pénibles de mal-être et d'anxiété pendant la crise, suivies après celle-ci d'une grande culpabilité quant à cette perte de contrôle, associée à un sentiment de détresse et de honte d'avoir cédé à la pulsion. La crise s'arrête faute de nourriture ou faute de place physique dans l'estomac, les douleurs abdominales, un malaise ou des nausées soulignant le trop-plein gastrique. Des vomissements provoqués en terminent généralement le cycle.

- *l'anorexie restrictive*

Il s'agit d'une forme isolément restrictive, la personne ne présentant ni épisodes d'hyperphagies incontrôlées, ni comportements compensatoires pour prévenir la prise de poids. Cette anorexie « pure » est caractérisée par un contrôle

absolu de la prise alimentaire, reposant le plus souvent sur une analyse très fine et souvent pertinente biologiquement de la quantité de calories réellement ingérées. Cette forme est moins fréquente que la précédente.

Dans les deux cas, le comportement alimentaire de la jeune femme est soutenu par une activité physique intense dans un objectif de perte ou de contrôle pondéral supplémentaire. Il ne s'agit pas de la recherche d'une quelconque performance sportive ou de l'obtention d'un résultat compétitif, mais, plus prosaïquement, de la volonté de brûler toutes les calories qui ont été prises pendant le ou les repas précédents.

L'anorexie mentale touche généralement les jeunes filles de 15 à 20 ans mais elle peut s'installer un peu plus tôt dans une période prépubertaire ou un peu plus tard chez la femme jeune :

- *l'anorexie prépubertaire*

Durant la période prépubertaire et pubertaire, les critères diagnostiques du DSM-IV sont plus difficiles à appliquer en raison de la variabilité des modifications corporelles survenant d'une jeune fille à l'autre. De ce fait, le concept de surveillance de la prise de poids et de la croissance en taille est moins aisé, ce d'autant que par ailleurs, les menstruations sont parfois irrégulières durant cette période. Dans ces conditions, le diagnostic reposera moins sur des critères cliniques que sur des comportements, notamment s'agissant des commentaires que la jeune fille peut tenir sur son corps, sur la puberté naissante ou sur la teneur de ses repas...

- *la forme tardive après 25 ans*

S'il n'est pas rare de faire le diagnostic d'anorexie mentale après l'âge de 25 ou 30 ans, il est parfois plus difficile de savoir quand a réellement commencé la maladie. Le plus

souvent, il s'agit d'une attitude réactionnelle à un événement récemment survenu et vécu comme traumatisant. Parfois, l'anorexie signe plutôt la résurgence d'un épisode de l'adolescence passé inaperçu et qui se décompense brutalement à l'occasion d'un événement particulier.

Après avoir mené à terme six grossesses sans incident, Éliane, 44 ans (IMC minimal : 15,4), souffre depuis cinq ans d'une anorexie avec crises boulimiques purgatives.

Un premier travail d'analyse trouve (trop) rapidement une explication « avouable » au début tardif de cette anorexie : l'incarcération d'un fils survenue à cette époque, les troubles alimentaires étant alors décrits comme « compensateurs » des privations imposées au jeune homme...

La persistance de l'anorexie alors même que le garçon avait été libéré orientait toutefois l'accompagnement psychologique plutôt vers des problématiques plus profondes. Ce n'est que progressivement que des causalités plus intimes et refoulées, telles que les premières expériences sexuelles douloureuses de son adolescence, ont pu resurgir.

Habituellement classée dans le grand cadre nosologique des troubles du comportement alimentaire, l'anorexie mentale est en fait une altération de la personnalité et de l'image du corps, la perturbation du comportement alimentaire objectivé n'étant qu'un moyen d'expression.

Quels sont les signes cliniques de la maladie ?

Les critères diagnostiques du DSM-IV sont des repères médicaux destinés à faciliter l'approche clinique et nosologique des professionnels de santé. Pour les rendre plus accessibles et plus explicites pour un large public, quelques précisions cliniques complémentaires traduiront mieux ce qui est observé en pratique. Afin de soutenir cette approche simplifiée, six grands axes comportementaux seront distingués dans les attitudes généralement adoptées par ces jeunes filles. Bien que systématiquement retrouvés dans leurs conduites, l'importance respective de chacun de ces axes diffère selon les parcours de vie. Seront ainsi distingués les principaux repères cliniques suivants :

- des préoccupations alimentaires constantes,
- un amaigrissement progressif,
- un désarroi quant à la génitalité et la féminité,
- une activité physique imposée,
- un isolement progressif,
- une distorsion psychologique.

Des préoccupations alimentaires constantes

L'anorexie mentale se manifeste par une constante préoccupation alimentaire, et ce, même en dehors de son corollaire conscient qui est d'éviter une prise de poids. Ces jeunes filles en viennent donc à développer une peur phobique de l'aliment en perdant de vue son potentiel effet sur le corps. L'aliment devient en soi un danger, dissocié de

son réel pouvoir calorique et, dans l'objectif de s'en protéger, toute la construction réactionnelle initialement consciente de la jeune fille finit par s'autonomiser dans un rituel immuable quelles que soient la qualité et la quantité du nutriment. Avec le temps, la restriction alimentaire se fait d'ailleurs de plus en plus drastique et le contrôle des apports de plus en plus sévère.

Dans cet esprit de vérification et de filtration des *ingesta*, ces jeunes filles deviennent souvent de bonnes cuisinières pour pouvoir s'investir dans les préparations culinaires familiales, aux fins de s'assurer un meilleur contrôle des repas servis.

Leur comportement à table est cependant variable selon leur profil clinique. Certaines d'entre elles (*anorexie restrictive*) ne goûtent aux plats que du bout des lèvres, « picorant » de très faibles quantités et ne se focalisant, le plus souvent,

que sur des aliments non caloriques (salade, légumes). D'autres, plus nombreuses (*anorexie purgative*), mangent comme les autres convives à table (parfois même plus, conduites par leur faim et leurs envies), mais doivent très vite s'absenter après le repas, pour provoquer des vomissements libérateurs de l'angoisse et de la culpabilisation nées pendant le repas.

Jalila, 17 ans (IMC minimal : 14,0), fait chaque jour la cuisine pour toute la fratrie au retour du lycée. Elle est pour son père « l'indispensable fée du logis ». Elle mange très peu à table, occupée à servir et à se lever pour vaquer dans la cuisine. Elle vomit en fin de repas le peu qu'elle a pris.

Leïla, 28 ans (IMC minimal : 13,2), a ritualisé ses repas quotidiens : elle prépare avec attention une salade composée, la consomme puis va la vomir, s'attelle à un second plat, le vomit à nouveau et tente parfois un dessert qu'elle ne garde pas plus.

Dominique, 23 ans (IMC minimal : 13,8), consomme tout son repas, mais chaque bouchée est mastiquée longuement, réduite en petites boulettes qu'elle glisse ensuite discrètement dans son sac pour les jeter plus tard.

La faim ne disparaît pas tout de suite et, au début de la maladie, les jeunes filles ont encore une envie de manger qui les tenaille et les pousse à des comportements variés destinés à tenter d'en contrôler les effets. C'est à ce stade que les pulsions boulimiques sont les plus fortes, mais aussi que les troubles de l'humeur, la culpabilisation et les anxiétés sont les plus intenses.

Jalila doit lutter tous les jours contre ses envies intenses de manger. Pour couper ce besoin, elle consomme entre 130 et 150 chewing-gums par jour. Ces mastications l'apaisent au plan psychologique et diminuent nettement ses pulsions alimentaires quotidiennes. Lorsqu'elle oublie un de ses paquets de chewing-gums, elle présente brutalement tous les signes d'un état de manque toxicomaniaque.

S'installent alors insidieusement des émotions ambivalentes, oscillant entre faim tenace et peur des vomissements douloureux, entre désir et culpabilisation, dont les alternances déstabilisent progressivement la jeune fille qui glisse vers un état d'épuisement physique et psychologique qu'elle ne peut plus endiguer. Cette soif de tout dominer et de tout contrôler se traduit par l'installation de rituels rigides qui, avec le temps, deviennent de plus en plus autonomes et exigeants, conduisant la jeune fille à un comportement qui lui échappe totalement. Le désarroi puis la détresse qui en découlent fixent les privations forcées de la jeune fille à un niveau de quasi-suppression de l'apport nutritionnel.

Un amaigrissement progressif

L'amaigrissement provoqué par une anorexie mentale est souvent très important, conduisant à des cachexies graves et impressionnantes, et il n'est d'ailleurs pas rare qu'une jeune fille puisse perdre la moitié de son poids initial. Toutefois, l'une des caractéristiques de cette maladie vient du détachement constaté chez ces jeunes filles qui

Table des matières

Avant-propos	7
Qu'est-ce que l'anorexie mentale ?	11
L'anorexie organique	11
L'anorexie mentale	12
Quels sont les signes cliniques de la maladie ?	19
Des préoccupations alimentaires constantes	19
Un amaigrissement progressif	21
Un désarroi quant à la génitalité et la féminité	23
Une activité physique imposée	24
Un isolement progressif	25
Une distorsion des repères psychologiques	27
Existe-t-il des signes avant-coureurs de la maladie ?	31
Les troubles du comportement alimentaire de l'enfance	31
L'anorexie infantile	32
Les « petits mangeurs » ou « picky eating »	32
Le mérycisme	33
Le pica	33

La période prépubertaire	33
La période pubertaire	34
Le questionnaire SCOFF	35
Une attention discrète	36
Quelle est la fréquence de l'anorexie mentale ?	39
La prévalence	39
L'incidence	40
La perception sociétale	42
L'anorexie mentale est-elle une maladie du siècle ?	45
Un Moyen Âge ambivalent	46
Les premières réponses anglaises au XVII ^e siècle	49
Une recherche européenne dès le XIX ^e siècle	50
Physiologie du comportement alimentaire	59
Le cerveau, un coordonnateur capital...	60
... mais des organes périphériques qui informent	64
Une régulation complexe	67
Les informations métaboliques	67
Les informations sensorielles	68
Un processus d'apprentissage	69

Le déroulé physiologique d'un repas	72
Une phase pré-ingestive	72
La phase ingestive	72
La phase d'absorption	73
La phase post-absorptive	74
La rythmicité des repas au cours de la journée	74
Les besoins énergétiques	75
Anorexie mentale et physiologie	79
La prise alimentaire ne peut être que de petit volume	79
La création et l'entretien de pulsions boulimiques	80
Une dysrégulation de l'appétence	81
Une insatisfaction déprimante	83
Quelles sont les causes de l'anorexie mentale ?	85
Le concept de facteurs de risque	86
La génétique est-elle une vulnérabilité individuelle ?	86
Les hormones pourraient-elles jouer un rôle dans cette vulnérabilité ?	89
Que penser des facteurs socioculturels ?	92
L'impact psychologique de facteurs socioéducatifs déstabilisants ?	96
Les antécédents de dépression, d'alcoolisme et/ou d'anorexie chez l'un des membres de la famille	96

Les exigences éducatives	97
Des repères changeants	98
La culture de la fuite	98
Des liens symbiotiques entre mère et fille	98
Les traumatismes émotionnels	100
Le point de vue analytique	100
Quelles sont les conséquences de l'anorexie ?	103
Les complications physiques et organiques	103
Les complications biologiques	105
Les complications psychologiques	107
Les complications sociales	108
Les signes de la gravité	109
Anorexie et sexualité	111
L'acceptation du corps féminin	111
Le génital désinvesti	112
Le danger du sexe	113
Les expériences sexuelles non désirées	116
Quelles prises en charge ?	121
Faut-il hospitaliser ?	121
La prise en charge nutritionnelle	123
L'alimentation entérale ou parentérale	124
Le contrat de poids	125

Les réflexions sur l'alimentation	127
L'atelier ou cuisine thérapeutique	131
Les liens entre le poids et la morphologie	133
La prise en charge psychologique	134
Un travail pluridisciplinaire	135
L'isolement	136
La gestion de l'entourage	138
Une ouverture à la sexualité	142
Les médications	145
Les médicaments à visée psychologique	145
Les traitements complémentaires	146
Quelques modalités d'approche	147
Les premières prises de contact	147
Trouver un accord	148
Déterminer un rythme de suivi	149
L'alimentation et le poids	150
Le pouvoir de l'aliment	151
L'oralité contrôlée	152
La symbolique du poids	153
Le corps et l'image du corps	154
Apprivoiser le poids	154
Contrôler la modification du corps	155
Accompagner le quotidien	156
Retrouver la femme	157
Retrouver le plaisir sensoriel	157
Apprécier le corps	159
Reconquérir la sexualité	160

Organismes ressources	163
Afdas-TCA	163
Association d'aide aux anorexiques et boulimiques	163
Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire	
Portail de onze associations.	163
Gefab	164
Bibliographie	165