

USAGES & DEPENDANCES

Autour du concept d'Addiction, avec une brève incursion dans le cadre des Troubles des Conduites Alimentaires

Paolo Antonelli, psychologue clinicien

Réseau Paris Diabète - 12 avril 2022



Ce document a été réalisé par Paolo ANTONELLI, Psychologue Clinicien, Fondateur et Directeur pendant 20 ans d'un Centre d'Addictologie (C.S.A.P.A) à Paris pour la rencontre Paris Diabète du 12 avril 2022 organisée par l'Association Paris Diabète. Il est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution. Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions

Brève Histoire de...

A l'origine, la prise en charge des personnes dépendantes de substances (alcool, drogues) **est** du ressort de la psychiatrie

Le *Pennsylvania Hospital*, fondé en 1751 par le médecin Thomas Bond et Benjamin Franklin, fut le premier hôpital d'Amérique du Nord et aussi le premier à s'occuper de personnes souffrant de troubles mentaux

C'est ici que travailla **Benjamin Rush**, le père de la psychiatrie américaine, de 1783 à 1813 (le logo de l'*American Psychiatric Association* (A.P.A.) n'est autre que son portrait gravé)

Comme Pinel, **il libéra les aliénés de leurs chaînes** et fut également l'un des tout premiers médecins au monde **à voir dans l'alcoolisme une maladie et non un péché**

Brève Histoire de...

Par la suite, les psychiatres en France et en Allemagne, au 19ème siècle, commencent à décrire ces troubles non seulement comme une dépendance physiologique (tolérance, sevrage, ...) mais bien comme un **syndrome psycho comportemental**, une compulsion à consommer, une «**appétence morbide**»

Il était explicitement question d'un **trouble psychique**, **nécessairement articulé avec d'autres troubles mentaux** (comme dans la théorie de la dégénérescence), soit secondaire à d'autres troubles mentaux (comme dans la théorie psychanalytique)

Le DSM II (2ème édition de classification américaine des troubles mentaux, APA, 1968), d'inspiration psychanalytique, n'isolait pas la dépendance comme un trouble spécifique : elle ne pouvait être relevée que comme caractéristique secondaire d'un trouble principal (trouble de la personnalité antisociale)

Brève Histoire de...

Il faudra attendre le DSM III (1980) pour que **les diagnostics d'abus et de dépendance s'autonomisent** et deviennent des diagnostics spécifiques (mais toujours dans le cadre général des troubles psychiques)

Ce n'est donc que très récemment que le concept de comorbidité «addicto / psy» s'est développé. Auparavant, il ne pouvait s'agir que de caractéristiques particulières d'un trouble mental (DSM II) ou de comorbidités « psy/psy » (cela reste d'ailleurs toujours le cas du point de vue de la nosographie psychiatrique...)

Brève Histoire de...

Repères historiques en quelques dates

- ◆ 1785 : B.Rush décrit l'**intempérance** (1^{ère} formulation de l'« addiction-maladie »)
- ◆ 1845 : Bénédict Morel développe le concept de dégénérescence, concept unificateur entre troubles mentaux et addictifs qui inspirera M.Huss
- ◆ 1849 : Invention du mot « **alcoolisme** » par Magnus Huss
- ◆ 1875 : Edouard Levinstein décrit la morphinomanie et le «**craving**»
- ◆ 1916 : Conventions internationales de prohibition des stupéfiants
- ◆ 1954 : Loi sur le traitement des alcooliques dangereux

Contexte général : addictologie

- ◆ Le « coût social total » de l'alcool, tabac (respectivement, environ 118 et 122 milliards) et des drogues illicites (8,8 milliards d'euros) représente en France un total de 249 milliards d'euros.
- ◆ Le coût des drogues pour les finances publiques représente 1,1% du PIB. L'Etat paie chaque année respectivement pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites, 4,9, 14 et 2,4 milliards d'euros.
- ◆ Le tabagisme est à l'origine de 73 000 morts par an.
- ◆ 41 000 décès annuels sont attribuables à l'alcool.

USAGES & DEPENDANCES

La dépendance...

Dépendance

« Rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre » (Robert)

Dépendant

Qui dépend de quelqu'un ou de quelque chose

Dépendre

(1160), du latin *dependere*, « pendre de... », d'où
« se rattacher à... »

Dépendance

Au sens « psychopathologique », la dépendance se caractérise par

son intensité,
l'urgence du besoin de satisfaction,
l'impossibilité de s'y soustraire

Dépendance

C'est avec la toxicomanie que ce concept de dépendance a été pertinent pour rendre compte de la nature du lien entre le « toxicomane » et l'objet de sa toxicomanie

Il s'agit d'une histoire à 3 :

Le « dépendant »

Le « pourvoyeur »₁

ou celui dont le premier dépend : la drogue ou autre chose

La « chose »₁

qui permet de (re)trouver un équilibre

Dépendance

La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin

Il sera instructif de (se) poser les questions :

- qui est dépendant,
- de qui, de quoi
- et pourquoi ?

Dépendance

Ainsi :

- On est dépendant parce qu'on le croit
- Le dépendant est celui qui croit en l'efficacité du pourvoyeur : on est amoureux tant que l'on se croit amoureux ; l'alcoolique est celui qui croit qu'il ne peut se passer de l'alcool

Dépendance

Il y a toujours une marge entre la demande et l'offre, entre l'espoir - qui est illimité - et la réponse, forcément relative

Il y a du « tragique » dans la dépendance : le dépendant demande toujours trop, beaucoup, et le pourvoyeur ne donne jamais assez (l'idéal devant le rester)

La dépendance est l'expression d'un manque qui cherche satisfaction

Dépendance

Dans le contexte de la dépendance, 3 mécanismes peuvent être évoqués :

(A)

- Le **PLAISIR**, lié à une excitation à caractère érotique (se faire plaisir, se montrer), avec son pendant quasiment essentiel d'ordre **MASOCHISTE** (plaisir dans et par la douleur)

(B)

- Le **NARCISSISME**, où ce qui est en cause n'est pas tant « *l'amour de soi* », mais plutôt « *l'estime de soi* ». L'objet de dépendance vient colmater une blessure, amortir le sentiment d'inefficacité et d'impuissance, renforcer l'estime de soi

(C)

- L'**APAISEMENT des TENSIONS** : le monde entier est menaçant et pour la personne dépendante c'est son être au monde, son assise narcissique qui est à sauvegarder

LA DÉPENDANCE EST TOUJOURS PSYCHIQUE

ET - ...souvent ?... parfois ?... -

PHYSIQUE

C'est par rapport à la dépendance que nous pouvons également parler de :

- ACCOUTUMANCE

- TOLÉRANCE

- SYNDROME D'ABSTINENCE

LOI de l'EFFET : substance / individu / contexte

Substance

- Disponibilité des produits
- Mode d'administration
- Durée, fréquence d'utilisation
- Quantité absorbée
- Pureté ou adultération
- Interaction des substances
- Propriétés pharmacologiques

Individu

- Facteurs biologiques (sexe, poids, hérédité...)
 - Facteurs physiques (santé, âge...)
- Facteurs psychiques et de développement
 - Attitudes et attentes envers le produit
- Sphère de la vie vs. satisfaction / frustration
 - Facteurs de personnalité
 - Estime de soi, abus, solitude
- Capacité d'adaptation, relations

Dépendance

Résultante de l'interaction
entre
SUBSTANCE / INDIVIDU / CONTEXTE
Rapport

que la personne entretient avec la substance
et fonction que la substance
occupe dans la vie
de la personne

Contexte Socioculturel

- Facteurs culturels et ethniques vs. coutumes
 - Milieu familial, communication, violence
- Milieu social (amis, occasions, difficultés scolaires)
 - Situation financière difficile ou aisée
 - Accessibilité des produits

...DEPENDANCES...

- **Plusieurs PRODUITS**
- **Plusieurs COMPORTEMENTS** (*la façon d'utiliser le produit*)
- **Plusieurs PERSONNALITÉS** (*le sujet qui utilise un produit / comportement*)
- **Plusieurs SITUATIONS SOCIALES** (*avant, pendant et après le comportement de dépendance, avec des liens plus ou moins directs avec celle-ci*)

...DEPENDANCES...

*« On ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate, mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur. On sait bien qu'à l'aide du « **briseur de soucis** », l'on peut à chaque instant se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité ».*

Sigmund FREUD,

Malaise dans la civilisation, 1930

USAGES & DEPENDANCES

Les Addictions...

Les Addictions...

La 1^{ère} définition de l'addiction a été introduite par le psychiatre américain Aviel Goodman en **1990** : il établit plusieurs critères communs aux addictions et aux comportements addictifs

Il décrit l'addiction comme « *un processus selon lequel un comportement, qui peut avoir la fonction à la fois de produire du plaisir mais aussi d'échapper à une sensation de malaise interne, est employé dans un schéma caractérisé à la fois par un échec récurrent de tentative de contrôle du comportement et une poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* ».

L'addiction est une synthèse de la dépendance et de la compulsion

Les Addictions...

L'addiction peut donc être définie comme étant **l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives**

Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne

Les usages peuvent être de différentes intensités, allant **de la consommation modérée (comportement addictif) à l'addiction sévère**

L'étude des facteurs de risque occupe une place fondamentale dans la compréhension de l'addiction : l'addiction doit être placée dans un contexte, comme étant **la résultante de l'interaction entre plusieurs facteurs, à savoir le produit, le sujet et l'environnement**

Les Addictions...

ADDICTION est un terme répandu, mais il ne concerne que la dépendance, stade ultime de la consommation de substances psychoactives

Les **PRATIQUES ADDICTIVES**, quant à elles, regroupent l'usage nocif et la dépendance

Les Addictions...

Les risques et dommages liés aux conduites addictives :

Somatiques : blessures, accidents, intoxications, transmission de maladies infectieuses, atteintes à l'organisme (peau, système cardiovasculaire, pulmonaire, foie, ...), surdose, dépendance à la substance

Psychiatrique : troubles anxieux, troubles dépressifs, de l'humeur, psychoses, conduites suicidaires

Social : stigmatisation, exclusion social (logement, emploi, ...), isolement social et relationnel, conséquences judiciaires de l'usage de substances illicites, atteintes aux personnes et aux biens (violence, accidents, engagement dans des activités frauduleuses, ...)

Cela dépend de la fréquence et de l'intensité des conduites, des produits consommés et de leur association, des voies d'administration, du contexte de consommation et des caractéristiques individuelles

Les Addictions...

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie (A.P.A.), le terme de dépendance a été remplacé par celui **de trouble de l'usage d'une substance** (DSM-5, 2015) qui est caractérisé par les symptômes suivants (deux au moins, pendant au moins un an, sont nécessaires pour porter le diagnostic) :

1. **Usage** récurrent d'une substance avec pour conséquence des difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales (par ex. : absences répétées, diminution des performances au travail, négligence parentale ou négligence de l'entretien du domicile)
2. **Usage** récurrent de la substance avec pour conséquence une mise en danger physique du sujet (conduite automobile, utilisation de machines, etc.)
3. **Persistance** de l'usage de la substance en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents ou continus, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool
4. **Tolérance**, définie par l'un des deux critères suivants : - un besoin manifeste d'augmenter les quantités de la substance pour atteindre un état d'intoxication ou l'effet désiré ; - une diminution manifeste de l'effet produit en cas d'usage continu de la même quantité de la substance
5. **Signes de sevrage**, définis par l'un des deux critères suivants : - présence de signes de sevrage concernant la substance lors de l'arrêt ; - si forte diminution de celle-ci, elle est consommée pour éviter ou stopper des signes de sevrages

Les Addictions...

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie (A.P.A.), le terme de dépendance a été remplacé par celui de **trouble de l'usage d'une substance** (DSM-5) qui est caractérisé par les symptômes suivants (deux au moins, pendant au moins un an, sont nécessaires pour porter le diagnostic) :

6. **La substance** est consommée en plus grande quantité ou sur une période de temps plus longue que ce qui était envisagé
7. **Il existe un désir persistant** ou bien des efforts infructueux du sujet pour arrêter ou contrôler sa consommation de la substance
8. **Un temps important est consacré** par le sujet à des activités visant à se procurer de la substance, à la consommer, ou à récupérer des effets de la consommation
9. **Des activités importantes** sur le plan professionnel, personnel, ou bien récréatif sont abandonnées au profit de la consommation de la substance
10. **L'usage de la substance reste identique** en dépit du constat ou de la connaissance de répercussions négatives liées à la consommation
11. **Le « craving »**, ou l'envie importante ou compulsive de consommer de la substance.

Les Addictions...

1. Incapacité de remplir des obligations importantes
2. Usage lorsque physiquement dangereux
3. Problèmes interpersonnels ou sociaux
4. Continuer malgré dommage physique ou psychique
5. Perte de contrôle sur quantité et temps dédié
6. Désir ou efforts persistants pour diminuer

**Signes pertes
de contrôle**

7. Tolérance
8. Sevrage
9. « Craving », désir impérieux

Signes physiques

10. Beaucoup de temps consacré
11. Activités réduites au profit de la consommation

Focalisation

Les addictions...

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie (A.P.A.), le terme de dépendance a été remplacé par celui de **trouble de l'usage d'une substance** (DSM-5) qui est caractérisé par les symptômes suivants (deux au moins, pendant au moins un an, sont nécessaires pour porter le diagnostic) :

C'est un diagnostic dimensionnel (gradué) :

- Présence de 2 à 3 critères : le trouble de l'usage de substance (**T.U.S.**) est quantifié de « léger »
 - Présence de 4 à 5 critères : T.U.S. « modérée »
 - Présence de 6 critères ou plus : T.U.S. « sévère »
- ; on parle alors d'**addiction**

Les Addictions...

Les addictions recouvrent à la fois les **addictions aux substances psychoactives** et les « **addictions comportementales** », sans substances psychoactives (jeu pathologique, troubles des conduites alimentaires, comportements compulsifs répétés - type achats compulsifs, cyberaddiction, addiction sexuelle, au sport, au travail, etc. -)

Un des intérêts de recourir au mot « addiction », est de **relativiser la place des produits dans les dépendances**, en faisant une place importante aux « toxicomanies sans drogues », aussi appelées « **addictions comportementales** »

Les Addictions...

2 grandes familles d'addiction :

- celles organisées autour de la **recherche de sensations**, de l'impulsivité, de la quête du danger
- celles centrées sur **l'évitement des sensations**, la maîtrise « pathologique » de soi, l'absence du goût du risque physique

Les Addictions...

Deux façons d'être dépendant pour chaque type d'addiction :

- forme « engloutissante », passionnelle, dans laquelle l'individu s'oublie, s'efface au profit de l'objet de la passion (folie amoureuse du coup de foudre, vie « à plein temps » de l'héroïnomane, frénésie du jeu des « accros » aux machines à sous, ...)
- forme « sournoise », lentement installée (alcoolisme d'habitude, dépendance au tabac et médicaments, co-dépendance dans un couple constitué depuis des années, ...)

Les Addictions...

- 1) Défense comportementale
(passage à l'acte)
- 2) Utilisation du corps

TOUTE PUISSANCE / DEPRESSION

USAGES & DEPENDANCES

Troubles des Comportements Alimentaires (T.C.A.)

**S'alimenter est un acte physiologique,
psychologique et culturel**

**Nous mangeons pour combler les besoins
énergétiques et nutritionnels de notre organisme**

mais aussi

**pour nous réconforter, nous faire plaisir et
partager ensemble un moment privilégié**

L'alimentation est :

- **Une fonction vitale qui apporte les éléments nutritionnels indispensables à une bonne santé, en quantité et en qualité**
- **« Bonne santé » à entendre également du point de vue psychologique, affectif et social**
- **Nécessitant un équilibre entre exigences personnelles, culturelles et métaboliques**
- **Pratique sociale, familiale et culturelle, permettant à la personne d'occuper une place dans son environnement**

La complexité de ces éléments explique :

- La diversité des facteurs à l'origine des TCA
- La continuité entre préoccupations alimentaires sans lendemain et troubles pathologiques
- La variété des modes d'expression d'une souffrance psychologique dans des conduites diverses touchant les besoins fondamentaux, nos « dépendances » (alimentation, sommeil, ...)

Se définissent comme

des perturbations importantes et durables de la prise alimentaire, le plus souvent en association avec d'autres comportements pathologiques

Les limites entre comportement normal et pathologique se font - en tenant compte du relativisme culturel - sur le degré de perturbation des conduites, leurs conséquences sur le plan somatique, l'altération de l'état psychologique, l'altération des relations sociales

Définition dans le DSM-V : HYPERPHAGIE

Dans la dernière version du DSM-5 publiée par l'American Psychiatric Association, en 2013, l'**hyperphagie boulimique (binge eating disorder)** est officiellement devenue un TCA à part entière (le changement entre le DSM-IV-TR et le DSM-V vient de la fréquence des troubles, passée de 2 fois par semaine pendant 3 mois à 1 fois par semaine pendant 3 mois)

Voici les 5 critères diagnostiques de ce trouble :

A. Survenue récurrente de crise de boulimie (binge eating), répondant aux deux caractéristiques suivantes :

1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise de boulimie (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

Définition de l'HYPERPHAGIE dans le DSM-V

B. Les épisodes de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) :

1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
2. Manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein.
3. Manger de grandes quantités de nourritures en l'absence d'une sensation physique de faim.
4. Manger seul(e) parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, 1 fois / semaine depuis 3 mois.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie.

Définition de l'HYPERPHAGIE dans le DSM-V

Le **niveau de gravité** peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.

Léger : 1-3 accès hyperphagiques par semaine.

Moyen : 4-7 accès hyperphagiques par semaine.

Grave : 8-13 accès hyperphagiques par semaine.

Extrême : ≥ 14 accès hyperphagiques par semaine.

Le **grignotage** continu de petites quantités d'aliments toute la journée n'est pas considéré comme de l'hyperphagie boulimique.

Le profil psychologique

de ces patients est souvent caractérisé par une diminution de l'estime de soi, une certaine impulsivité, de l'hostilité, des phobies, une insatisfaction globale de la vie, des troubles de la personnalité de type *borderline*

La survenue d'une hyperphagie boulimique peut être induite par des restrictions alimentaires récurrentes, une insatisfaction corporelle, des affects négatifs et des questionnements répétitifs

COMORBIDITES

Les personnes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique présentent plus souvent des troubles dépressifs, des troubles anxieux et des troubles liés à l'usage de substances

Le fait de présenter ces critères à l'adolescence augmente le risque de dépression, de troubles anxieux et d'obésité à l'âge adulte

Le risque suicidaire est très élevé chez les personnes souffrant de boulimie : de 7 à 31 fois plus fréquent qu'en population générale. 23% des décès seraient dus à un suicide

Un diagnostic de

Trouble des Conduites Alimentaires

**relève à la fois d'une perturbation du
comportement alimentaire et de troubles
psychologiques**

SIGNES COMPORTEMENTAUX

- **Tendance à se mettre constamment au régime**
- **Accès hyperphagiques**
- **Vomissements, abus de laxatifs ou exercice physique excessif**
- **Établissement de listes d'aliments « bons » et « mauvais », changement de préférences alimentaires**
- **Adoption de rituels ou d'autres comportements se rapportant à la préparation et à la consommation des aliments**
- **Tendance à inventer des prétextes pour éviter les repas**
- **Grande préoccupation pour la forme de son corps et son poids**

SIGNES COMPORTEMENTAUX

- **Comportement obsessionnel d'examen du corps**
- **Retrait social ou isolement de ses amis, surtout quand il s'agit d'occasions où de la nourriture est servie**
- **Changement de style vestimentaire, comme le port de vêtements amples**
- **Ingestion très lente des aliments ou déni continuuel de la sensation de faim**

SIGNES PHYSIQUES

- **Perte ou changement de poids soudain ou rapide**
- **Sensibilité au froid**
- **Arrêt ou perturbation de la menstruation**
- **Signes de vomissement fréquents**
- **Evanouissements, étourdissements ou fatigue**

SIGNES PSYCHOLOGIQUES

- **Préoccupation accrue à l'égard de la forme, du poids et de l'apparence du corps**
- **Peur intense de prendre du poids**
- **Préoccupation constante pour les aliments ou les activités liées à l'alimentation**
- **Mécontentement extrême au sujet de son corps, ou image corporelle négative**
- **Distorsion de l'image corporelle**
- **Susceptibilité accrue aux commentaires ou aux critiques sur son apparence, son poids, ses habitudes alimentaires ou son activité physique**
- **Anxiété accrue à l'heure des repas**

SIGNES PSYCHOLOGIQUES

- **Dépression, anxiété, humeur instable, irritabilité ou faible estime de soi**
- **Tendance à tout voir en noir et blanc**
- **Impression de perdre le contrôle de sa vie et d'être incapable de maîtriser ses comportements alimentaires**
- **Peur d'assumer les responsabilités d'un adulte**

Éléments de compréhension du fonctionnement psychologique chez le patient obèse

Souvent caractérisé par :

- **une diminution de l'estime de soi**
- **une insatisfaction globale de la vie,**
- **Impulsivité**
- **phobies**
- **hostilité**

Souvent, l'association obésité / troubles de la conduite alimentaire comporte la présence de troubles psychique (dépression, anxiété, troubles bipolaires)

Éléments de compréhension du fonctionnement psychologique chez le patient obèse

Diverses études mettent en évidence une corrélation entre l'obésité et la symptomatologie dépressive, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes

Le changement de l'image corporelle joue un rôle important dans l'apparition des symptômes d'anxiété (d'ailleurs, la perte de poids peut l'augmenter lorsque l'excès de poids est utilisé comme protection)

L'anxiété semble être plus importante chez les individus les plus jeunes ; pour les personnes âgées, leur apparence physique n'est plus un élément de préoccupation sociale

**Éléments de compréhension du fonctionnement
psychologique chez le patient obèse**

**La personne souffrant d'obésité aurait des
difficultés d'expression de ses émotions ; elle en
serait incapable**

**Elle serait opératoire, factuelle, concrète, plutôt
que dans l'introspection et la rêverie**

**Éléments de compréhension du fonctionnement
psychologique chez le patient obèse**

**Ainsi que dans toutes les addictions, l'obésité -
en tant que TCA - comporte des déterminants
multiples : médicaux, environnementaux et
psychologiques**

IMPLICATIONS PRATIQUES

- **$\frac{3}{4}$ des patients obèses ayant un trouble du comportement alimentaire présentent un trouble dépressif et/ou anxieux associé à des problèmes d'affirmation de soi**
- **Ces dysfonctionnements psychologiques sont souvent à l'origine de l'échec du traitement de l'excès pondéral, car responsable du cercle vicieux : restrictions / frustration / compensation / réduction de l'estime de soi / culpabilité**
- **Avant d'envisager une perte pondérale, il est indispensable d'évaluer et, éventuellement, prendre en charge les dysfonctionnements psychologiques associés aux troubles du comportement alimentaire, afin d'augmenter le taux de réussite du traitement de l'obésité**

SOINS et ACCOMPAGNEMENT

- **Suivi somatique**
- **Suivi psychiatrique**
- **Suivi nutritionnel**
- **Prise en charge familiale**
- **Psychothérapie**

Avec des interventions en ville et / ou hospitalières

SOINS et ACCOMPAGNEMENT

Nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire

Dans un certain nombre de cas, le patient est dans une phase de déni de ses troubles de la conduite alimentaire, et sa demande de perte pondérale demeure prioritaire : travail de conscience (approche motivationnelle) à envisager d'une façon spécifique et adaptée

SOINS et ACCOMPAGNEMENT

Nécessaire de définir les priorités dans la prise en charge complexe de ces patients :

- un patient atteint d'une dépression, d'un trouble du comportement alimentaire et d'une obésité, n'est pas accessible, dans l'immédiat, à une restriction alimentaire ; risque d'aggraver la dépression...

CONCLUSIONS

- **Liens importants entre TCA, addictions et souffrance psychique (psychiatrique)**
- **Sensibilisation et discours préventif généralisé**
- **Rôle essentiel des diététiciens / APA / psychologues, dans des approches conjointes, coordonnées, séquentielles ; pluridisciplinaires et concertées.
Approches intégrées**
- **Approche psychothérapeutique et éducative (travail sur les croyances, les attitudes, les stratégies d'adaptation, les émotions, ...)**

ADRESSES

- **Centres de Soins TCA**
Annuaire national disponible sur le site de la Fédération Française Anorexie Boulimie (F.F.A.B.) – www.ffab.fr
- **Les C.M.P. (Centre Médico-Psychologique)**
- **Les C.S.A.P.A (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)**