



TRAUMA et TCA

Endat - tca

Établissement D'aide Aux Troubles des Conduites
Alimentaires



Ce document a été réalisé par Mme Lydie THIERY - Psychologue clinicienne Hôpital Forcilles - Fondation Cognacq-Jay - Présidente d'ENDAT-TCA et Mme Cécile SERON - Diététicienne Cadre de santé Hôpital Forcilles - Fondation Cognacq-Jay - Coordinatrice ETP - ENDAT-TCA pour la rencontre Paris Diabète du 18 octobre 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



PLAN

- Les Chiffres Trauma/TCA
 - Constat
- Dépistage et accompagnement



les chiffres trauma/TCA

Les études scientifiques ont montrées:

- que **les troubles psychotraumatiques** (ESPT) sont fréquemment associés à des troubles compulsifs alimentaires (TCA) : **anorexie, boulimie et hyperphagie boulimique** (Vierling, 2015) ;
- que **les troubles psychotraumatiques** (ESPT) augmentaient le risque **d'obésité**, particulièrement chez **les femmes et les enfants** ayant subi des violences (Kubzansky LD, 2014, Masodkar, 2016) ;
- que les expériences négatives de l'enfance (**ACE Adverse Childhood Experience**), sont un facteur de risque majeur de présenter **une obésité et des troubles compulsifs alimentaires** à l'âge adulte, elles sont retrouvées dans **70% des cas d'obésité** (études épidémiologiques de Felitti et Anda, 1998);
- que les psychotraumatismes sont extrêmement fréquents chez les hommes et chez les femmes **présentant un BED**. (Perrin & all, 2016).



les chiffres trauma/TCA

- que **toutes les violences** subies dans l'enfance (violences physiques, sexuelles et psychologiques) sont fortement associées à des **troubles compulsifs alimentaires** tout au long de la vie avec des Odds Ratios supérieurs à 3, **les violences sexuelles** étant plus spécifiquement associées à **la boulimie et à l'hyperphagie boulimique** (Caslini, 2016) ;
- que plus de **30%** des victimes de violences sexuelles présentent des troubles des conduites alimentaires (IVSEA, 2015).
- que les TCA surviennent chez de nombreuses personnes **en amnésie** et qu'il ne peut y avoir de guérison sans accompagnement de levée d'amnésie.
- que les traumatismes précoces **affectent l'intégrité des structures cérébrales** qui jouent un rôle fondamental dans la psychopathologie des TCA (Monteleone, 2017)
- **le diabète de type 2** est une pathologie surreprésentée chez les personnes victimes de violences sexuelles (groupe de travail SVS dr V.GUERIN)



Constat

Les troubles des conduites alimentaires font donc partie des conséquences psychotraumatiques des violences, plus particulièrement des **violences subies dans l'enfance et des violences sexuelles**.

La plus forte prévalence des troubles compulsifs alimentaires chez **les femmes** s'explique par le fait qu'elles sont plus touchées par les violences qui sont les plus traumatisantes, **comme les violences sexuelles**.

Les troubles compulsifs alimentaires font parti **d'accès de mémoire traumatique** ou de **stratégies de survie** pour échapper au symptôme principal du psychotraumatisme : **la mémoire traumatique** qui, en faisant revivre à l'identique les pires moment des violences avec les mêmes détresses, terreurs, sensations et souffrances, est une véritable torture.



Définitions

Définition Du Traumatisme:

Phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes lié à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'une personne qui y est exposée comme victime, comme témoin ou comme acteur (L. Crocq).

Définition du Psycho-traumatisme:

Personne ayant vécu un ou plusieurs évènements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes ou proches, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s).



Stratégies de survie

→ La mémoire traumatique et la dissociation sont responsables de toutes les conséquences médicales (somatiques et psychologiques) les plus sévères les plus chroniques et les plus handicapantes

Les stratégies de survie sont de deux sortes :

- des conduites **d'évitement et de contrôle**
- des conduites **dissociantes anesthésiantes** : conduites addictives et à risque, et des mises en danger

On retrouve ces deux sortes de stratégies de survie dans les TCA :

->Les symptômes des EDs sont des défenses majeures érigées pour empêcher les gens d'éprouver et d'examiner certains sentiments, pensées, conflits et fantasmes (Bloom, Gitter, Gutwill, Kogel et Zaphiropoulos, 1994).



Stratégies de survies

- des conduites **d'évitement et de contrôle:**

Pour éviter que cette mémoire traumatique ne se déclenche, les victimes mettent en place des conduites d'évitement, des conduites de contrôle et une hypervigilance :

Des conduites d'évitement et de contrôle pour éviter toutes les situations, toutes les sensations, toutes les émotions susceptibles de rappeler les violences et de déclencher la mémoire traumatique. Elles sont à l'origine d'un retrait social et affectif, de phobies, d'obsessions, de peur de tout changement, d'intolérance au stress, de troubles du sommeil et de troubles cognitifs



Stratégies de survie

Les conduites **d'évitement et de contrôle**:

Exemple dans les TCA:

- **sous forme d'anorexie/boulimie:**

- une restriction alimentaire pour éviter de prendre du poids par rapport à des violences psychologiques et verbales concernant l'aspect physique «tu n'es qu'une grosse vache»...
- Eviter certains aliments textures goûts formes pouvant rappeler des violences sexuelles.

- **Sous Forme d'hyperphagie:**

- Eviter de ressentir la faim dans le cadre de privation alimentaire
- Prendre du poids pour avoir un corps qui ne soit pas «désirable» et pour se sentir imposante, impossible à attraper, à soulever ou à immobiliser.



Stratégies de survie

- des conduites **dissociantes anesthésiantes** :

Quand, malgré les conduites de contrôle et d'évitement la mémoire traumatique se déclenche et envahit le psychisme de la victime, elle réentraîne la même sidération, la même détresse, le même état de stress dépassé, le même risque vital.

- soit la disjonction se fait spontanément et une dissociation et une anesthésie émotionnelle et physique s'installe;
- soit la disjonction spontanée ne peut pas se faire en raison de phénomènes de tolérance et d'accoutumance aux drogues du cerveau et un auto-traitement se met alors en place pour obtenir une disjonction provoquée avec des conduites dissociantes.



Stratégies de survie

Les conduites **dissociantes anesthésiantes** :

- Exemple dans les TCA:
- **sous forme d'anorexie:**
 - la reviviscence d'une situation de privation alimentaire
 - La recherche liée à la confusion mentale associée à la dénutrition rappelant l'état de choc traumatique.
- **Sous Forme d'hyperphagie:**
- **Sous forme de boulimie:**
 - La reviviscence d'une situation de forçage alimentaire
 - Ou la reviviscence de violences sexuelles orales
 - avec une recherche de situation de stress physiologique avec une augmentation brutale de la glycémie qui va déclencher une disjonction avec une anesthésie émotionnelle qui permet d'être soulagé momentanément.



Dépistage

Pourquoi dépister systématiquement une problématique traumatique sous-jacente?

- la prise en charge des psychotraumatismes est nécessaire pour **faire régresser** les troubles compulsifs alimentaires et **éviter** d'autres violences.
- la reconnaissance des violences subies et de leur impact psychotraumatique dans la genèse des troubles compulsifs alimentaires **est déculpabilisante et libératrice** pour les victimes, elle leur rend justice, leur permet de **mieux se comprendre et de faire des liens** qui vont les aider à évoluer avec leurs troubles, elle est **thérapeutique en soi**.



Dépistage

Par qui et Comment Dépister?

Qui?

Tous professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux....) ayant à intervenir auprès d'un public souffrant de TCA et/ou d'obésité.

Comment?

Le plus simple est de poser directement la question au patient.

Il existe aussi des questionnaires sur les événements de vie à potentiel traumatique qui permettent de ne pas l'évoquer frontalement mais bien souvent c'est un soulagement pour le patient de pouvoir l'évoquer et cela permet aussi de remettre de l'importance dans une problématique très souvent minimisée notamment par le silence qui l'entoure.

- L'un des grands groupes de symptôme de l'ESPT est l'évitement le patient n'en parle pas de lui-même.
- Les professionnels sont mal à l'aise avec la question des traumatismes et n'interrogent pas
- Les professionnels ont peur d'une levée de l'amnésie traumatique et/ou d'une situation d'urgence psychique



Dépistage En 5 Etapes

- **Première étape poser la question!**

→ Voici un exemple de question qui peut être posée lors d'une anamnèse, d'un premier entretien de situation:

Avez-vous déjà vécu des événements potentiellement traumatiques? J'appelle traumatisme tout événement violent que vous auriez pu subir en tant que victime ou témoin: grave accident de la route ou autres, Violences physiques, verbales, sexuelles, harcèlement scolaire, morale terrorisme, violences conjugales chez vos parents ou dans votre couple etc...

- **Deuxième étape:** Accueillir la parole et les émotions du patient (*merci d'avoir partagé cela avec moi...*)
- **Troisième étape:** signifier l'importance de ces vécus, reconnaître la souffrance et le statut de victime (*je vois que c'est difficile pour vous d'en parler je comprends cela n'a pas du être facile à vivre...*)
- **Quatrième étape:** faire le lien potentiel entre la problématique TCA et le vécu traumatique (*avez-vous déjà pensé que ce que vous vivez actuellement pourrait avoir un lien avec ce vécu difficile..*)
- **Cinquième étape:** Signifier si on est ou n'est pas la bonne personne pour prendre en charge la question traumatique et enfin accompagner le patient vers une offre adaptée.



Accompagnement

Comment accompagner?

- Soi-même:

→ je suis un **professionnel de la santé psychique** formé à la **prise en charge** des psychotraumatismes et je suis formé à au moins **un outil de traitement** des psychotraumatismes.

- Beaucoup trop de patient en thérapie depuis 14 ans sans évocation du passé traumatique
- Beaucoup de dérive dans l'utilisation de certains outils thérapeutiques avec pour un résultat l'augmentation des symptômes du PTSD et de ses conséquences...
- Beaucoup de patients dans un nomadisme de prise en charge multipliant les lieux de soin avec énormément de drop out.



Accompagnement

Comment accompagner?

- L'Orientation:
- **je ne suis pas un professionnel** pouvant prendre en charge les psychotraumatismes:
 - **Je le signifie** au patient: (*ce n'est pas moi qui vais vous accompagner sur le sujet mais il est important que vous soyez bien accompagné pour travailler sur cette situation douloureuse*)
 - **J'appuie sur la nécessité** d'être accompagné: (*si nous voulons faire avancer votre problématique TCA il y a de grande chance que vous ayez besoin d'un accompagnement sur les traumatismes que vous avez vécu*).
 - **Expliquer le lien TCA/Trauma** (Quid de la formation)
 - **Orienter vers une liste de centres de services et/ou de praticiens prenant en charge les traumas:** (tenir compte des revenus du patients (hôpitaux ou libéral), avoir une liste à jour, faire un courrier d'orientation vers la structure pour maintenir un lien et une coordination.



Urgence psychique

Il est important de se former à la prise en charge des situations d'urgence psychique:

- Evaluation du risque suicidaire et prise en charge d'une crise suicidaire
- Levée d'amnésie traumatique « La crise »
- Décompensation...

Quelles formations?

- Protocole 6C (premier secours psychologiques)
- Protocole de formation de premier secours en santé mentale
- Formation à la prise en charge des crises suicidaire



2^e partie: l'alimentation comme stratégie de survie

Définition des Troubles des Conduites Alimentaires:

Les troubles des conduites alimentaires se caractérisent par des perturbations graves du **comportement alimentaire** : des conduites différentes de celles habituellement adoptées par les personnes vivant dans le même environnement, et occasionnant une souffrance psychique et/ou somatique.

Contrairement aux troubles liés à l'alimentation (par exemple les allergies alimentaires), dans les TCA, ce ne sont pas les aliments qui sont à l'origine du trouble mais des **conduites problématiques et envahissantes vis à vis de l'alimentation de l'image du corps et du poids**.



Définition des Troubles des Conduites Alimentaires:

Ils peuvent être complexes et sévères et affectent généralement l'ensemble des différentes **sphères de la vie de l'individu** qui en souffre.

Ils **sont évolutifs** dans le temps et classifiés dans les **maladies chroniques**.

Les TCA touchent tous les âges mais il se rencontrent sous des formes différentes du nourrisson à la personne âgée, c'est en général entre 15 et 35 ans que l'on retrouve la majorité des cas TCA.



Rappel sur les différents TCA


L'anorexie mentale restrictive

Définition clinique:

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins aboutissant à un poids significativement trop faible compte-tenu de l'âge, du sexe et du stade de développement

- B. Peur intense de prendre du poids ou devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale, ou persistance de comportements venant interférer avec la prise de poids même en présence d'un poids bas

- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle



Les stratégies de contrôle portant notamment sur l'alimentation, celle-ci ne peut servir de substrat pour « s'anesthésier ».

En effet, les patientes essaient de contenir les pensées obsédantes sur leur alimentation et leur corps par un contrôle excessif de leur alimentation (rejet de certaines catégories d'aliment, tri, comptage, ...) et très souvent une hyperactivité physique (qui aide, elle, à l'anesthésie émotionnelle).

Ce couple restriction / activité physique intense conduit rapidement les patientes à avoir du mal à identifier / ressentir leurs émotions (leur corps de façon plus large) mais également à pouvoir avoir accès à une pensée « efficace » (en lien avec la dénutrition).

Un des aspects de la PEC sera avant tout d'avoir de réduire l'hyperactivité physique et corriger la dénutrition pour que le travail psychique puisse débuter (ce qui entraîne des angoisses très importantes).



La boulimie

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA CIM-10

- ✓ Episodes répétés de « binge » (>2 x/sem pdt 3 mois) avec consommation rapide de quantités importantes d'aliments en temps limité.
- ✓ Préoccupation persistante par le fait de manger, associée à un désir/besoin irrésistible
- ✓ Essai de neutraliser la prise de poids par au moins 1 des comportements suivants : vomissements, laxatifs, jeûne, coupe-faim, h. thyroïdiennes, diurétiques, omission insuline...
- ✓ Perception de soi comme trop grosse, peur intense de grossir



LA CRISE DE BOULIMIE

-Episode de surconsommation alimentaire impulsif et incontrôlable, au cours duquel une grande quantité de nourriture est ingérée de façon frénétique, en général en cachette, en un temps limité.

-Accès brutal, où la notion de plaisir lié aux qualités gustative des aliments est pervertie, voire absente, remplacée par une envie globale de remplissage.

- Soit de façon impulsive, ce qui tombe sous la main, dans la hâte, non cuisiné (conserves non réchauffées...)

-Soit préméditée, après préparation méthodique dans le calme de la solitude, devant TV ou magazine, aliments choisis (souvent ritualisée)

-Nombre de Calories ingérées : 3500 en moyenne jusqu'à 15 000 (RUSSEL, 1979)



LA CRISE DE BOULIMIE

-Les aliments « gâchettes » :

l'ingestion d'aliments interdits suscite angoisse et culpabilité qui déclenche une crise de boulimie par fonctionnement en tout ou rien (« au point où j'en suis... »)

Contrainte d'évitement d'aliments indispensables et donc malnutrition chronique

-Circonstances de survenue des crises :

Souvent le soir et au domicile, ou lors du retour chez parents le week-end

Exposition aux aliments interdits

Etats physiologiques (hypoglycémie, nausées...)

Contrariétés, confrontation au stress, anxiété sociale, sentimentale

Emotions fortes (joies, succès...)

Ennui



LA FIN DE LA CRISE:

- Epuisement des aliments
- Sensation d'étouffement, de douleurs abdominales
- Endormissement
- Vomissements spontanés
- Intervention extérieure

APRES LA CRISE:

Comportements de compensation :

- ✓ vomissements provoqués, laxatifs ou lavements diurétiques, sirop émétisant, hormones thyroïdiennes, coupe-faim
- ✓abus de cigarettes, café, (ecstasy, cocaïne)
- ✓chewing-gum, boisson en abondance...



APRES LA CRISE:

Affects dépressifs, remords, honte, culpabilité, désespoir, voire idées suicidaires à distance variable de la crise

Restriction alimentaire entre les crises, soit consciente et délibérée - pour prévenir prise de poids, pour se punir, pour une illusion de maîtrise - soit par méconnaissance des besoins réels

Exercice physique de compensation: entraînement pluri-hebdomadaire, voire pluriquotidien sans logique de compétition solitaire (natation, jogging...)



Le lien particulier entre le diabète et les TCA

L'apparition d'une maladie chronique a des répercussions psychologiques:

- ✓ L'annonce initiale: trauma
- ✓ Process: déni, révolte, négociation, réflexion, acceptation de la maladie chronique
- ✓ Estime de soi
- ✓ L'image du corps
- ✓ Éléments de souffrance psychique: anxiété, dépression



Le lien particulier entre le diabète et les TCA

Il existe une prévalence plus élevée chez les patients atteints de DT1 de conduites alimentaires déviantes ou de troubles du comportement alimentaire (TCA): 10 à 12%

La préoccupation corporelle et l'insatisfaction corporelles (notamment à l'adolescence) favorisent ces problématiques alimentaires (peur de grossir sous insuline, valorisation de la perte de poids avant la découverte du diabète, ...)

Chez les patients atteints de diabète de type 1, les stratégies de contrôle du poids passent très souvent par l'omission des injections d'insuline.



Le lien particulier entre le diabète et les TCA

Les crises de boulimie peuvent être déclenchées :

- soit par des hypoglycémies: malaise, sensation de faim, peur panique de manquer, de mourir...frénésies alimentaires nocturnes -> Binge Eating Disorder (BED)
- soit par des hyperglycémies : sensation de faim, majoration du trouble alimentaire par dépit.

L'omission délibérée des injections d'insuline peut avoir des répercussions importantes sur la santé et les complications liées à la maladie (hyperglycémie chronique, acétonémie, augmentation de l'HbA1C, fatigue, variations pondérales importantes)



Le lien particulier entre le diabète et les TCA

Pronostic et évolution : DT1 et TCA

- ✓ La présence d'un DT1 aggrave l'évolution du TCA
- ✓ Le TCA aggrave le pronostic du DT1
- ✓ Taux de mortalité plus élevé
- ✓ Taux plus élevés de dépression chez les adolescents atteints de DT1 et d'un TCA .

Le questionnaire mSCOFF:

mSCOFF: QUESTIONNAIRE DEPISTAGE SCOFF spécifique au DIABETE

2 réponses suggèrent un TCA

OUI

NON

Vous faites vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?

Etes vous inquiet d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

Avez vous récemment perdu plus de 6 kgs en moins de trois mois ?

Vous trouvez vous trop gros(se) alors que les autres disent que vous êtes trop mince?

Diriez vous que la nourriture domine votre vie

Oubliez vous ou sous estimez vous assez souvent les doses d'insuline?

Prenez vous moins d'insuline que vous le devriez?

D'après Zuidwijk et al, Diabetes Care, 2014



Le lien particulier entre le diabète et les TCA

Diabète de type II et TCA:

- La problématique alimentaire est plutôt liée à la restriction cognitive et les croyances alimentaires
- Forte pression des médecins, des soignants et des patients eux même autour de l'alimentation
- L'alimentation reste très corrélée aux chiffres de la glycémie et de l'HbA1C
- Troubles alimentaires plutôt de l'ordre des compulsions (parfois majorées par des hypoglycémies) ou des hyperphagies.
- Place spécifique de l'Insulinothérapie Fonctionnelle dans les TCA



L'hyperphagie boulimique

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM V

A. Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

- ✓ **absorption**, en une période de temps limitée (par exemple moins de deux heures), **d'une quantité de nourriture supérieure** à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
- ✓ **sentiment d'une perte de contrôle** sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple 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).



B. Les crises de boulimie sont associées à au moins trois des caractéristiques suivantes :

- ✓ manger beaucoup plus rapidement que la normale
- ✓ manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
- ✓ manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
- ✓ manger seul car on est gêné de la quantité de nourriture absorbée
- ✓ 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 survient en moyenne au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois.
- E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (ex. vomissements, jeûne, exercice excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie.




Repérage, orientation et prise en soin

- Avant tout travail thérapeutique, il est essentiel de construire une bonne alliance thérapeutique avec les patients qui permettra de reprendre l'histoire du patient, de ses troubles, avec bienveillance, empathie et dans une écoute active.
- Dans un second temps, il est également indispensable d'identifier les causes de l'hyperphagie boulimique.
- En effet, le travail thérapeutique ne sera pas le même si on se trouve face à un patient qui utilise l'alimentation pour se couper de ses émotions douloureuses (on parle alors **d'anesthésie émotionnelle**) ou si le patient n'arrive pas à se reconforter avec l'alimentation (on parle alors de **trouble du réconfort**).



- **Anesthésie émotionnelle:** la personne va chercher à anesthésier le plus rapidement possible une douleur psychique jugée intolérable ou à la remplacer par une douleur physique jugée comme plus tolérable
- Dans ce cas, la crise permet d'atteindre l'objectif parfois sans culpabilité.
- Si la personne est empêchée de manger, elle va chercher à remplacer ce comportement par un autre assurant la même fonction.
- Les causes de l'anesthésie émotionnelle sont souvent à chercher dans des parcours de vie difficiles (et plus particulièrement dans le cas de trauma) ou chez les personnes souffrant de troubles de la personnalité.

- 
- **Le trouble du réconfort:** les nombreux régimes, les croyances alimentaires, la culpabilité à ne pas réussir à maintenir son poids après un régime, ... sont autant de facteurs qui viennent perturber la relation que l'on a avec l'alimentation et renforcer le contrôle mental.
 - On ne mange plus par plaisir, envie, .. Mais uniquement par des injonctions.
 - Cet hyper-vigilance autour de l'alimentation entre en conflit avec le plaisir que l'on ressent en mangeant
 - La crise est provoquée par la restriction cognitive et les aliments consommés pendant la crise sont souvent ceux considérés comme « mauvais » (pour le poids, la santé, ...) par la personne (aliments gras salés, sucrés).



- Dans le cas d'une **anesthésie émotionnelle**: le travail sur l'alimentation et le comportement alimentaire est inefficace voire délétère dans un premier temps.
- Dans le cas de trauma, par exemple, il est d'abord essentiel de mettre en place un suivi psychologique spécifique afin de traiter les causes et les conséquences de cet (ces) épisode (s) traumatique (s).
- Dans le cas d'un **trouble du réconfort**, le traitement de la restriction cognitive permettra d'améliorer la relation de la personne avec l'alimentation et donc de diminuer (voire supprimer) ces crises.
- Le travail en **pluridisciplinarité** (psychologique, nutritionnelle, corporelle) est souvent essentiel.



- Les TCA sont des troubles qui impactent à la fois les dimensions psychique, alimentaire et corporelle d'une personne.
- A ce titre, pour accompagner une personne en souffrant, une approche pluridisciplinaire est **NECESSAIRE et INDISPENSABLE**, travaillant à la fois sur le plan médical, psychologique, diététique et psychocorporel.



- Plusieurs études ont mis en évidence des liens entre certains TCA de l'enfant et les TCA de l'adolescent et de l'adulte. Cela souligne Une forme de continuum entre les troubles, avec une évolution des symptômes, dont certains deviennent chroniques.
- Ces études soulignent aussi que **les prises en charge précoces des TCA** peuvent empêcher la chronicisation des symptômes, ce qui rend les troubles temporaires notamment à l'adolescence ou chez le jeune adulte.
- Même sans apparition d'un TCA dans l'enfance, on observe chez les adultes souffrant de TCA des phases et des évolutions de symptômes à l'intérieur même du trouble. Notamment lorsque le TCA est dit co-morbide d'une autre pathologie (c'est à dire qu'il est présent en même temps qu'un autre trouble) et qu'il a valeur de symptôme. Le TCA peut alors disparaître en traitant la pathologie apparue en premier.



Quelles ressources dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique?

- Les praticiens du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids
- Les services de soins spécialisés dans la prise en charge de l'obésité
- Les réseaux de soin (ROMDES)
- Les associations de patients
- L'association Endat TCA

• **Quelles ressources dans la prise en charge de l'anorexie et la boulimie?**

- Le site de la FFAB – TCA
- Le réseau TCA Francilien (pour l'Ile de France)
- La ligne d'écoute:

La ligne téléphonique "**Anorexie Boulimie, Info écoute**" est à votre disposition

0810037037

Service 0,06 € / min
+ prix appel

La permanence téléphonique est assurée quatre jours par semaine, de 16h à 18h, par :

- Lundi : des psychologues
- Mardi : des associations spécialisées TCA
- Jeudi : des médecins
- Vendredi : tous les spécialistes, en alternance

- Les praticiens du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids
- L'association Endat TCA



MERCI

