

# TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES Q42

Dr Nathalie PAPET, Dr Nicolas Lafay, Dr Cyril Manzanera, Pr Jean Louis Senon

---

A - ANOREXIE .....	2
I – DEFINITION-EPIDEMIOLOGIE .....	2
II – CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE .....	2
a. Triade symptomatique .....	3
b. Symptômes du conflit mental .....	3
c. Signes somatiques .....	4
III. EXAMEN BIOLOGIQUES .....	4
a. Signes biologiques de l'anorexie mentale .....	4
b. Signes d'atteinte haute secondaire .....	5
IV. FORMES CLINIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE .....	5
a. Anorexie avec épisodes boulimiques .....	5
b. Forme réactionnelle .....	5
c. Forme chez le garçon .....	5
d. Forme pré-pubertaire .....	5
e. Forme tardive : anorexie mentale de l'adulte .....	5
V. DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL .....	6
VI. APPROCHES PSYCHOPATHOLOGIQUES .....	6
a. Caractéristiques des relations intra-familiales .....	6
b. Différentes hypothèses .....	7
VII. EVOLUTION ET PRONOSTIC .....	7
a. Mort .....	7
b. Guérison .....	7
c. Chronicisation .....	8
d. Pronostic .....	8
VIII TRAITEMENT .....	8
a. Traitement symptomatique de l'amaigrissement .....	8
b. Traitement de fond .....	9
B. BOULIMIE .....	9
I - EPIDEMIOLOGIE .....	9
II– SIGNES CLINIQUES DE BOULIMIE .....	9
a. Accès boulimique .....	10
b. Conduites boulimiques .....	10
III – DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL .....	10
VI – COMPLICATIONS, EVOLUTION, PRONOSTIC .....	11
a. L'évolution .....	11
b. Pronostic .....	11
V – APPROCHES ETIOPATHOGENIQUES .....	11
a. Théories cognitivo-comportementales .....	11
b. Théories psychanalytiques .....	12
VI – TRAITEMENT .....	12
a. Psychothérapies .....	12
b. Traitements médicamenteux .....	13

---

## A - ANOREXIE

### **I – DEFINITION-EPIDEMIOLOGIE**

L'anorexie mentale essentielle est une conduite de restriction alimentaire dont la persistance et la sévérité contraste avec l'absence apparente de troubles psychiatriques majeurs .

Elle est de connaissance ancienne, la première description sous le nom de « phtisie nerveuse » étant le fait d'un auteur du XVII<sup>e</sup> siècle, Richard Morton. Classiquement, on attribue les premières descriptions d'anorexie mentale à C. Lasègue (« Anorexia nervosa ») et W. Gull (« hysteria aepsia »). Les auteurs sont nombreux depuis 1940 ayant enrichi les hypothèses psychogénétiques : Bruch, Selvini, Kestemberg, Decobert....

Elle touche avec prédilection les adolescents entre 12 et 20 ans. Sa fréquence est en cours d'augmentation dans les pays occidentaux. Elle ne touche que les sociétés d'abondance et les classes sociales aisées.

La morbidité est de 1 à 2 % dans la population des 12-19 ans, il existe donc près de 40 000 anorexiques en France dans la population des 12-19 ans.

Dans la même population, la boulimie touche 10 fois plus de personnes : 15 à 20 %.

Le sex-ratio est de 1 homme pour 9 femmes.

L'anorexie mentale est une pathologie grave avec une mortalité importante : 5 à 9 % de décès. La mort ne survient pas dans un contexte suicidaire mais plutôt de toute puissance et de maîtrise.

### **II – CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE**

On retrouve souvent certains facteurs déclenchants avec l'installation de l'anorexie :

- ◆ Séparation avec la famille ;
- ◆ Séparation d'un membre de la fratrie avec lequel la patiente avait une relation privilégiée;
- ◆ Relation amoureuse ;
- ◆ Echec ou succès à un examen...

La triade symptomatique de l'anorexie mentale comprend :

- Anorexie
- Aménorrhée
- Amaigrissement

Sont associés les symptômes du conflit mental :

- Conduite active de restriction alimentaire
- Dymorphophobie
- Anosognosie
- Hyperactivité
- Affectivité bloquée
- Surinvestissement intellectuel

Sont également associés les signes somatiques de carence :

- Aspect cadavérique
- Trouble circulatoires
- Hypertrichose
- Altérations dentaires

## a. Triade symptomatique

Elle s'installe progressivement chez une adolescente entre 12 et 20 ans.

### 1. Anorexie

Il existe un refus volontaire de toute alimentation appelé sitiophobie. Cette conduite diffère de l'anorexie simple où il y a simplement perte ou diminution de la faim.

L'anorexie est le symptôme dominant et initial.

L'anorexie peut être totalement déniée par la patiente ou bien rationalisée : « *Je ne mange pas car je n'ai pas faim* »...

### 2. Aménorrhée

L'aménorrhée coïncide ou suit le plus souvent la restriction alimentaire. Elle précède rarement l'anorexie.

Elle est primaire ou secondaire suivant l'installation avant ou après la puberté.

### 3. Amaigrissement

L'amaigrissement est :

- Important et rapide : entre 10 et 50 % du poids normal pour l'âge, parfois plus ;
- Spectaculaire ;
- Toujours secondaire à l'altération des conduites alimentaires ;
- Souvent complété par un appoint médicamenteux : prise de laxatifs ou de diurétiques.

L'attitude de la patiente par rapport à son amaigrissement est caractéristique : banalisation ou dissimulation de cette perte (porte de nombreux vêtements amples, falsification des pesées... ).

## b. Symptômes du conflit mental

La triade symptomatique coexiste avec des signes qui reflètent le conflit psychique de l'anorexique : ensemble d'attitudes aberrantes vis à vis de la nourriture, de sa santé, perturbation de l'image du corps... La présentation de la patiente est trompeuse : agréable, intelligente ; elle nie ou minimise ses troubles ou assure qu'elle va changer.

### 1. Conduite active de restriction alimentaire

La restriction volontaire de l'alimentation est rarement reconnue d'emblée.

Elle est souvent motivée, au début, par des rationalisations : discret embonpoint, douleurs abdominales. La conduite active de restriction est dissimulée par la patiente, quelquefois masquée par un intérêt excessif pour la nourriture (fait la cuisine pour toute la famille...). Elle est parfois exhibée avec complaisance, dans un but délibérément « esthétique ».

Cette conduite se manifeste par :

- ◆ Des restrictions quantitatives et qualitatives (mange peu, sélectionne ses aliments) ;
- ◆ Des vomissements provoqués post-prandiaux ;
- ◆ Un abus de laxatifs, de lavements ou de diurétiques.

Ces conduites sont clandestines ou source d'affrontements, de mensonges, de manipulations à l'égard de la famille.

### 2. Trouble de l'image du corps : dysmorphophobie

La dysmorphophobie apparaît dans le discours de la patiente sous la forme d'une crainte, d'une peur permanente de grossir. La patiente vise un idéal de minceur, alors même qu'elle est déjà très maigre. Cette dysmorphophobie entraîne des pesées post-prandiales permanentes, des régimes hypocaloriques et des mensurations continues des « rondeurs » (tour de cuisse).

### **3. Attitude de déni à l'égard des troubles : anosognosie.**

La patiente présente une attitude de méconnaissance et d'indifférence macabre à sa maigreur. Elle ne présente aucune inquiétude pour son état de santé. Au contraire, elle éprouve un sentiment de bien-être et de force contrastant avec l'importance de sa maigreur. Cette sensation supprime les angoisses, le sentiment de vide ou de dépression.

L'anosognosie est responsable de consultations tardives, d'un retard diagnostique et thérapeutique.

### **4. Hyperactivité et surinvestissement moteur**

L'hyperactivité contraste avec l'amaigrissement et les troubles somatiques associés. La patiente pratique très souvent un sport : danse, aérobic, jogging, marche prolongée, autant de moyens de perdre des calories et de mettre à l'épreuve ses capacités de maîtrise et d'ascétisme. Les sujets méconnaissent toute sensation de fatigue, ils peuvent mourir d'épuisement.

### **5. Affectivité bloquée**

La vie sexuelle est inexistante : absence d'activité masturbatoire, absence de désir sexuel. Parfois, la sexualité est vécue sur un mode pragmatique ou automatique.

Les contacts sociaux sont réduits, mais grâce à un surinvestissement intellectuel, les patientes présentent une pseudo-adaptation sociale.

### **6. Surinvestissement intellectuel**

Le surinvestissement des tâches intellectuelles est caractéristique : boulimie de connaissances, brillants résultats scolaires. Malgré cette façade, les capacités imaginatives sont faibles, la patiente manque de la souplesse psychique nécessaire à la créativité.

## **c. Signes somatiques**

Les symptômes somatiques sont ceux d'un état carenciel :

- ◆ signes de dénutrition : aspect cadavérique :
- ◆ fonte musculaire, yeux enfoncés dans les orbites ;
- ◆ visage ridé, joues creusées, effacement des fesses, des seins ;
- ◆ phanères : cheveux ternes et secs, ongles striés, cassants ;
- ◆ oedèmes de carence (cheville, péri-orbitaires) ;
- ◆ constipation.
- ◆ Troubles circulatoires des extrémités :
- ◆ Peau violacée, froide et moite.
- ◆ Au plan cardiaque : tension artérielle basse, bradycardie par hypovolémie.
- ◆ Hypertrichose et lanugo, hypothermie constante, altérations dentaires.

## **III. EXAMEN BIOLOGIQUES**

Les examens biologiques reflètent le retentissement de la dénutrition. Au maximum apparaît un tableau de plan-hypopituitarisme secondaire.

### **a. Signes biologiques de l'anorexie mentale**

Signes de dénutrition :

- Hypoglycémie, hypoprotidémie, anémie ;
- Hypokaliémie bien tolérée (par vomissements, prise de laxatifs ou de diurétiques, carence d'apport) ;
- Anémie hypochrome, leucopénie, augmentation des lymphocytes.

## b. Signes d'atteinte haute secondaire

- Prénandiol et oestrogènes urinaires : effondrés ;
- LH : disparition du pic L.H. (profil prépubertaire) ;
- FSH : voisine de la normale ;

Déficit partiel en hormone antidiurétique.

Thyroïde : métabolisme de base diminué : syndrome de basse T3 avec T4 et TSH normales ;

- Cholestérol augmenté.

## **IV. FORMES CLINIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE**

On distingue, en fonction de caractéristiques sémiologiques ou évolutives, différentes formes cliniques d'anorexie mentale. Elles correspondent le plus souvent à des potentialités évolutives différentes.

### a. Anorexie avec épisodes boulimiques

Les épisodes boulimiques émaillent très souvent le cours de l'anorexie : 50 % des anorexiques font au moins un épisode boulimique. Le pronostic de ces formes est moins bon que les formes où l'anorexie est isolée.

### b. Forme réactionnelle

Dans cette forme, l'anorexie survient immédiatement après un traumatisme : deuil, échec, conflit important pour la patiente.

La dimension dépressive est souvent présente, beaucoup considèrent cette « anorexie mentale réactionnelle » comme un équivalent dépressif.

Le pronostic est généralement favorable, l'évolution vers la guérison se fait souvent à l'occasion d'une rencontre heureuse, d'un succès.

### c. Forme chez le garçon

L'anorexie mentale masculine est rare. Elle débute souvent en période prépubertaire. Les troubles de l'érection et de la libido sont alors des équivalents cliniques de l'aménorrhée.

L'isolement social est particulièrement marqué.

Sur le plan biologique, la testostérone est abaissée, et il existe des anomalies de l'hormone de croissance (augmentée ou diminuée).

Il n'est pas rare que le comportement anorexique du garçon s'installe dans une organisation psychopathologique plus définie telle qu'une psychose ou qu'une anorexie de la petite enfance.

### d. Forme pré-pubertaire

L'anorexie pré-pubertaire (entre 9 et 12 ans) est une forme sévère. Il y a souvent un retentissement sur la croissance avec parfois un retard staturo-pondéral irréversible.

L'aménorrhée est ici primaire.

### e. Forme tardive : anorexie mentale de l'adulte

L'anorexie mentale de l'adulte survient au-delà de 25 ans. Dans les antécédents, on retrouve fréquemment un épisode mineur réactionnel à l'adolescence, passé plus ou moins inaperçu.

La décompensation apparaît à la suite d'un événement important : mariage et/ou naissance du premier enfant, départ des enfants.

Le pronostic est mauvais, cette forme évolue souvent vers la chronicisation, vers des phobies extensives. Le fond de la personnalité est rigide parfois paranoïaque.

## **V. DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL**

Le diagnostic d'anorexie mentale est porté devant :

- La triade symptomatique ;
- Les signes spécifiques psychologiques ;
- Les signes somatiques de carences ;
- Les signes négatifs :
  - l'absence de pathologie psychiatrique patente : délire chronique non dissociatif, dépression simple, dépression mélancolique, schizophrénie, pathologie névrotique phobique, hystérique ou obsessionnelle.
  - l'absence de pathologie médicale : cancer, hémopathie, infections (tuberculose évolutive), tumeur cérébrale, syndrome démentiel, maladie de Crohn, diabète insulino-dépendant, hyperthyroïdie, maladie d'Addison.

Les différents diagnostics différentiels peuvent être éliminés en raison de l'absence des signes spécifiques de conflit psychique de l'anorexie mentale.

- ◆ L'anorexie d'origine « organique » n'est jamais accompagnée du conflit psychologique spécifique de l'anorexie mentale.
- ◆ L'anorexie d'origine dépressive est secondaire à la dépression : la perte de l'appétit y est passive.
- ◆ L'anorexie d'origine psychotique se retrouve dans certains délires paranoïaques (d'empoisonnement), la schizophrénie hébéphrénocatatonique (le refus alimentaire d'intègre alors dans le cadre du négativisme), la schizophrénie débutante (rationalisme morbide autour de la nourriture : « *Le lait m'agit sur le cerveau* »).
- ◆ L'anorexie d'origine névrotique se retrouve dans :
  - Les névroses phobiques ou obsessionnelles : le restriction alimentaire est sélective (peur d'une fausse route, de la saleté) ;
  - La névrose hystérique : le refus d'alimentation est théâtralisé, la recherche de provocation est évidente dans un contexte de frustration affective.

## **VI. APPROCHES PSYCHOPATHOLOGQUES**

### **a. Caractéristiques des relations intra-familiales**

La survenue d'une anorexie mentale peut traduire certains états psychologiques qui ne sont ni spécifiques ni constants mais dont l'association est caractéristique.

#### **1. Situation de dépendance à l'égard de la mère**

Les désirs et les besoins de la patiente sont dépendants du regard des autres sur elle. Son amour-propre est en miroir du plaisir narcissique qu'elle procure à sa mère. La mère n'accepte pas l'existence d'un désir propre et spécifique de son enfant, elle projette sur sa fille l'image d'une enfant imaginaire, de son imaginaire, enfant sans individualité propre.

## **2. Relation avec le père : rejet ou rapprochement**

La relation de proximité, reproduisant la relation à l'égard de la mère, est plus « explosive » en raison de la sexualisation, propre à l'adolescence, des relations familiales. Le reviviscence du conflit Oedipien, dans cette agrégation familiale où les identités sont mal définies, prend ici une place centrale. On retrouve souvent un effacement des barrières entre les générations : le couple parental se désagrège au profit de « couples » excluant le troisième partenaire : couple mère-fille et/ou père-fille.

## **3. « Parentification » des enfants**

Comme le disent certains parents : Je ne veux pas qu'un jour mon enfant me reproche quelque chose ». Dans le même esprit que la confusion des identités respectives de chacun, les enfants doivent rassurer, conforter les parents dans un rôle de « parent idéal ».

La dernière caractéristique de ces familles (parents et enfants) est leurs refus des situations conflictuelles. La confrontation à une situation de conflit les effraie ; toute forme d'agressivité directe est évitée.

### **b. Différentes hypothèses**

- L'anorexie mentale exprime une incapacité d'assumer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté.
- Le conflit se situe au niveau du corps qui est refusé et maltraité
- La structure de l'anorexie mentale est différente de celle d'une anorexie classique

Sur la base de ces conclusions énoncées en 1965 au symposium de Gottingen, quatre grands modèles approchent la compréhension psychogénétique de l'anorexie mentale :

Un modèle de compréhension centré sur l'étude des interactions précoces mère-bébé, puis des interactions famille-enfant

Un modèle de compréhension lié à la problématique de l'image du corps et de la sexualité

Un modèle de compréhension psychanalytique où une organisation fantasmatique particulière à l'anorexique est décrite

Un modèle addictif autour du conflit lié à la dépendance

## **VII. EVOLUTION ET PRONOSTIC**

L'évolution est dominée par deux dangers majeurs : la mort et la chronicisation.

### **a. Mort**

5 % à 9 % des anorexiques décèdent. Le plus souvent, elles meurent d'un accident intercurrent : désordre métabolique, arrêt cardiaque par troubles de la conduction, réanimation parentérale trop rapide, accès boulimique. Parfois la mort survient par inanition consécutive à la conduite anorexique.

### **b. Guérison**

La guérison concerne 50 à 60 % des cas lorsque l'on prend comme unique critère la disparition de la triade symptomatique : reprise de l'alimentation, du poids puis retour des règles.

Elle concerne 30 à 40 % des cas si l'on prend en compte

- des critères de personnalité : mise à distance, critique du conflit ;
- des critères d'amélioration de la qualité de la vie affective et sociale.

### c. Chronicisation

Les rechutes sont fréquentes : 50 % des cas.

L'évolution passe par des fluctuations pondérales : succession d'épisodes anorexiques avec ou non des épisodes boulimiques.

Lorsque l'évolution dépasse 4 ans, le risque de chronicisation augmente.

La chronicisation entraîne des :

- Conséquences physiques :
  - Oedèmes de carence, trouble circulatoires, altération des phanères et du système digestif ;
  - Chutes des dents .
- Conséquences psychiques :
  - Rigidité des attitudes avec appauvrissement de la vie relationnelle et affective, retentissement sur la vie professionnelle ;
  - Episodes dépressifs ;
  - Phobies diverses, obsessions, plaintes hypochondriaques ;
  - Conduites addictives : alcoolisme ;
  - Passage à l'acte auto ou hétéro agressif.
- Conséquences physiologiques :
  - Impossibilité ou difficulté de grossesse ;
  - Risque léthal toujours présent.

### d. Pronostic

Un mauvais pronostic est à craindre lorsqu'il existe un retard de mise en route de la thérapeutique. La valeur pronostique du terrain psychologique est prépondérante sur la gravité de l'amaigrissement : **le déni du trouble** est le facteur le plus important de mauvais pronostic, en particulier lorsqu'il persiste au-delà de 4 ans d'évolution.

## VIII TRAITEMENT

Il s'agit d'une urgence médico-psychiatrique. La thérapeutique est à mettre en place le plus précocement possible. Un retard de mise en route du traitement entraîne une autonomisation, un auto renforcement du symptôme et une identification totale de la patiente à ce dernier.

Dans la mesure du possible, il est important d'assurer une continuité de l'action thérapeutique par la même équipe.

La guérison est rarement obtenue pour une durée de traitement inférieure à 4 ans.

### a. Traitement symptomatique de l'amaigrissement

#### 1. Séparation d'avec le milieu familial et habituel

Son but n'est pas répressif. L'hospitalisation doit permettre à l'anorexique d'aménager avec ses parents une ambiance nouvelle, non conflictuelle, et lui donner la possibilité de s'ouvrir à d'autres modes relationnels.

La séparation a lieu lors d'une hospitalisation. Dans un premier temps, la patiente ne reçoit ni visite, ni correspondance, ni permission. En revanche, les activités thérapeutiques au sein du service sont autorisées, sauf la gymnastique.

#### 2. Contrat de poids

La pesée est quotidienne et surveillée : pas de lest dans les poches ou d'ingestion de boissons au préalable.



En accord avec la patiente, deux « contrats » sont définis :

**Un poids de levée d'isolement.** Lorsque celui-ci est dépassé, les visites sont autorisées, ainsi que le téléphone, les permissions et le courrier ;

**Un poids de sortie de l'hôpital.** Lorsque celui-ci est dépassé, la sortie est définitive.

### **3. Réalimentation**

La réalimentation est progressive, les menus sont faits avec la collaboration d'une diététicienne.

La surveillance des repas est continue, ainsi que le dépistage de vomissements post-prandiaux dissimulés. Les diurétiques et les laxatifs sont arrêtés.

En cas d'urgence absolue, la patiente est transférée en réanimation où l'alimentation parentérale doit être progressive.

### **4. Entrevues fréquentes**

Avec les parents : la collaboration thérapeutique avec eux est indispensable. Les entrevues doivent permettre l'établissement de nouvelles relations avec leur enfant.

Avec la patiente, avec l'équipe soignante, il faut limiter les conduites de manipulations ou d'emprise de la part de la patiente auprès de l'équipe. En effet, la patiente tente de recréer les mêmes liens pathologiques que ceux qu'elle entretenait avec sa famille.

## **b. Traitement de fond**

Toute prise en charge thérapeutique dépend de la capacité de la patiente à formuler une aide, à reconnaître l'existence de sa pathologie. La dénégation de son trouble entraîne un échec de toutes les thérapeutiques proposées.

La prise en charge psychothérapeutique est indispensable en raison du trouble grave de la personnalité et de la fréquence des rechutes.

La prise en charge de la patiente est le plus souvent effectuée à distance de l'hospitalisation de la patiente, au-dessus d'un poids minimal. On propose une psychothérapie analytique (rarement), ou d'inspiration analytique (plus fréquemment) ou un psychodrame analytique.

Les approches familiales (groupes de parents d'enfants anorexiques, psychothérapie familiale) sont également de mise.

## **B. BOULIMIE**

### ***I - EPIDEMIOLOGIE***

La boulimie atteint environ 2 % de la population féminine occidentale, on compte environ 226 000 femmes boulimiques en France et son incidence est en augmentation. Cette fréquence est multipliée par 4 dans la population adolescente, soit 8 %. Ce trouble des conduites alimentaires est donc 10 fois plus fréquent que l'anorexie mentale dans cette population.

Les conduites boulimiques sont moins fréquentes chez les hommes. Chez les hommes boulimiques, on note un surinvestissement du corps (danseurs, mannequins), une sur-incidence de l'homosexualité.

L'âge moyen d'apparition des troubles se situe autour de 19 ans. Le poids est normal dans 65 % des cas, en partie en raison des vomissements qui sont associés à ces troubles (41 % des cas). Environ 50 % des anorexiques font au moins un épisode boulimique.

### ***II- SIGNES CLINIQUES DE BOULIMIE***

## a. Accès boulimique

L'accès est parfois secondaire à des facteurs favorisants qui évoquent la séparation : deuil, rupture, événement sentimental, déménagement, changement professionnel.

On décrit classiquement trois phases dans le déroulement de l'accès :

### 1. Phase prodromique, d'excitation préalable :

Le sujet ressent une vague sensation envahissante et oppressante de faim accompagnée d'angoisse, d'irritabilité.

### 2. Accès proprement dit :

L'accès boulimique est défini par une surconsommation alimentaire :

- Incontrôlable, impérieuse, irrépressible, irréversible ;
- De survenue brutale ;
- D'aliments hyper caloriques, peu protidique, facile à ingérer (de 3500 à 20 000 calories/accès) ;
- En cachette (chambre, cuisine, toilette) ;
- Accompagnée de plaisir ;
- Rapide (crise inférieure à deux heures) : voracités, absence de mastication allant parfois jusqu'à l'étouffement.

### 3. Fin de l'accès :

La fin survient lorsque la patiente n'a plus rien à manger, a mal au ventre, se sent étouffer, a une crise de dépersonnalisation ou lorsqu'elle est interrompue par un événement extérieur. Elle ressent parfois un soulagement transitoire ou plus souvent un profond malaise :

- ◆ physique : douleurs et pesanteurs abdominales, nausées, céphalées, fatigue intense ;
- ◆ psychique : honte, remords, culpabilité, mépris de soi-même, impression d'être difforme ou d'avoir perdu le contrôle de soi.

Cette sensation de malaise est suivie, pour y mettre fin, par une alcoolisation, par des vomissements provoqués puis réflexes, ou par la survenue d'un endormissement.

## b. Conduites boulimiques

En dehors des crises, la patiente présente diverses préoccupations concernant la nourriture :

- Envie de nourriture, lutte pour y résister, peur de manque (stockage d'aliments) ;
- Stratégies d'évitement : évitement des lieux « à risque », absence d'argent sur soi, élimination des temps morts de la journée, évitement de la solitude, congélation systématique des aliments, absence d'aliments en conserves au domicile, etc.
- Préoccupation constante, obsédante de la nourriture :
- Langage, rêves, fantasmes de type « culinaires » ;
- Attirance pour la cuisine, les métiers de l'alimentation ;
- Obsession des régimes, recherche d'une minceur idéale, utilisation de laxatifs, de diurétiques, d'anorexigènes ;
- Refus de manger en compagnie ou à heures fixes ;
- Alternance de la peur de grossir et celle de ne plus pouvoir s'arrêter de manger.

Certaines conduites impulsives, à caractère « boulimique » sont fréquemment associées : achats d'objets, plus ou moins inutiles, collectionnisme de vêtements ou de bijoux, achats de livres, « boulimie sexuelle »...

## III – DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL

Le DSMIV définit la boulimie en exigeant la présence de 5 critères :

A. Survenue récurrente de crises de boulimie répondant aux deux caractéristiques suivantes :

- absorption en une période limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
- Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise ;
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, utilisation de laxatifs ou de diurétiques, jeûne, exercices physiques excessifs ;
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent en moyenne deux fois par semaine pendant une durée de trois mois au moins ;
- D L'estime de soi es influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble mental ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale

Les accès boulimiques ne doivent pas être secondaire à un trouble physique reconnu ; il est nécessaire d'éliminer les causes d'hyperphagie secondaires à des causes organiques : tumeur cérébrale (frontale), épilepsie partielle, syndrome démentiel, endocrinopathie.

On élimine aussi les hyperphagies secondaires à des pathologies psychiatriques : accès maniaque, schizophrénie, équivalent dépressif, équivalent névrotique.

On la distingue aussi d'autres troubles alimentaires :

- ◆ Grignotage : ingestion répétée de faibles quantités de nourriture en dehors des repas réguliers. Le grignoteur a souvent un aliment de prédilection (sucrierie, chocolat, aliments d'apéritifs, etc.). Il grignote en cachette, mais sans culpabilité.
- ◆ Hyperphagie : surconsommation alimentaire pendant le repas sans caractère incoercible, irrépressible, incontrôlable. Elle mène souvent à l'obésité, en particulier chez l'homme..

## **VI – COMPLICATIONS, EVOLUTION, PRONOSTIC**

### **a. L'évolution**

Elle est le plus souvent marquée par :

- des troubles du cycle menstruel ;
- une hypertrophie des parotides (par ingestion brutale d'hydrates de carbones, par vomissements) ;

Les conséquences des vomissements répétés comportent des risques d'alcalose, hypokaliémie, déshydratation extra-cellulaire, d'atteinte stomatologique irréversible (atteinte de l'émail dentaire, caries, gingivites ), des risques d'ulcération buccale, pharyngée, oesophagite, reflux, gastrite.

L'évolution peut également se faire vers l'apparition de conduites suicidaires, toxicomaniaques, des épisodes dépressifs.

### **b. Pronostic**

Près de 30 % des boulimiques demeurent boulimiques. Pour P. Jeammet, la boulimie est « une conduite durable qui a tendance à s'auto-entretenir et même à s'auto-renforcer... »

On retrouve fréquemment une dimension dépressive sous-jacente.

L'adaptation sociale des patientes boulimiques serait plus altérée que celle des patientes alcooliques et comparable à celle des patientes atteintes de dépression sévère.

## **V – APPROCHES ETIOPATHOGENIQUES**

### **a. Théories cognitivo-comportementales**

Russel décrit classiquement quatre étapes au schéma cognitif des boulimiques :

Image du corps insatisfaisante → amaigrissement ;

Perte de poids obtenue → appétit sélectif, impulsif : boulimie ;

Boulimie → vomissements, jeûne, laxatifs qui diminuent l'anxiété ;  
Diminution de l'anxiété → renforcement de la conduite boulimique.  
Le traitement cognitivo-comportemental proposé repose sur ces principes.

## b. Théories psychanalytiques

L'approche psychanalytique souligne la **dimension d'auto-sabotage** de la conduite boulimique, son effet dénarcissant en partie lié à une position masochique prédominante.

L'organisation fantastique des patientes est pauvre, la conduite boulimique court-circuite la pensée. Le but est d'écartier toute représentation mentale du conflit psychique sous-jacent et toute émotion objectale. L'effet négatif sur l'image de soi de la boulimie rend intolérable les possibilités de prises de conscience et de conflictualisation.

Le symptôme boulimique devient le substitut de la relation à autrui et représente, pour le sujet, le seul moyen de ressentir des sensations et non des émotions, caractéristiques des relations objectales. La valeur « agi » du symptôme est un moyen de maîtriser toute émotion au profit de sensations physiques. Le symptôme a aussi une valeur réorganisatrice de la personnalité au sein de l'appareil psychique sur un mode addictif. De pathologique, le symptôme devient pathogène par la réorganisation de la pensée, des relations, des buts pulsionnels. Le but de la pulsion n'est plus sa réalisation par l'objet personne mais par des objets-fonctions, fétichisés (lien sado-masochique avec la nourriture, avec le corps).

Cela explique la dépendance extrême des patientes par rapport aux objets extérieurs, ou envers des personnes considérées comme des objets ou des fonctions. La relation à l'autre est uniquement possible dans le sens d'une emprise à son égard, d'une maîtrise.

Jeammet insiste sur la grande vulnérabilité narcissique, à l'origine de laquelle on retrouve une défaillance précoce des intériorisations du fait d'une relation mère-fille particulièrement fusionnelle (complétude narcissique mère-fille dans l'enfance).

## VI – TRAITEMENT

Les indications d'hospitalisation sont rares, la majeure partie des patientes sont traitées en ambulatoire.

L'hospitalisation est indiquée pour les patientes présentant :

- Un risque suicidaire élevé en rapport avec un effondrement dépressif sévère ;
- Un désordre hydroélectrique majeur ;
- Une résistance au traitement ambulatoire ;
- Une recrudescence débordante des accès boulimiques.

### a. Psychothérapies

Les psychothérapies cognitives et comportementales peuvent être utilisées.

Le but d'une **thérapie comportementale** est de traiter le comportement, l'attitude globale, vis à vis de la nourriture, et non le symptôme. Cette attitude est, en général, liée à des facteurs déclenchants spécifiques qui perpétuent le symptôme et, par le soulagement procuré lors de la crise, le renforcent.

La thérapie comportementale est, le plus souvent, ambulatoire (95 % des cas). Elle dure environ 3 à 6 mois et nécessite environ 10 à 20 séances.

**La thérapie cognitive** est utilisée conjointement à la thérapie comportementale. Elle a, principalement pour but, de permettre une restructuration cognitive en identifiant et en corrigeant les idées erronées gouvernant la conduite alimentaire en général et les crises boulimiques en particulier (distorsions cognitives).

**Une rééducation nutritionnelle et diététique**, en rapport avec les habitudes alimentaires du sujet et de son statut pondéral, doit systématiquement être mise en place. Le thérapeute fait aussi appel aux

techniques de renforcement de l'image de soi, à travers toutes les initiatives positives mises en place par la patiente et les réussites obtenues sur elle-même.

Plusieurs types de **relaxations** peuvent aider à diminuer l'anxiété avant les repas ou les crises boulimiques entre les repas.

**La psychothérapie analytique** a une place essentielle dans le traitement au long cours des patientes. Elle est de type classique (cure type) ou d'inspiration psychanalytique dans les autres cas. La difficulté de la psychothérapie des patientes boulimiques est considérable, attachement massif et labile au thérapeute, conduite de fuite, « boulimie » de thérapeutes, vécu abandonnique, évitement permanent du risque dépressif concomitant d'un début de prise de conscience.

La psychothérapie doit privilégier « le soutien narcissique, le renforcement du moi, la restauration des capacités hédoniques à l'interprétation des conflits » (Jeammet).

## b. Traitements médicamenteux

En raison de l'implication de la sérotonine dans les conduites impulsives et dans la freination de l'absorption alimentaire, la classe de psychotropes la plus utilisée est celle des antidépresseurs sérotoninergiques : fluvoxamine (Floxyfral ® : 300 mg/j), fluoxétine (Prozac ® : 20 à 60 mg/j)...Il est important de signaler, tout particulièrement dans cette pathologie, l'effet positif de la prescription d'un placebo (20 à 50 % d'efficacité).