

L'Anorexie et la Boulimie



Les troubles du comportement alimentaires (TCA) englobent l'anorexie (anorexie restrictive et anorexie-boulimie dite avec vomissements) la boulimie (avec et sans vomissements) et la compulsion alimentaire.

L'anorexie et la boulimie ne sont pas présentes dans les pays en voie de développement où l'accès à une nourriture suffisante est une lutte quotidienne mais uniquement dans une culture occidentale où l'on donne à la nourriture, présente en surabondance, un autre sens que celui de « survie ».

Le refus de s'alimenter pour l'anorexie mentale et l'envie incontrôlable de nourriture pour la boulimie, ces troubles du comportement alimentaire s'opposent mais se mêlent aussi ...

L'anorexique mentale peut aussi connaître des épisodes boulimiques et la personne boulimique peut être sujette à des épisodes de restrictions alimentaires.

Le point commun de ces maladies ?

La manifestation d'un mal être, d'une souffrance, de traumatismes et cette souffrance s'exprime autour de cette partie du corps, nourricière, dont dépend notre survie ... Elle cristallise les maux, les maux d'enfance, d'adolescence ... Retrouver son corps d'enfant pour repartir à zéro. Un même patient peut souffrir d'une combinaison des deux maladies, ou d'une alternance d'anorexie et de boulimie à des moments différents de la vie.



L'ANOREXIE

I. Définitions et chiffres :

- L'anorexie mentale est un trouble psychique qui répond à une volonté active de restreindre son alimentation et de perdre du poids.
- La perte d'appétit est la conséquence d'une restriction volontaire de l'alimentation qui s'accompagne d'un amaigrissement massif.

Les troubles du comportement alimentaires sont typiquement féminins : environ 70 000 adolescentes et jeunes femmes françaises de 15 à 25 ans. L'anorexie touche 1 à 2% des femmes et concerne essentiellement les 13 à 25 ans. Ce trouble peut commencer à 9-10 ans ou à l'âge adulte soit 30-40 ans

- Elle est 8 à 10 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme
- 90% des cas sévères concernent des jeunes femmes de statut socio-économique élevé vivant dans un environnement compétitif
- Le taux de mortalité des anorexiques est de 6% à 20%
- Le taux de guérison complète est assez faible car les anorexiques auront conservé une tendance à l'obsession de la minceur et de la perte de poids.

Repères par rapport à l'IMC (indice de masse corporelle) :

- IMC < 16,5 : Dénutrition
- IMC entre 16,5 et 18 : maigreur
- IMC entre 18 et 25 : corpulence normale

II. Critères diagnostiques:

- Refus de maintenir un poids minimum « normal » pour l'âge et la taille.
- Peur intense de prendre du poids bien qu'il soit déjà inférieur à la « normale »
- Altération de la perception de l'image du corps
- Dénier de la maladie malgré la gravité du trouble
- Comportement agité, en perpétuel control

III. Différentes formes cliniques :



On distingue deux formes d'anorexie mentale.

• **Type restrictif :**

Pendant l'épisode d'anorexie mentale, le sujet restreint son alimentation et ne présente pas régulièrement de crises de boulimie ni des vomissements. Cette forme est marquée par un sentiment de toute puissance et une volonté de maîtrise globale de son environnement physique, affectif, relationnel. Ce besoin de contrôle sur soi et les autres, s'accompagne chez les malades d'un rejet de toutes formes de plaisir : alimentaire, sexuel, affectif, etc. et peut conduire vers des formes dépressives.

• **Type avec crises de boulimie :**

Suivi de vomissements ou prise de purgatifs. Pendant l'épisode d'anorexie mentale, le sujet restreint son alimentation et présente des crises de boulimie et/ou des vomissements provoqués. Cette forme s'accompagne au contraire d'une profonde perte d'estime de soi pouvant évoluer aussi vers des formes dépressives. Le dégoût et la honte de soi peuvent être en outre à l'origine d'actes suicidaires ; ces sentiments auto-dévalorisants coexistent parfois avec un attachement anormal à l'un des parents.

- Souvent, les 2 formes d'anorexie s'accompagnent d'activités physiques ou intellectuelles intenses, par peur de grossir.

IV. Principaux symptômes/ conséquences :

• **Amaigrissement :**

- Peut aller de 15% jusqu'à 50% du poids initial
- Corps très efflanqué, osseux, réserves graisseuses absentes, constipation fréquente, joues creuses, yeux enfoncés dans les orbites, les cheveux secs et ternes, les extrémités pâles et froides ...

• **Anorexie :**

- C'est une conduite active de restriction alimentaire témoignant d'un comportement perturbé et d'un désintérêt total à la nourriture.
- Comportement souvent rationalisé par la patiente et pouvant être accompagné de crises boulimiques, de vomissements provoqués, prise de laxatifs, de potomanie (compulsion à ingurgiter des liquides)

Définition de crises de boulimie :

Consommation en un temps court d'une quantité importante d'aliments non



choisis, sans plaisir, sans faim ni rassasiement, avec un fort sentiment de perte le contrôle et de culpabilité. Elle est parfois suivie de vomissements, ainsi que de stratégies visant à brûler les calories ingurgitées. La crise est associée à d'un dégoût de soi qui peut conduire au suicide.

• **Aménorrhée :**

C'est un arrêt des règles, qui peut suivre ou précéder l'amaigrissement - Elle se manifeste par l'absence de cycle pendant trois mois voire six mois si les cycles étaient irréguliers. Elle est due à l'amaigrissement et un dysfonctionnement hypothalamo – hypophysaire.

• **Troubles associés/conséquences :**

➤ Troubles physiques :

- Troubles somatiques
- Baisse de la tension artérielle.
- Bradycardie : pouls inférieur à 60 battements/min
- Une hypertrichose: poussé importante des poils.
- Constipation fréquente.
- Cachexie : affaiblissement du corps, os saillants, yeux enfoncés, présence de lanugos (duvet blanc)
- Altération de la peau et des phanères
- Hépatomégalie discrète (augmentation du volume du foie)
- Glossite (inflammation de la langue)
- Hypothermie
- Hypokaliémie (taux anormalement bas de potassium)
- Ostéoporose
- Problèmes dentaires

➤ Troubles psychologiques :

- Distorsion de l'image du corps.
- Dépression et repli sur soi, parfois dépendance aux drogues ou à l'alcool.



- Un déni total du trouble.
- Peur intense et irrationnelle de prendre du poids
- Peur et anxiété intense face à la nourriture
- Obsession face à la valeur nutritionnelle des aliments, obsession de nourrir les autres
- Trouble sexuel : La sexualité est massivement refoulée et désinvestie.
- Fonctionnement intellectuel généralement excellent.
- On constate l'existence d'un profond sentiment de désespoir et d'abandon : parfois idées suicidaires
- Sautes d'humeurs/ impulsivité
- Hyperémotivité
- Difficulté de concentration car fatigue psychique

V. Causes :

L'anorexie est une maladie très énigmatique. Ses causes sont très personnelles et extrêmement vastes. Les personnes dites "à risque" c'est à dire celles étant plus susceptibles d'être malades sont les suivantes :

- Préadolescentes, adolescentes et jeunes femmes dans le début de la vingtaine.
- Athlètes d'élite, particulièrement les femmes pratiquant des sports tels que le patinage artistique, la gymnastique et la danse.
- **Facteurs biologiques :**

L'hérédité, les antécédents familiaux de dépression et d'anxiété, et des traits de personnalité tels que l'impulsivité et la compulsion peuvent rendre certaines personnes plus vulnérables aux troubles de l'alimentation.

- **Facteurs socioculturels :**

- Industrie de régimes amaigrissants et de l'exercice physique
- Industrie de la mode
- Changements importants du rôle féminin (la femme moderne doit tout assumer en même temps)



- Pression de l'entourage
- Vivre dans un environnement compétitif dans un environnement socio-économique élevé

• **Facteurs psychologiques :**

- Faible estime de soi
- Perfectionnisme
- Instabilité émotionnelle : changement d'humeur
- Déficits intéroceptifs incapacité de reconnaître les sensations corporelles et à y répondre comme la faim, la satiété, la fatigue ou la douleur.

Aussi, ils ne peuvent reconnaître leurs émotions.

- Docilité, facilement influençable
- Besoin de faire plaisir aux autres

• **Facteurs familiaux :**

Relation familiale dans laquelle les enfants doivent se conformer aux attentes des parents au lieu d'exprimer leur unicité ; mauvaise résolution des conflits ; problème de solitude et de séparation ; présence d'alcoolisme, d'abus sexuel et physique, de violence physique et verbale

VI. Physiopathologie du trouble :

• **Angoisse face à la nourriture :**

- Seul 30% des sujets anorexiques ont commencé par un régime.
- Toutefois les troubles peuvent commencer par un régime qui se poursuit et devient de plus en plus contraignant, jusqu'à la fin où le sujet refuse pratiquement toute alimentation. - La nourriture devient alors, une source d'angoisse et de conflits.
- En psychopathologie, l'anorexie mentale est une conduite additive. Le refus de nourriture est un symptôme qui traduit une mauvaise intégration inconsciente de l'image du corps en lien avec les caractères sexuels secondaires (rondeurs féminines etc. ...)

Pour les adolescentes, le trouble survient, souvent, dans des contextes familiaux particuliers tels que la faiblesse des repères relatifs à la différence des générations.

La relation avec la mère difficile car impossibilité pour le sujet de s'identifier à une femme adulte « sexuée ».



Mécanismes de défense : Rationalisation et intellectualisation sont au premier plan.

« Etre mince » pour maîtriser un univers extrêmement nocif.

Sentiment de culpabilité obsessionnelle et sentiment d'échec.

En étant coupable, on doit être puni et donc ne pas éprouver de plaisir, d'où le refus de s'alimenter.

Cette culpabilité peut être la conséquence d'un divorce, d'une expérience sexuelle traumatisante, violente, mal vécue ou d'un rejet amoureux...

- Retentissement dans la vie quotidienne:

Manque d'estime de soi entraînant un repli sur soi et un isolement Refus de dîner avec des amis, au restaurant

Mensonges, stratégies d'évitement lors de diners familiaux rendant la vie quotidienne épuisante
Perturbations des activités professionnelles

VI. Prise en charge et prévention :

Il s'agit d'un travail de longue haleine. La mise en place d'une relation thérapeutique se fait grâce à l'établissement d'un contrat de soins avec la patiente. L'obstacle majeur : la négation par les anorexiques de leur pathologie qui les conduisent à refuser parfois jusqu'au bout, entretiens et soins.

- **Un travail multidisciplinaire pour contrer l'anorexie :**

Le traitement consiste généralement en une psychothérapie qui va permettre d'engager le dialogue avec l'adolescente. Cette prise en charge assure un soutien pour lutter contre la dépression et les angoisses vécues lors de la reprise de poids

- La thérapie familiale s'avère de plus en plus utile pour améliorer la communication au sein de la famille.
- Les Groupes de parole où des malades se retrouvent pour parler de leurs difficultés. Pas de jugement, sentiment d'être compris, ces groupes sont efficaces.
- Un médecin généraliste assure alors, en parallèle, le suivi du poids et de l'état de santé.
- Parfois, le thérapeute travaille en collaboration avec une diététicienne, chargée de réapprendre à l'adolescente à retrouver un rapport sain avec la nourriture. Réintroduction des aliments supprimés progressivement en travaillant sur le goût et de dégoût.
- Dans les cas les plus graves (pronostic vital engagé), une hospitalisation



devient nécessaire.

Toutefois elle est de plus en plus controversée car elle isole encore plus le sujet qui est déjà très désocialisé.

Les associations et services de prise en charge :

- La Maison des Adolescents au service de l'hôpital Cochin à Paris pour les adolescents entre 11 et 18 ans offre de nombreuses prises en charge : Hospitalisation, centre d'accueil thérapeutique, hôpital de jour etc. ...

- L'Association autrement anorexie-et-boulimie.fr • AFDAS- TCA : Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaires.

L'association est constituée de professionnels du soin, de la prévention, de la formation et de la recherche dans le domaine des TCA (Troubles du Comportement Alimentaire). Elle vise au développement de soins cohérents et organisés à l'intention des personnes souffrant de conduites anorexiques boulimiques

- Fédération nationale d'associations TCA : FNA TCA : elle regroupe toutes les associations qui œuvrent pour aider les personnes souffrant de TCA, elle a permis la création de réseaux de soin c'est à dire au même endroit la personne malade peut trouver tous les professionnels compétents pour lui venir en aide. Il en existe 2 en France une en Rhône Alpes et une en Ile de France.

- Services spécialisés dans les hôpitaux.

- La Prévention : l'action du ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative pour lutter contre l'anorexie : Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 : dépistage des troubles alimentaires

→ 2008 : Signature d'une charte d'engagement volontaire sur l'image du corps. Les grands principes de la charte : mieux informer le public sur l'utilisation de l'image du corps pour éviter les phénomènes de stigmatisation et de promotion de la maigreur ; interdiction de l'apologie de l'anorexie sur internet ; le danger des sites internet ; un dispositif prohibant l'incitation à l'anorexie



LA BOULIMIE

La boulimie par contre semble répandue dans toutes les couches sociales.

I. Définitions :

La boulimie est un trouble du comportement alimentaire qui se traduit par des crises de boulimie : consommation en un temps court d'une quantité importante d'aliments non choisis, sans plaisir, sans faim ni rassasiement, avec un fort sentiment de perte le contrôle et de culpabilité.



Une crise de boulimie est parfois suivie de vomissements, ou de prise de laxatifs ainsi que de stratégies visant à brûler les calories ingurgitées.

Elle est la plupart du temps suivie d'un sentiment très fort de colère ou de dégoût de soi. L'individu rentre alors souvent en périodes de jeûne, puis à nouveau de crises de boulimie de sorte que l'individu malade est dans un cercle vicieux.

Cette maladie est souvent apparentée à une forme d'addiction dans la mesure où l'individu entretiendra avec la nourriture un rapport similaire à celui que certaines personnes peuvent entretenir avec la drogue.

La boulimie est une des formes les plus sévères des troubles alimentaires avec l'anorexie.

II. Causes :

Les causes de la boulimie sont complexes et multiples et sont issues d'une combinaison de facteurs :

Traumatisme psychologique. une déception amoureuse, une remarque déplaisante sur le corps d'une jeune femme, etc. Le manque d'estime de soi où la personne se dévalorise par rapport aux autres. Au niveau culturel le nombre de personne souffrant d'anorexie et de boulimie est plus élevé dans les sociétés où on privilégie la minceur.

Contextes familiaux. Il y a parfois une pathologie familiale, des angoisses, des névroses. Dans certains cas, la famille est indifférente au sort de la personne malade, dans d'autres la famille elle est étouffante.

Troubles psychiatriques. La personne boulimique se voit parfois beaucoup plus grosse qu'elle ne l'est en réalité. Lorsqu'elle a un poids normal, elle est souvent terrorisée par la possibilité de devenir grosse. Les vomissements, l'utilisation abusive de laxatifs et de diurétiques, l'automutilation, les tentatives de suicide sont des manifestations d'un comportement aberrant.



Cette aliénation de la réalité est limitée au domaine de l'alimentation et aux activités qui lui sont reliées. Dans certains cas, le comportement peut paraître normal.

Ces facteurs sont paradoxalement très proches de ceux de l'anorexie mentale, les deux maladies étant fréquemment liées. Un même patient peut souffrir d'une combinaison des deux maladies, ou d'une alternance d'anorexie et de boulimie très souvent

La boulimie peut être isolée en tant que symptôme mais elle peut aussi se rencontrer avec d'autres troubles :

- Les syndromes dépressifs
- Les troubles anxieux de la personnalité
- Des conduites addictives présente dans 30% des cas comme la consommation de drogues ou d'alcool (comorbidité = « cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique ».selon l'OMS)

Les individus touchés utilisent souvent la nourriture et le contrôle sur la nourriture afin de trouver un moyen de compensation pour des émotions et des sentiments qui semblent indomptables ou insurmontables. Pour certains, jeûner, ingérer des aliments d'une manière excessive et se faire vomir peut être comme une façon de surmonter ces émotions difficiles et d'avoir l'impression de maîtriser sa vie.

Finalement, ces comportements vont nuire à la santé physique et psychique.

III. Chiffres :

- Les adolescentes vers 18-20 ans et les jeunes femmes.

3 collégiennes et lycéennes sur 10 sont susceptibles de présenter des phases transitoires de boulimie.

- 9 boulimiques sur 10 sont des femmes.
- 2% de la population féminine générale
- 4 à 8 % de la population féminine étudiante (soit environ 220 000 femmes jeunes) souffrent de boulimie active dans notre pays.
- Dans 70 % des cas les boulimiques gardent un poids normal.



IV. Comportement/Déroulement des crises :

- La personne mange tout et n'importe quoi.
 - Pour obéir à des pulsions, la personne ingurgite des quantités importantes de nourriture.
 - La personne se fait vomir, acte qui s'exerce seul, à l'abri du regard des autres.
 - La personne avale souvent sans trop mâcher, ne déguste pas la nourriture et mange très vite.
- Les trois types de crises chez une personne boulimique :

► La pré-crise :

- Un sentiment de tension pénible.
- Une excitation préalable teintée d'angoisse et d'irritabilité.
- Un état de manque, de recherche de nourriture.

► La crise en elle-même :

- Une perte de contrôle.
- Une absorption de milliers de calories en un temps très court. (Aliments sucrés et salés) qui entraîne une sensation de malaises corporels. (notamment abdominaux)
- Des vomissements provoqués ou automatiques.
- Après les vomissements, soulagements mais teinté de honte.

► La post-crise :

- De la honte, culpabilité, et des regrets.
- Une volonté de stopper, mais une réelle difficulté d'arrêter car les crises sont devenues habituelles.

V. Conséquences physiques :

- La malnutrition peut avoir des effets sévères sur la santé comme : des infections respiratoires, des déficiences rénales, la cécité, attaque cardiaque, aménorrhée (perte des règles lorsqu'il s'agit des femmes). Cette liste de conséquences n'est pas exhaustive et la combinaison de plusieurs de ces symptômes peut mener à la mort.

La malnutrition peut mener à une atteinte de plusieurs organes vitaux (cœurs,



cerveau, foie, poumons ...)

- La déshydratation elle entraîne principalement : étourdissements, faiblesse, urines foncées, convulsions, une déficience rénale, l'attaque cardiaque, voire même la mort.
- Les vomissements entraînent : des problèmes dentaires importants, reflux gastro-œsophagiens et des reflux acides.

Ces derniers peuvent endommager plus ou moins gravement l'œsophage, le larynx et les poumons.

Le risque de développement du cancer de l'œsophage et des cordes vocales est augmenté avec ruptures gastriques (c'est à dire une érosion, une perforation ou une rupture de l'estomac), parfois dans des cas extrêmes : ulcères peptiques causés par des acides intestinaux, callosité sur les doigts, fatigue chronique

- Laxatifs et diurétiques: problèmes hépatiques, oedèmes, hypokaliémie, hypocalcémie, fatigue chronique, associés aux vomissements, les laxatifs favorisent le développement du cancer du pancréas...

L'association des 3 moyens de purges (vomissements, laxatifs et diurétiques) est très dangereuse et cela à court terme. Elle crée des oedèmes, une atrophie musculaire, un déséquilibre des électrolytes, et un sang anormalement acide qui peut mener à la mort.

VI. Traitement et prise en charge :

Il est souvent nécessaire de forcer la malade à consulter, contre sa volonté. Car si les boulimiques peuvent sembler moins en danger sur le plan physique que certaines anorexiques au corps décharné, elles n'en souffrent pas moins psychologiquement et physiquement. Une hospitalisation est parfois envisageable. On entreprend un traitement lent et progressif, adapté à chaque personne, fait d'encouragements successifs. La prise en charge passe ensuite par un travail axé sur trois approches :

- Nutritionnelle : retrouver et maintenir un poids normal, avoir des apports énergétiques normaux, renouer avec les aliments tabous ...
- Comportementale : se nourrir de façon apaisée, sans peur ni obsession, apprendre à exprimer ses émotions autrement qu'à travers la nourriture.
- Psychologique : exploration des causes profondes du trouble, travail sur l'estime de soi, sur le regard d'autrui, les culpabilités. Si la dépression est manifeste, on peut recourir à des médicaments antidépresseurs, en choisissant ceux qui ne stimulent pas l'appétit. Une diminution du stress peut favoriser la normalisation des menstruations, quel que soit le poids



Ce travail ne peut se faire qu'avec l'aide de praticiens spécialistes des troubles du comportement alimentaire, qu'ils soient nutritionnistes, diététiciens, psychiatres, psychologues, infirmier, travailleur social ...

Le choix des approches est vaste : thérapies psychanalytiques, psychocorporelles, comportementales et cognitives, hypnose...

En complément, les groupes d'entraide et de paroles ont fait leur preuve dans ce genre de troubles. Ils sont un lieu d'échange privilégié pour les malades, mais aussi pour celles qui s'en sont sorties et viennent témoigner de la guérison. Les associations et les services de prise en charge sont les mêmes que pour l'anorexie.

