

HYPERPHAGIE, BOULIMIE...ET OBÉSITÉ¹.

Actuellement problématiques, liées autant à un phénomène médiatisé que complexe qui entraîne depuis peu l'entrée en guerre des nutritionnistes, des industries du Light et des professionnels de la santé, la boulimie comme l'hyperphagie et leur corollaire habituel ; à savoir, l'obésité, font l'objet d'une vaste campagne d'information.

Elles touchent beaucoup le jeune adulte- mais pas seulement- et recouvrent un phénomène d'autant plus complexe qu'elles sont souvent confondues et placées sous une même rubrique, alors même que certaines causes ou mécanismes ne sont pas tout à fait assimilables ; ce que le regard de l'homéopathe peut davantage distinguer.

Boulimie, hyperphagie...

Ces deux dénominations communément assimilées, recouvrent une réalité complexe.

Le **sujet boulimique est hyperphagique ; mais** il présente, en plus, une organisation pathologique de la personnalité qui le conduit à **faire en sorte que ce qu'il a ingurgité, soit éliminé.**

La **dimension psychique** de son trouble, **assez proche de l'anorexie**, l'amène à être **obsédé par son poids** et ses contours corporels.

Cela le **différencie de l'hyperphage** obèse, du **sujet aux fringales paroxystiques**, ou encore au **vagabondage alimentaire**, qui grignote et mange de manière désordonnée : ces derniers en semblent assez proches mais leurs problématiques le plus souvent cachées, ne se manifestent pas de cette manière.

Si le sujet **boulimique** est gêné par ses efforts à endiguer les effets pervers de ses excès alimentaires, ceux liés aux vomissements, aux perturbations métaboliques et relationnelles, au coût qui en est généré, il **ne porte pas ceux inhérents à l'obésité** : son **poids reste en général normal, malgré des variations épisodiques.**

De prime abord les comportements apparents de l'hyperphage simple et du boulimique sont identiques :

Il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire caractérisé par un rapport pathologique à la nourriture, avec ingestion excessive d'aliments.

Souvent associée à l'anorexie, la boulimie présenterait un maximum de trouble entre 18 et 20 ans.

Elle toucherait environ 2% de la population mondiale et 0,9% des femmes surtout jeunes -3% des adolescentes en France :

90% des boulimiques seraient des étudiantes ou des femmes performantes, actives, volontaires et ambitieuses.

Ce qui d'emblée dresse un profil prédisposé repérable autant avec un regard de psychiatre, que celui d'un homéopathe. Le diagnostic de fond apparaît ici fondamental.

¹ Ce texte constitue une réactualisation d'un travail publié dans : De la psychiatrie à l'homéopathie »Geneviève Ziegel. Editions Similia.1990, 2000, 2008.

Masquée et souvent tue, elle ne s'associe, ni à une obésité, ni à une maigreur morbide.

Bien que plus fréquente que l'anorexie, elle est donc d'autant plus difficile à détecter.

La pathologie de l'hyperphagique au sens habituel du terme évolue en général sous forme de crises :

Sous l'emprise de pulsions incontrôlables et, de façon répétitive et durable, le sujet dévore pêle-mêle, dans un temps très restreint et sans pouvoir s'arrêter, tout ce qui peut lui passer à portée de main ; et ceci, en énorme quantité.

Il mange seul, hors de portée du regard des autres, avale très vite, goulûment, sans mâcher ni savourer, ce qu'il a dans son assiette.

Il ne prend parfois même pas la peine de s'asseoir pour manger.

Dégoûté de lui-même, il se sent ensuite culpabilisé et dépressif.

Pour que son comportement puisse être considéré comme caractéristique, il se devrait de survenir deux fois par semaine pendant 6 mois dans le cas d'hyperphagie sans comportement anorexique, pendant 3 mois pour la boulimie.

L'impulsion hyperphagique se déroule en trois temps :

Le premier est caractérisé par une phase de tension pénible avec excitation, angoisse, irritabilité, sentiment de manque...

C'est ce dernier qui amène la recherche de nourriture.

Si dans la **boulimie**, cette **recherche** est **liée à la privation inhérente au comportement anorexique sous-jacent**, le sujet **hyperphage simple** mange **sans avoir toujours une sensation réelle de faim**.

Pendant la seconde phase, le sujet absorbe dans un temps très court une grande quantité de calories...

Il le fait sous la forme d'aliments parfois stéréotypés, bourratifs, gras, mais aussi bien sucrés que salés.

Dès le processus alimentaire et ses écarts démarre, tout y passe, dans n'importe quel ordre et sous n'importe quelle forme.

Le sujet pris dans une spirale infernale se doit aller jusqu'au bout de sa pulsion, au risque du mal-être, physique d'abord, psychique ensuite.

Apparaît alors un intense malaise corporel avec douleurs gastriques et abdominales, suivi d'un mauvais vécu psychique.

Dans la forme pathologique que constitue la boulimie, elle s'accompagne de vomissements. Provoqués au début, à cause de la tension ressentie, ils deviennent peu à peu spontanés....

Redoutée, la crise est pourtant vécue dans un sentiment de jouissance et d'abandon.

Y succèdent très vite, en même temps que le soulagement et des regrets, une **honte et une culpabilité**, majeurs dans la boulimie.

Le sujet ne peut faire cesser cette tendance pulsionnelle...

Déclenchée, notamment chez l'hyperphage simple, **par des perturbations parfois minimes** : fatigue, règles, ovulation, stress familial et professionnel, malaise affectif,

professionnel ou sentimental, elle prend un côté habituel, malgré le désir réel et profond de s'arrêter.

La crise d'excès alimentaires semblerait constituer une manière de résoudre une tension interne et des conflits impossibles à mentaliser.

Que le sujet soit hyperphage habituel, sujet à des fringales périodiques qui attendraient 30% de la population, ou qu'il soit boulimique au sens médical du terme, elle constituerait une forme de décharge émotionnelle...

Il s'agit là d'une forme de toxicomanie sans drogue.

Le sujet s'y adonne seul et souvent en cachette. S'il lutte contre son comportement compulsif, il ne l'avoue que difficilement et se défend d'autant moins qu'il a du mal à exprimer son angoisse ou à lutter contre sa fatigue. Manger le console, le comble, le stimule (et) ou l'apaise tout au moins dans un premier temps.

Si chez l'hyperphage simple, la prise excessive d'aliments finit par entraîner une prise de poids problématique, chez le boulimique, cela est évité.

Les tactiques mises en place, aussi variées que souvent subtilement cachées, évitent la survenue et favorisent la persistance du trouble : vomissements, prise de laxatifs, sport à outrance, crises d'anorexie, diurétiques, lavements, médicaments coupe-faim sont fréquents.

Que ce soit dans la boulimie ou dans l'hyperphagie, le comportement est généralement dissimulé.

Il s'accompagne de sautes d'humeur, de retrait, d'isolement.

Il est d'autant plus difficile à résoudre que le sujet est en général, peu enclin à l'introspection ou à l'analyse de son ressenti...

Et aussi, qu'il manifeste parfois des comportements autodestructeurs : prise d'alcool, abus de drogues, troubles de la sexualité, phases dépressives avec tentatives d'autolyse, phases de violence, etc.

Souvent associées ou alternantes, boulimie et anorexie ont des causes assez similaires.

L'on retrouve dans les deux cas des « fringales » excessives dans l'enfance témoignant de problématiques relationnelles mal gérées, des blessures mal cicatrisées avec souvent séparations, viol, mort d'un parent, déménagement...

Se repère, souvent, à la base du comportement boulimique, une violence sexuelle précoce avec vomissements, compulsion dévoratrice, et tendance autodestructrice.

Si l'anorexique tente, semble-t-il, de ramener, sinon garder son corps, à l'état prépubère, le boulimique se protégerait contre la séduction et la sexualité en déformant son corps, tout en ne le supportant pas déformé, pas plus qu'il ne supporte son impuissance à lutter contre ses pulsions envahissantes dans son comportement face à la nourriture.

Tout comme l'anorexique, le boulimique manque de confiance en lui, se sent dévalorisé, ne s'aime pas, et n'aime pas son corps.

Nourriture, poids et formes tournent chez lui à l'obsession et ses orgies alimentaires, ne peuvent qu'accentuer chez lui le manque d'estime de soi et l'état dépressif sous-jacent.

En apparence soignée et sure d'elle-même, la candidate à la boulimie exhibe pourtant des signes de normalité.

Alors qu'elle passe son temps à essayer de plaire à ses interlocuteurs par crainte de provoquer leur rejet, elle ressent très vivement le contraste entre les apparences et la réalité des choses.

Elle est sujette aux choix impulsifs et aux difficultés à maintenir son comportement dans la même perspective.

Prédisposée à avoir l'impression de vivre dans un perpétuel mensonge, elle aurait ainsi une forte tendance à s'enfermer dans des situations provisoires et inconfortables, avec des difficultés à changer de cap ou à s'engager fermement dans une direction.

Sujette à de brusques volte face dans ses choix de vie, elle réagirait souvent par impulsions irréfléchies qu'elle regrette par la suite.

Assoiffée de relation « fusionnelle », elle est pourtant angoissée par un lien trop intime et est gênée par aspect corporel et féminin.

Si tente de « dévorer » l'autre sur lequel elle projette ses propres vœux et qu'elle craint de ce fait, elle se sent d'autant plus affectivement dépendante, qu'elle se sent frustrée, elle est d'autant plus et paradoxalement mal à l'aise dans les relations trop proches, qu'elle rejette la féminité de son image.

Perfectionniste, elle craint de décevoir et lutte contre une dépression de fond.

Hantée par le désir obsessionnel de contrôler tout, notamment ses pulsions, elle a peur de ne pas y arriver et de décevoir avec, en arrière plan, une sensation diffuse de culpabilité et de honte sur fond dépressif...

Elle a de ce fait une grande difficulté à éprouver du désir pour quoi et qui que ce soit.

Toutes les hyperphagies se développeraient sur une sorte de terrain prédisposant.

Comme toutes les conduites addictives, et sans qu'il existe de substratum génétique particulier, elles se développeraient cependant sur une forme de fond dépressif larvé, avec expression plus ou moins vive selon le ressenti et la force des perturbations existant dans la famille.

Il n'existerait pas de schémas familiaux types inducteurs du trouble, mais plutôt une famille vécue comme distante...

Cette dernière ne permettrait l'expression ni des sentiments, ni des besoins émotionnels.

Elle laisserait alors penser à l'enfant qu'il n'a pas de valeur et lui ferait douter de la vérité de ce qu'il ressent, d'où, chez la fille, la dépression ou les troubles alimentaires, chez le garçon, les conduites d'opposition caractérisée.

L'hyperphagie « incontrôlée » avec obésité, toucherait aussi bien les hommes que les femmes.

Elle serait en grande partie liée à des troubles dans les commandes neuronales et neuro-hormonales de la prise alimentaire.

Elle traduirait un mal-être physique et psychologique dans lequel il est difficile de séparer les diverses composantes.

La composante dépressive ou anxieuse, la composante familiale, et le terrain héréditaire sont souvent compliquées à démêler : si l'on se réfère à ce qu'en rapportent les

données de l'épigénétique, bien des obèses à tendance diabétique ont dans un passé familial plus ou moins ancien vécu, des phases de limitation alimentaire. Selon certains auteurs, ces dernières faciliteraient dans les générations suivantes la suralimentation et le stockage des graisses dans un organisme habitué à « faire des réserves » par une sorte de conditionnement inconscient.

Les crises de « fringale paroxystique » témoigneraient d'une perturbation physique intervenant sur le psychique et vice versa.

Elles surviendraient surtout chez des sujets fébriles et anxieux, que seule l'ingestion de sucre paraît calmer ; mais qui du fait d'un hyperinsulinisme souvent sous-jacent, favorise l'anxiété liée à des « coups de pompe » fréquents et un besoin de reprendre à nouveau des aliments ou boissons sucrés, favorisant ainsi une sorte de cercle vicieux problématique sur le plan autant physique que psychique.

Elles s'apparenteraient à une toxicomanie et relèveraient d'un mécanisme chimique...

Le sucre favoriserait l'augmentation de la sérotonine, métabolite actif dans les mécanismes en cause dans la dépression.

Le grignotage et le vagabondage alimentaire sont d'une autre essence.

Ils traduisent une évolution des habitudes sociales et favorisent bien souvent l'obésité.

Le sujet mange là où il se trouve, debout, assis, couché, sans couverts, ni ritualisation d'aucune sorte ; à n'importe quelle heure et de manière irrégulière, en fonction de ce dont il a envie.

Les repas socialisés sont remplacés par des prises alimentaires variées à des intervalles plus ou moins réguliers.

Une prise en charge psychothérapique de type analytique, et de type cognitivo-comportementale permet à la boulimie de disparaître parfois spontanément avec le temps.

Tout dépend ici du désir du sujet et de la persistance de son effort pour sortir du cercle vicieux dans lequel certaines composantes somatiques prédisposantes rencontrent une problématique psychique qui tente de trouver sa résolution par ce biais.

Elle peut aussi passer à la chronicité.

L'intégration scolaire, professionnelle, sociale et affective du sujet en est affectée.

Elle peut aussi être suivie de l'apparition d'un état dépressif caractérisé ou de conduites addictives.

A suivre...