

Boulimie

La **boulimie** est un trouble des conduites alimentaires, caractérisé par un rapport pathologique à la nourriture, se manifestant par des ingestions excessives d'aliments, de façon répétitive et durable. Cette maladie entre dans les addictions, il est même parfois question de toxicomanie, dans le sens « manie toxique ».

La boulimie est une des formes les plus sévères des troubles alimentaires avec l'anorexie. L'individu boulimique adore manger et son cerveau le sait. Il va donc produire une grande quantité d'insuline, ce qui va engendrer une faim assez importante en vue d'un énorme festin. Afin de compenser l'excès de calories ingérées ou afin de se soulager ; colère, dégoût, ou encore pression scolaire, l'individu boulimique a recours à un ou plusieurs des actes incluant provocation du vomissement, utilisation inappropriée de laxatifs et/ou de diurétiques, exercice physique excessif et coercition de restrictions alimentaires de type anorexiques afin de « rééquilibrer la balance ».

Causes

Les causes de la boulimie sont complexes et multiples et sont issues d'une combinaison de facteurs émotionnels, comportementaux, psychologiques et sociaux. 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.

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 (comorbidité). De 30 à 60 % des individus souffrant de troubles alimentaires souffrent également d'un trouble de la personnalité de type borderline. La boulimie est alors un symptôme¹.

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.

Waller² a montré que 40 % des femmes boulimiques ayant subi une violence sexuelle dans leur enfance ont des comportements de vomissement et des crises de fringale plus importants que les autres, surtout si l'abus sexuel était intrafamilial, violent et précoce (avant 14 ans). Dans ces cas, une dévoration compulsive, frénétique et autodestructrice est observée.

Diagnostic

La boulimie est plus fréquente que l'anorexie, et elle lui est souvent associée. Elle touche plus volontiers les femmes que les hommes (9/10), notamment la femme jeune, débutant souvent en fin d'adolescence (18-19 ans), et concerne en France 3 % des adolescentes. Cependant, ces chiffres peuvent être faussés à la baisse du fait de la difficulté à détecter la « boulimie avec purge » (vomissement, lavement,...) qui ne montre pas les stigmates habituels d'obésité ou de maigreur morbide.

Une corrélation est notée entre trouble du comportement alimentaire (Boulimie et Anorexie) et trouble de la sexualité. Une proportion anormalement élevée de cas d'abus sexuel lors de l'enfance et de l'adolescence a été soulignée par plusieurs études épidémiologiques.

Une interprétation psychiatrique voit la boulimie comme une réaction de défense contre la séduction et l'acte sexuel par la déformation du corps (obésité notamment); au contraire de l'anorexie qui viserait les mêmes objectifs en ramenant le corps à l'état prépubère (aménorrhée notamment).

La boulimie entraîne des comportements compulsifs de consommation de nourriture, en grande quantité, sur un court laps de temps. Les aliments choisis sont assez stéréotypés : aliments très caloriques, volontiers sucrés (gâteaux, crèmes, glaces,...) parfois salés (charcuterie, fromages,...). Le déroulement de la crise est marqué par un début brutal, avec sensation de malaise, de vide, de grande anxiété, que le patient ressent comme particulièrement pénible, et que l'ingestion massive et brutale de nourriture pourra calmer. Ce paroxysme anxieux se solde donc par la crise boulimique proprement dite, avec excès alimentaire, souvent accompagné de culpabilité, de perte de contrôle, et de sentiment de détresse face au trouble et à la honte d'avoir cédé à la pulsion. La crise peut durer jusqu'à ce que le malade ressente de violentes douleurs abdominales, signe que l'estomac est rempli, et signant souvent la fin de la crise. Le patient est alors souvent en prise à un malaise physique (associée à la douleur morale, la culpabilité, la honte) qui se résout souvent par des vomissements volontaires. Ces prises alimentaires sont souvent associées à un maintien du poids, en raison des tactiques de contrôle du poids plus ou moins dangereuses ou inefficaces : vomissements, prise de laxatifs, exercice physique, crise d'anorexie, diurétiques, lavements, médicaments coupe-faim.

Les critères pour retenir ce diagnostic incluent :

- Survenue régulière de crises boulimiques, telles que décrites ci-dessus.
- Stratégies de maintien de poids.
- Les crises surviennent au moins deux fois par semaine, pendant au moins 3 mois.
- L'estime de soi est particulièrement influencée par le poids et la forme corporelle (c'est-à-dire que le patient a des préoccupations excessives pour son poids, ses formes, la nourriture, etc.)
- Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des périodes d'anorexie mentale (sinon, il est question d'anorexie associée à des crises boulimiques).

Complications

Des complications parfois graves ont été notées : œsophagite (liée aux vomissements répétés), rupture œsophagienne ou gastrique (par absorption massive d'aliments), des troubles ioniques (en rapport avec l'utilisation de diurétiques ou de laxatifs) pouvant aller jusqu'à des arythmies cardiaques, et des complications dentaires. Ces complications peuvent faire prendre conscience au sujet des risques qu'il encourt : par exemple vomir du sang peut être un choc pour le/la boulimique et faire diminuer ses crises. Mais il est possible alors qu'il/elle se tournera vers d'autres addictions pour combler son besoin de à la fois contrôler son corps et sa vie et à la fois les détruire.

Évolutions de la maladie

- Disparition avec le temps mal expliquée³, le plus souvent, mais non sans souffrance qui doit justifier une consultation spécialisée.
- Passage à la chronicité : la boulimie perdure⁴, avec des rechutes fréquentes, et des risques sérieux pour la santé. Cela pourrait montrer la fixation du sujet sur un ou des événements non résolus dans sa vie.
- Apparition d'une dépression, de conduites addictives (drogues, alcool): déplacement du symptôme de la boulimie vers d'autres modes d'expression de la souffrance.

- Porte d'entrée vers l'anorexie : retournement de la pulsion sur la personne propre et renversement dans le contraire⁵.
- Invalidité scolaire, affective, sociale : déplacement du vide ressenti dans d'autres domaines.
- Durée de vie réduite.

Traitement

Les aides psychologiques les mieux évaluées sont les psychothérapies cognitivo-comportementales. Les résultats sont encore controversés. Mais elles semblent plus efficaces que des traitements médicamenteux tels que la fluoxétine.

D'autres psychothérapies sont utilisées, mais leurs évaluations comparatives sont encore plus pauvres : psychothérapie psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique, thérapies systémiques familiales, psychothérapie interpersonnelle.

Une thérapie nutritionnelle y est associée. Mais très souvent, les résultats obtenus par celle-ci ne durent pas, ce qui prouve que la boulimie est un symptôme. Une thérapie qui vise plus particulièrement le trouble de la personnalité sous-jacent à la boulimie donnera plus de résultat. Cette thérapie peut se faire en individuel, mais (comme dans le cas des personnalités alcooliques ou toxicomanes) elle est plus performante lorsqu'il s'agit d'une thérapie de groupe. Il existe également des groupes de soutien, sur le modèle des Alcooliques Anonymes : les Outremangeurs Anonymes. La prise en charge doit aussi favoriser l'insertion sociale, familiale, scolaire. Rarement, des antidépresseurs seront prescrits, pour surmonter un cap particulièrement pénible.

Références

1. ↑ Boulimie et trouble de la personnalité AAPEL. BOULIMIE.US. Boulimie, troubles alimentaires. Borderline etat limite, hyperphagie [archive]
2. ↑ **(en)** Waller, Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms, *Brit.J.Psychiatry*, 1992, 161 :90-93.
3. ↑ 50% des patients n'ont plus de symptômes après 5 à 10 ans
4. ↑ 20% des patients présentent encore de la boulimie après 5 à 10 ans de suivi
5. ↑ Pulsions et destin des pulsions, Métapsychologie, Freud, 1915

Bibliographie

- *Déjouer les troubles alimentaires* de Karin Bernfeld, éd. Libro/Flammarion, 2007
- *Témoignage : La Tortue sur le dos* Annick Loupias, éd. de L'Homme, 2001

"Fluoxétine, Boulimie: pas de progrès" et "Boulimie: les traitements symptomatiques sont peu efficaces", in revue Prescrire n° 275, p. 568 et 602 à 607, septembre 2006

- *Anorexie et Boulimie : Journal intime d'une reconstruction* de Vittoria Pazalle, Editions Dangles (2007).
- Denise de Castilla et Christiane Bastin, *La boulimie. Mieux se connaître pour en guérir*, Coll. Réponses, Paris, Robert Laffont, 1988, 202.
- *Thornytorinx* de Camille de Peretti, Editions Belfond (2005)
- *Meurs la faim* Anne CALIFE, éditions Gallimard, 1999, version intégrale, Menthol House, 2010.
- *Les toxicos de la bouffe* Catherine Hervais, éd. Payot Poche, 2007
- *La Boulimie* Franck Senninger, édition Jouvence, 2004