

Module 3 : MATURATION ET VULNERABILITE.

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

De l'enfant et de l'adolescent

MODULE 3 : MATURATION ET VULNERABILITE.

ITEM N° 42

ENSEIGNANTS : Pr. Ph Duverger, Dr J. Malka.

MODE D'ENSEIGNEMENT : ARC / ED

OBJECTIFS :

- Savoir diagnostiquer une anorexie mentale et une boulimie.
- Argumenter les principes de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires.

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

De l'enfant et de l'adolescent

GENERALITES... Pour comprendre.

ANOREXIE MENTALE

- 1°/ Epidémiologie.
- 2°/ Description clinique : diagnostic.
- 3°/ Diagnostic différentiel.
- 4°/ Formes cliniques.
- 5°) Facteurs étiopathogéniques.
- 6°/ Psychopathologie.
- 7°/ Evolution et pronostic.
- 8°/ Principes de traitement.

CONDUITES BOULIMIQUES

- 1°/ Epidémiologie.
- 2°/ Description clinique : diagnostic.
- 3°/ Diagnostic différentiel.
- 4°/ Formes cliniques.
- 5°/ Déterminisme – Psychopathologie.
- 6°/ Evolution et pronostic.
- 7°/ Principes de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

GENERALITES...

Pour comprendre

I - L'acte de manger chez l'enfant est un acte complexe et répond à plusieurs fonctions

- **La faim** : manger répond à un besoin instinctuel fondamental. La faim crée un état de tension apaisé par le repas.
- **Le plaisir** : manger procure de surcroît du plaisir; plaisir de sucer, de mordre et de croquer, servant d'exutoire à l'agressivité normale.
- **L'échange et l'attachement** : l'alimentation met en relation deux êtres. Les relations et la communication se font sous diverses formes : regards, paroles, toucher... L'adulte, en faisant don de nourriture à l'enfant, fait don de lui-même, d'amour. L'enfant, en acceptant la nourriture, accepte sa mère (qui, en retour, se sent aimée et reconnue comme bonne mère). Etre nourri pour un enfant, c'est aussi être aimé.
- **Le dedans et le dehors** : au niveau de la bouche, s'opère des échanges entre ce qui est du dehors (de l'autre) et ce qui est dedans (soi). Plusieurs mécanismes psychiques inconscients (introjection, incorporation, identification...) font intervenir ces notions de dedans et de dehors, d'intime et de collectif, de soi et de l'autre...des limites du corps...
- **La structuration de la personnalité et la mise en place des relations d'objet** (relation avec l'entourage). Le Moi se forme à partir d'éprouvés corporels. L'enfant établit une relation objectale dans laquelle s'enracine la fonction alimentaire.
- **Significations sociales et culturelles – imaginaires et symboliques** : dans chaque culture, manger revêt des significations particulières qui dépassent le simple fait de manger...

Manger ne se limite donc pas au seul fait de s'alimenter et ne constitue pas qu'une simple fonction physiologique. Manger fait aussi intervenir la psyché, consciemment et inconsciemment.

II - Le corps à l'adolescence

A la puberté, le corps se transforme. Ce corps peut déstabiliser ; alors, il « trahit » l'adolescent. Ces métamorphoses sont sources d'angoisse et de remaniements psychiques. Un nouveau corps, sexué, est à investir.

Simultanément, ce corps est au centre de la plupart des conflits de l'adolescent ; il est un moyen privilégié d'expression, le théâtre et support de certaines difficultés psychiques.

Le corps est pris comme moyen d'interaction avec les objets externes, que ces objets soient réels (personnes de l'entourage...) ou fantasmatiques (images parentales...). Il est aussi lieu des craintes d'altérité, d'étrangeté, d'aliénation.

III – Les troubles des conduites alimentaires

Anorexie et boulimie constituent les principaux troubles des conduites alimentaires. Rencontrés chez l'enfant et l'adulte jeune, ils

signent une difficulté à devenir adulte et à prendre son autonomie, par incapacité à construire un espace personnel de sécurité intérieure. Le déni fréquent des troubles nécessite un temps d'approche parfois long pour éveiller la conscience d'une souffrance et permettre l'alliance thérapeutique des parents, de l'entourage.

ANOREXIE MENTALE

Il s'agit d'un trouble psychopathologique à incidences somatiques et non d'une maladie somatique. Ce trouble partage des dimensions psychopathologiques communes avec d'autres troubles du comportement que l'on regroupe sous l'appellation de conduites d'addiction ou de dépendance (alcoolisme, toxicomanie, tentatives de suicide à répétition...).

1°/ Epidémiologie

L'anorexie mentale touche essentiellement les jeunes filles (9 filles pour 1 garçon) avec 2 pics de survenue : 13-14 ans et 18-20 ans, au moment où la question de la dépendance à l'égard de la famille est très importante. Elle peut survenir avant la puberté.

Sa fréquence serait stable, voire en légère augmentation dans les populations de race blanche des sociétés occidentales. Elle touche environ 1 % des adolescentes.

L'incidence annuelle, tous âges confondus, est de 7,6 pour 100 000.

Elle concerne classiquement les classes sociales élevées et moyennes.

2°/ Description clinique : diagnostic

□ **Triade symptomatique** : Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée (les 3 A).

L'**anorexie** : souvent inaugurale elle présente le plus souvent des caractéristiques traduisant sa nature psychologique. Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire, souvent justifiée au début par un régime qui deviendra de plus en plus drastique. La sensation de faim disparaît progressivement et à la perte d'appétit, se substitue une intolérance à l'alimentation. Cette anorexie s'accompagne d'attitudes particulières face à la nourriture : collection de recettes, tyrannie pour nourrir les autres, triage d'aliments, grignotage de portions infimes...

L'**amaigrissement** : progressif et souvent massif lors de la 1^{ère} consultation, il peut atteindre jusqu'à 50 % du poids initial. L'aspect physique est évocateur : disparition des formes féminines (seins, fesses et hanches effacées), corps anguleux, visage cadavérique avec des joues creuses, des yeux enfoncés dans les orbites, des cheveux secs et ternes... La méconnaissance voire le déni de la maigreur sont constants, à des degrés variables. Le désir éperdu de minceur et la peur de grossir

conduisent à des vérifications incessantes du poids, des mensurations et de la valeur caloriques des aliments. Ils confirment le trouble de la perception de l'image du corps. Parfois, existent des fixation dysmorphophobiques de certaines parties du corps.

L'**aménorrhée** : dans 55 % des cas, elle coïncide avec le début de l'anorexie. Précède l'anorexie dans 15 % des cas ; la suit dans 30 % des cas. Elle confirme le diagnostic. Elle peut être primaire (jeune fille non réglée) ou secondaire (après 3 mois de règles régulières). Dans l'évolution de l'anorexie mentale, c'est un des derniers symptômes à disparaître (élément de bon pronostic). Elle peut être masquée par la prise de la pilule. En dehors de toute grossesse, toute aménorrhée chez une adolescente doit faire suspecter une anorexie mentale.

□ **Signes cliniques associés**

- Potomanie : propension à boire de grandes quantités d'eau (plusieurs litres/jour). Elle est souvent masquée et doit être recherchée.
- Mérycisme : rare et ayant une signification de gravité.
- Vomissements (provoqués).
- Prises de laxatifs ou diurétiques, pour contrôler l'évacuation de nourriture. Associés, ces troubles peuvent induire des désordres hydroélectrolytiques graves.
- Hyperactivité motrice (marche, course à pied, sport intensif...) avec méconnaissance de la fatigue.

□ **Signes somatiques** : ceux de la dénutrition :

- Cheveux secs et tombants, ongles striés et cassants, peau sèche, lanugo, hypertrichose, érosions buccales, dents abîmées...
- Troubles cardiovasculaires : pâleur, acrocyanose, froideur des extrémités, hypotension, bradycardie, oedèmes de carence.
- Hypothermie.
- Constipation.
- Fractures liées à l'ostéoporose.

□ **Contexte psychologique**

- La méconnaissance de la maigreur est constante, elle reflète le trouble de la perception de l'image du corps. Les besoins physiologiques du corps sont niés. S'y associe un déni de la gravité de l'état de santé, d'autant que la maigreur croissante entraîne un sentiment de bien être, d'élation et de triomphe.
- Le désir éperdu de minceur et la peur de grossir occupent une part croissante de l'activité mentale.
- L'isolement relationnel. L'adolescente n'est plus intéressée par les sujets de conversation des ados de son âge ; elle se replie et s'isole
- La dépendance relationnelle : les relations avec les parents sont des relations de dépendance. L'anorexie mentale apparaît comme une tentative de se dégager de cette emprise, de cette relation de

dépendance. L'adolescente anorexique inverse les rôles dans la mesure où c'est la famille qui devient dépendante du bon vouloir de l'adolescente. Cette emprise manipulatrice assure le succès d'un illusoire contrôle de la sphère affective. Les conflits avec les parents sont alors inévitables et contribuent à l'auto renforcement de la conduite.

- La sexualité est activement et massivement refoulée, désinvestie : absence de plaisir corporel et sexuel, défaut d'investissement érogène du corps. Les transformations du corps liées à la puberté sont niées.
- Le besoin de maîtrise s'exprime au niveau du corps ; corps maltraité , sans conscience de la mise en danger. L'anorexique est une perfectionniste de la privation.
- L'hyper investissement scolaire, autre expression du besoin de maîtrise, se caractérise par une appétence de connaissances, une hyperactivité psychique avec vérifications et peur de l'imaginaire. Les apprentissages sont préférés à la créativité ; l'intellectualisme vise la mise à distance de toutes émotions et fait partie des conduites de réassurance narcissique et de conformité à un idéal de perfection.
- Absence de troubles psychiatriques majeurs, de type psychotique.

□ Données paracliniques

- Troubles métaboliques : hypoglycémie, hypokaliémie, hyponatrémie, hypoprotidémie, hypercholestérolémie, hyperamylasémie.
- Anémie hypochrome, avec leucopénie et hyperlymphocytose.
- Troubles hormonaux :
 - T3 basse, T4 et TSH normales, réponse normale mais retardée à TRH
 - Hypo-oestrogénie, baisse de FSH et LH.
 - Cortisolémie augmentée.
 - GH souvent augmentée.
- Troubles cardiovasculaires : hypotension et bradycardie.
- Absorptiométrie osseuse : diminution de la densité minérale osseuse par ostéoporose.

□ Signes de gravité

C'est souvent l'association de plusieurs signes :

- Amaigrissement rapide et supérieur à 30 % du poids.
- Bradycardie inférieure à 40 / minute avec troubles du rythme cardiaque liés à l'hypokaliémie – Hypotension inférieure à 9 / 5.
- Hypothermie.
- Epuisement aux activités physiques et scolaires.
- Ralentissement psychique – troubles de la conscience.
- Troubles biologiques graves.

Altitude, effort intense, diarrhée et vomissements répétés, infection intercurrente peuvent faire décompenser un état physique précaire.

3°/ Diagnostic différentiel

Avec les affections organiques :

- Certaines tumeurs cérébrales.
- Certains cancers (leucémies...).
- Maladie du tractus digestif, telle la maladie de Crohn.
- Panhypopituitarisme, maladie d'Addison.

Avec les affections psychiatriques :

- Psychose (avec délire d'empoisonnement...)
- Phobies alimentaires.
- Dépression mélancolique.

4°/ Formes cliniques

Anorexie – Boulimie

Concerne entre 25 et 50 % des anorexies et donne à penser que la conduite anorexique est une lutte constante contre la faim et l'impulsion boulimique. Des symptômes sont souvent associés : cleptomanie, anxiété, dépression, culpabilité...

Anorexie mentale du garçon

Rare (10 %), elle serait en augmentation. Des troubles de l'identité sexuelle sont souvent associés.

Anorexie pré-pubère

La perte de poids est souvent rapide ; elle s'accompagne d'un retard de croissance. Les antécédents de troubles des conduites alimentaires dans l'enfance et de troubles dépressifs sont fréquents. L'anorexie mentale prépubère reflète souvent un trouble massif du développement et son pronostic est plus grave.

Anorexie tardive

Survenant après l'adolescence et déclenchée par le mariage et/ou la naissance du premier enfant. S'y associent des troubles dépressifs francs. Elle est plus volontiers chronique.

Anorexie mineure

Près de 10 % des jeunes filles brillantes de classes sociales élevées dans les pays occidentaux présentent une anorexie fruste, autour de 18 ans, qui disparaît spontanément au bout d'un an.

5°/ Facteurs étiopathogéniques

Facteurs psychologiques

La personnalité pré-morbide : il n'est généralement pas retrouvé de difficultés particulières dans la petite enfance (notamment alimentaires).

L'enfance est sans histoire, aconflictuelle. Le souci principal : correspondre à l'attente de la mère.

Les facteurs familiaux : sont souvent retrouvés une absence d'autonomie des individus, un enchevêtrement des liens et un empiètement des générations. La crainte des conflits est fréquente ; tout est fait pour les éviter.

Rôle de l'adolescence

Les modifications physiologiques/pubertaires, les métamorphoses corporelles et les processus psychiques de l'adolescence jouent un rôle dans l'apparition de l'anorexie. L'angoisse de la sexualité, la réactivation des problématiques oedipiennes et des conflits d'identification déstabilisent l'adolescente. Le corps trahit et les défenses psychiques s'exacerbent, se rigidifient.

Facteurs culturels

Existe-t-il un idéal de civilisation prônant l'affirmation de soi au travers d'un corps modelé, maîtrisé et contrôlé pour en faire un instrument de puissance et de conquête, d'avantage que de plaisir ? Y a-t-il un impact du modèle de la femme mince sur des adolescentes au narcissisme défaillant ? La valorisation des performances scolaires et sportives ne vient-elle pas supplanter les échanges affectifs ? L'évolution du rituel du repas familial et du rapport à la nourriture est-il en jeu ? Autant de questions suggérant une participation culturelle à l'avènement de l'anorexie dans nos sociétés occidentales.

Rôle de la dénutrition

Il ne s'agit pas d'un facteur étiologique mais son impact est important. En effet, la dénutrition modifie certaines perceptions accentuant le comportement anorexique et un cercle vicieux peut s'installer.

De plus, certains systèmes de neuromédiateurs seraient impliqués dans les troubles des conduites alimentaires (sérotonine...).

6°/ Psychopathologie

Psychopathologie individuelle

- Le conflit pulsionnel : l'évitement de la sexualité génitale s'accompagne d'un déplacement des représentations génitales sur la sphère orale, les conduites alimentaires se trouvant érotisées et conflictualisées sur le mode du dégoût, avec inhibition et refoulement (manger est l'objet d'un puissant désir contrarié). Rites alimentaires, pensées obsédantes, conduites de vérification, surinvestissement de la maîtrise, relations d'emprise et de manipulation sur les objets sont des témoins d'une fixation de type anale.
- La pathologie de la personnalité : l'anorexique se détruit pour assurer son existence. La problématique de l'identité est au cœur de l'anorexie.

En effet, les failles narcissiques et la fragilité identitaire se révèlent à l'adolescence par des conduites pathologiques, adoptées en réponse au traumatisme pubertaire (qui intervient comme un réveil, un catalyseur). En corollaire, se majore le conflit dépendance-autonomie, central dans la problématique de l'adolescente anorexique. Paradoxes et contradictions caractérisent la personnalité de ces jeunes filles, exprimant leur volonté d'indépendance et simultanément s'installant dans des régressions narcissiques.

Les folles exigences de l'anorexique sont des réponses : aux angoisses de ne pas se contrôler, à l'horreur de ne pas maîtriser son corps, à l'insupportable de la sexualité, à la peur des appétits... Folles exigences focalisées sur le corps.

Psychopathologie familiale

Il n'existe pas de structure familiale particulière et stéréotypée. Certaines caractéristiques sont cependant retrouvées :

- La mère : souvent décrite de manière contradictoire, c'est à dire à la fois forte, rigide peu chaleureuse et dominante et simultanément fragile avec de fréquentes manifestations dépressives. Elle refoulerait la sphère affective, privilégiant les performances sociales de l'enfant. L'adolescente et sa mère vivant alors une dépendance mutuelle installée dès l'enfance.
- Le père : au caractère souvent effacé, soumis à la domination de sa femme, incapable de faire preuve d'autorité. Parfois, trop proche de sa fille et éprouvant des difficultés à occuper la place de tiers structurant dans le conflit oedipien (réactivé à l'adolescence). Fréquemment déprimé, il masque sa souffrance.
- La famille : elle cherche à apparaître parfaite dans une caricature de normalité alors qu'elle montre des signes de retrait et d'isolement face au monde extérieur. L'évitement des conflits internes est fréquent et l'apparence générale est lisse. Enfin, ces familles sont caractérisées par l'enchevêtrement entre les membres d'une même famille, la surprotection, la rigidité et l'intolérance aux conflits. La communication est souvent paradoxale et objet de rupture.

7°/ Evolution et pronostic

La gravité potentielle de l'anorexie mentale doit toujours être prise au sérieux et le pronostic lointain est souvent réservé.

- La durée d'évolution varie de quelques mois à toute une vie (rarement inf. à 18 mois)
- La mort survient dans 5 à 10 % des cas (dénutrition et ses complications, suicide...)
- Rechutes : fréquentes, autours de 50 % des cas (pas de réelle valeur pronostique).
- Le poids et les conduites alimentaires : normalisés dans 75 à 80 % des cas, à 5 ans;
ce qui signifie 15 à 20 % de cas de chronicité (mauvais pronostic).

- Règles : spontanées et régulières dans 50-60 % des cas (facteur de bon pronostic).
- Etat psychologique : jugé satisfaisant dans 50 % des cas.
Le déni des troubles à 4 ans est un facteur de mauvais pronostic.
- La guérison : processus lent, rarement inférieur à 4 ans :
50 à 60 % des cas si l'on considère la triade symptomatique,
30 à 40 % des cas si l'on fait intervenir d'autres symptômes,
psychiatriques et de qualité de vie sociale et affective.

8°/ Principes de traitement

Le traitement vise à rompre le cercle vicieux de dépendance, la disparition de la conduite symptomatique et un remaniement de la personnalité et des rapports familiaux permettant la prise d'autonomie psychique de la patiente.

Il n'existe pas de solution thérapeutique univoque et immédiate. Le soin ne se conçoit que dans la durée. C'est le type même du trouble qui nécessite un abord global intégré, somatique et psychologique. L'adhésion aux soins par la patiente et sa famille est parfois longue à obtenir en raison du déni des troubles. Si parfois on ne peut éviter l'urgence, il sera toujours préférable de rechercher l'alliance thérapeutique et l'élaboration d'un cadre de soin le mieux adapté, à chaque cas.

L'hospitalisation temps plein n'est indiquée que lorsque l'anorexique est en danger vital ou lorsque, malgré un suivi et des consultations psychiatriques, elle ne reprend pas voire elle continue à perdre du poids, dangereusement.

L'hospitalisation

- Le contrat : il constitue le moyen privilégié et porte principalement sur le poids et les relations avec l'entourage. Ce contrat est négocié avec l'adolescente, sa famille et les soignants avant l'hospitalisation. L'hospitalisation a lieu en milieu médical (pédiatrique, clinique de l'adolescent...), voire en réanimation, mais aussi parfois au sein d'unités psychiatriques spécialisées. Le contrat :
 - permet une observation clinique de l'adolescente et de ses modalités relationnelles en dehors de son contexte affectif habituel,
 - représente une médiation, une limite qui s'interpose entre la patiente et les autres,
 - témoigne, par sa permanence, de la fiabilité des soignants,
 - crée un espace propre à la patiente, condition de son autonomie et du respect de son individualité (favorise les processus d'individuation),
 - permet l'expression d'attaques violentes dont les effets destructeurs potentiels sont démentis par sa permanence,
 - permet de ne pas occuper les entretiens par des négociations sans fin autour du poids.

Contre partie de l'intangibilité du contrat : offrir à la patiente la possibilité de nouer des relations vivantes et personnalisées et d'éviter de la laisser dans une solitude mortifère.

- *L'isolement* : expliqué dans la mise en place du contrat, il est plus ou moins strict. Il est surtout important avec les membres de la famille. Cela n'empêche pas les multiples rencontres au sein du service d'hospitalisation et autres lieux de soins. Sa levée est progressive selon les termes du contrat établi au départ en fonction de la reprise de poids (spontanée) et de l'amélioration (qualité et souplesse) des relations. Ainsi, après une phase d'hospitalisation complète, des hospitalisations de jour ou de semaine peuvent être envisagées progressivement.
- La ré-alimentation : peut être une nécessité et une urgence : nutrition par sonde gastrique ou voie parentérale, en milieu médical. Peut aussi être progressive, orale, par palier, chaque fois que possible. Conseils et suivi nutritionnel dans un deuxième temps.
- La thérapie institutionnelle : un principe fondamental du soin hospitalier est la diversité des intervenants et des approches. L'hospitalisation ne doit pas renforcer les défenses de la patiente mais au contraire être utilisée pour faire évoluer sa personnalité et l'ouvrir à des modalités relationnelles nouvelles. C'est la vie de l'institution, les échanges entre individus occupant des statuts différents (thérapie pluri-focale), les règles explicites et implicites, les activités, qui sont utilisées à des fins thérapeutiques.
La prise en charge d'une anorexique est difficile et provoque des conflits au sein de l'équipe soignante. Le travail avec l'équipe soignante est donc très important, les supervisions de l'équipe, régulières.
- Mesures thérapeutiques diversifiées :
 - Thérapies corporelles : relaxation, massages, bains...
 - Groupes de paroles d'anorexiques...

Les médicaments psychotropes

Aucun psychotrope n'a d'efficacité directe sur les troubles des conduites alimentaires. Ils sont utilisés uniquement en appoint : anxiolytiques et neuroleptiques sédatifs en cas de débordements anxieux, antidépresseurs sérotoninergiques en cas de troubles dépressifs associés.

Les psychothérapies

Plusieurs modalités psychothérapeutiques existent. Elles sont adaptées à chaque situation et à chaque adolescente. Il s'agit de :

- ***Psychothérapie de soutien***
- Psychothérapie analytique
- Psychodrame
- Thérapie comportementale.

Place des familles

Le travail psychothérapeutique avec la famille est très important. Outre le fait de favoriser l'alliance thérapeutique, il aide à dépasser les inévitables sentiments de culpabilité, à supporter la séparation et l'autonomisation plus ou moins conflictuelles de leur fille (processus de séparation – individuation), à réfléchir sur le fonctionnement familial. Des thérapies familiales sont parfois mises en place, dans un deuxième temps. Enfin, des groupes de paroles entre parents d'anorexiques ont montré leurs intérêts.

CONDUITES BOULIMIQUES :

Cette entité pathologique n'est réellement reconnue que depuis les années 70. Il s'agit d'un trouble psychopathologique à incidences somatiques et non d'une maladie somatique. La boulimie correspond à une consommation exagérée d'aliments, avec perte du contrôle des prises, rapidement, sans rapport avec la sensation de faim.

1°/ Epidémiologie

Elle est fréquente dans les pays les plus développés.
Prévalence de l'ordre de 1,5 % de la population féminine.
La prépondérance est féminine (3-4 filles/1 garçon)
Le début électif des troubles est autour de 18-20 ans, à un moment de dépendance importante à l'égard des parents.

2°/ Description clinique : diagnostic

La forme clinique caractéristique est la forme compulsive normo-pondérale, évoluant par accès (1 à 2 par semaine à plusieurs par jour) avec vomissements auto-provoqués.

Lors de la crise, il y a ingestion massive, impulsive, irrésistible avec perte de contrôle, d'une grande quantité de nourriture, richement calorique.

- Ingestion rapide sans discontinuité, sans goût, en dehors des repas,
- souvent à des moments de solitude, en cachette,
- arrêtée par des vomissements auto-provoqués,
- avec sentiments de honte ou de dégoût de soi à la fin de la crise, culpabilité.

Il existe différentes stratégies de contrôle du poids motivées par la peur de grossir et des distorsions perceptives de l'image du corps :

- prises de médicaments : diurétiques, laxatifs, anorexigènes...
- hyperactivité, période de jeûne.

Caractéristiques psychiques :

- Peur de grossir.
- Préoccupations autour du poids et de l'image corporelle.

- Préoccupations autour de la nourriture.
- Absence d'intérêt pour la sexualité ou hypergénéésie avec multiplicité des partenaires sexuels.
- Dépendance exagérée aux parents et notamment à la mère.
- Volonté d'indépendance dans certains secteurs de la vie quotidienne.

Manifestations fréquemment associées :

- Anxiété.
- Dépression.
- Passages à l'acte (tentatives de suicide, agressivité...)
- Kleptomanie ++ (de bijoux, de nourriture, etc...)

Il n'existe pas d'autres manifestations psychiatriques patentes.
Le diagnostic est souvent fait tardivement.

3°/ Diagnostic différentiel

Le diagnostic est avant tout positif et souvent évident (lorsqu'il est démasqué ou avoué).

Aucune autre maladie ne prête à confusion et il est inutile de multiplier les examens complémentaires.

- A différencier des fringales, grignotages et hyperphagies prandiales.
- A différencier des hyperphagies dans le cadre d'un diabète, d'un syndrome de Kluver Bucy, d'épisodes maniaques.

4°/ Formes cliniques

- Boulimie normo pondérale (70 % des cas)
- Boulimie avec obésité (30 % lors de l'évolution)
- Formes mixtes anorexie-boulimie: dans 50 % des cas d'anorexie mentale, une période de boulimie marque l'évolution.
- Formes masculines : plus sévères, troubles de l'identité sexuée.
- Formes graves à type d'état de mal boulimique.

5°/ Déterminisme – Psychopathologie

La boulimie s'inscrit dans les troubles de type addiction. La compréhension de la psychopathologie sous-jacente (problématique de dépendance-autonomie) permet de reconnaître, au-delà des aspects symptomatiques manifestes, la réalité psychique de la patiente.

6°/ Evolution et pronostic

L'évolution est généralement longue, fluctuante, avec de nombreux épisodes de boulimie qui ponctuent des périodes variables de rémission.

- Lorsque la chronicité s'installe, la morbidité psychosociale est importante :
- Fréquence des tentatives de suicide, automutilations.

- Dépressions récurrentes, avec dévalorisation, culpabilité, désespoir...
- Troubles du sommeil.
- Fréquence des co-addictions : psychotropes, drogues, alcool.
- Maladies des laxatifs...

Des complications somatiques sont parfois sévères :

- Troubles dentaires.
- Hypertrophie des parotides et des sous-maxillaires.
- Altérations des muqueuses bucco-pharyngées et digestives.
- Troubles métaboliques et hydroélectrolytiques (dyskaliémies)...
- Troubles du cycle menstruel.

Le pronostic dépend étroitement du trouble psychopathologique sous-jacent à la conduite alimentaire (narcissique, névrotique...).

Le déni fréquent des troubles nécessite un temps d'approche parfois long pour éveiller la conscience d'une souffrance et permettre l'alliance thérapeutique.

7°/ Principes de traitement

- Hospitalisation rarement nécessaire (sauf état de mal boulimique, dépression grave, complications somatiques...)
- Chimiothérapie : les antidépresseurs sérotoninergiques ont parfois montré une certaine efficacité, même en l'absence de troubles thymiques...
- Les thérapies cognitivo-comportementales sont parfois intéressantes pour contrôler les crises.
- Les thérapies de groupe et autres psychodrames peuvent apporter un soulagement.
- Le travail familial est souvent important.
- La psychothérapie d'inspiration analytique peut parfois permettre une approche de l'ensemble de la personnalité.

Pour en savoir plus...

Corcos M, et coll. : *Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence*. Encycl Méd Chir

Psychiatrie, 37-215-B-60, 2001, 6p.

Marcelli D. et coll. : *Les troubles du comportement alimentaire*. Médecine de l'adolescent - Coll.

Pour le praticien, Masson, Paris, 2000, 18, 123-135.

[Retour Accueil du site](#)

[Retour sommaire Enseignement](#)