

Anorexie Boulimie



Histoire de trouble du comportement alimentaire



L'anorexie mentale n'est pas une maladie du XXe siècle, bien que la description médicale, clinique, et les critères de diagnostic soient des contributions récentes. C'est une maladie ancienne, en évolution.

Anorexie, boulimie dans l'Antiquité et au Moyen Âge

Le comportement boulimique était présent déjà pendant l'empire romain. Les riches résidents se livraient à des orgies alimentaires, des crises de boulimie suivies parfois de vomissements. Le médecin grec Galien (130-200) a séjourné à Rome, il a défini la boulimie comme un trouble

digestif présent à Rome.

Au Moyen Âge, plusieurs cas sont documentés où le jeûne était considéré comme pratique religieuse. Catherine de sienne était adepte de ces pratiques de privation alimentaire.

La princesse Margaret de Hongrie a vécu de 1242 à 1271. Son histoire est documentée par les témoignages et les procès-verbaux de sa béatification qui a débuté cinq ans après sa mort.

La princesse Margaret fille de roi, a été élevée dans un couvent dominicain. Elle excellait dans ses études, et dans les tâches qu'elle devait accomplir. Elle était croyante, elle pratiquait l'austérité, le jeûne, la privation de sommeil, et les travaux pénibles comme moyen de pénitence.

Au couvent, on racontait qu'elle refusait

fréquemment de manger, offrant sa part de nourriture à ses camarades de communauté. La princesse a intensifié son régime alimentaire quand son père le roi Baylor lui a proposé des prétendants. Elle est décédée à l'âge de 28 ans. Dans le procès de sa béatification, on dit qu'elle avait l'esprit lucide, mais le corps maigre et perdu. Elle a été béatifiée sous le nom de Sainte-Marguerite.

Les symptômes et le comportement de Sainte-Marguerite ressemblent étrangement à l'anorexie mentale selon la définition de notre époque.

Toutes les religions sans distinction pratiquent une restriction alimentaire rituelle. En Europe, il est probable que les facteurs qui poussaient certains religieux et certaines religieuses à dépasser la pratique d'austérité alimentaire (le jeûne) vers l'anorexie sont identiques aux facteurs qui incitent à l'émergence de l'anorexie mentale chez les jeunes femmes de notre siècle.

Anorexie et boulimie : XVIIe et XVIIIe siècle

John Reynolds décrit le cas d'une jeune fille anglaise de 18 ans, Martha Taylor qui vomissait après chaque repas. Elle refusait la nourriture solide, elle était maigre, et n'avait plus de cycle menstruel.

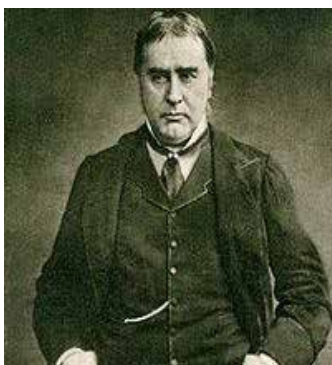
Reynolds décrit " La plupart de ces demoiselles entrent dans cette abstinence entre l'âge de 14 et 20 ans."

Vingt-deux ans plus tard, Richard Morton décrit deux autres cas dont les symptômes répondent aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale à notre époque. Au 18ème siècle, Robert Whytt décrit un cas d'anorexie typique chez un jeune homme de 14 ans, il a nommé cette maladie : "atrophie nerveuse"

A la fin du XVIIIe siècle, la boulimie figure dans les encyclopédies et dans les dictionnaires médicaux. L'encyclopédie britannique décrit la boulimie en 1797 comme " une maladie dans laquelle le patient est atteint d'un désir insatiable et perpétuel pour manger." Dans le dictionnaire médical anglais Motherby, la boulimie est décrite comme une faim qui s'achève par des vomissements. Blankaart en 1708, dans le Dictionnaire médical décrit la boulimie comme " extraordinaire appétit qui s'accompagne d'une faiblesse mentale."

Anorexie, boulimie, XIXe siècle

Le médecin français Louis-Victor Marce décrit plusieurs cas d'anorexie mentale en 1860. Il décrivait des jeunes filles à l'âge de la puberté, après un développement précoce, qui éprouvent un dégoût pour la nourriture, sont incapables de s'alimenter. Elles sont convaincues par un délire involontaire qu'elles ne devraient pas manger. Le médecin londonien Sir William Gull en collaborant avec le neuropsychiatre parisien Charles Lasègue a publié, en commun, plusieurs articles sur la description et le traitement de l'anorexie. À l'époque, ils ont nommé cette maladie l'anorexie hystérique.



Sir William Gull



Charles Lasègue

Le trouble émotionnel des patientes a été identifié et détaillé par Lasègue. Gull recommandait un traitement : “la patiente doit être alimentée à intervalles réguliers, et entourée par personnes qui auraient un contrôle moral sur elle, à l’exception des parents et des amis”.

Les articles de Gull et Lasègue représentent un tournant dans l’histoire de l’anorexie. Le terme anorexie nerveuse a été inventé pour distinguer cette maladie de l’anorexie qui accompagne d’autres maladies comme le cancer ou la tuberculose.

Ces premiers auteurs avaient noté ce qui va devenir les critères diagnostiques de l’anorexie. Gull par exemple s’étonnait de l’hyperactivité et de l’excessive énergie de ces patientes malgré leurs conditions de famine. Lasègue décrivait des observations minutieuses sur la femme anorexique, ses attitudes particulières et pathologiques vis-à-vis de la nourriture, et ses interactions familiales complexes et pathologiques. On peut se demander si les découvertes simultanées de Gull et de Lasègue sont une réaction à une nette augmentation de ce trouble durant la deuxième moitié du XIXe siècle, ou une évolution scientifique.

Cette question reste toujours sans réponse. Il est impossible de savoir si l’anorexie est une maladie mal diagnostiquée par le passé, ou une maladie rare autrefois !

Bien que les États-Unis soient un pays sous-développé au XIXe siècle, les médecins américains bénéficiaient des contributions des médecins anglais et français sur l’anorexie. Le médecin hygiéniste William Chipley publie en 1859 un article sur les causes et le traitement de l’aversion alimentaire. 20 ans plus tard, le neurologue William Alexander Hammond, décrit le cas d’une jeune fille affectée d’anorexie. Ce cas de Molly Fancher fut probablement le premier cas médiatisé d’anorexie mentale.

À la fin de XIXe siècle, l’anorexie mentale est arrivée aux États-Unis, comme concept et comme maladie. On retrouve le terme d’anorexie mentale dans la plupart des publications de cette époque.

Anorexie mentale au XXe siècle

Au cours du XXe siècle, les articles publiés au début du siècle comportaient peu de nouveautés, et beaucoup de confusion. Au début du XXe siècle, la confusion entre l’insuffisance hypophysaire (insuffisance de la glande hypophyse), et anorexie mentale a été discutée. Dans les premières décennies du XXe siècle, on considérait cette maladie comme une maladie endocrinienne, on retrouve le terme “maladie de Simmond” dans de nombreuses publications de 1920 et 1930. Pendant ces années, l’anorexie a été traitée par des extraits de la thyroïde. Au cours des années 30, d’autres interprétations vont ajouter à la confusion.

La psychanalyse freudienne était si populaire. Il était normal de penser à des origines sexuelles pour cette maladie. Selon cette approche, les anorexiques étaient considérées comme des sujets qui se défendaient contre leurs fantasmes ou contre leurs obsessions sexuelles. Bien que ces idées aient peu de crédit de nos jours, les écrits psychanalytiques ont largement analysé la psychologie des anorexiques, le rôle de l’enfance et le rôle de la famille.

Les idées psychanalytiques traditionnelles triomphant pendant trois décennies en Europe commencent à perdre progressivement de leur influence dans les années 40. On avait besoin d’un cadre plus global, un cadre qui prend en compte les particularités des patients anorexiques.



Hilde Bruch

Il a fallu attendre la publication du livre novateur de Hilde Bruch, publié en 1973, sur le trouble du comportement alimentaire pour actualiser notre approche de l'anorexie nerveuse. Ce livre est une révolution majeure dans la théorie et en pratique. Ce livre est paru à un moment où le nombre des cas d'anorexie augmentait de façon spectaculaire.

Bruch a une formation de psychanalyste, elle avait travaillé pendant 30 ans avec des patients anorexiques avant de publier son livre. Elle a apporté une contribution importante aux études relatives à l'obésité chez les adolescents.

Son livre "Eating disorders" ou les troubles du comportement alimentaire comprend une réflexion nouvelle sur l'anorexie mentale et ses relations avec l'obésité. Selon Bruch, les deux problèmes se rapportent à des questions d'image corporelle. Pour la première fois, on a lié l'anorexie mentale à l'image du corps.

Au moment où le livre de Bruch est publié, la notion de l'obésité comme trouble psychologique était controversée. Bruch soutenait avec force qu'il existait des liens étroits entre le trouble de l'image du corps et les troubles dans lesquelles la fonction alimentaire devient la cible du conflit psychologique. Dans le même livre, Bruch affirme que l'anorexie mentale devait être comprise en terme de développement de la personnalité toute entière, dans un contexte familial, et non pas restreindre l'anorexie à un problème psychosexuel.

Elle a distingué également deux types d'anorexie, une forme primaire et secondaire dans lesquels elle a identifié trois caractéristiques :

- déformation de l'image corporelle,
- incapacité d'identifier des états internes concernant la sensation et les besoins de faim,
- sentiment envahissant de remplir une tâche imposée, un reflet passif d'exigences externes.

Ce dernier caractère est très important. C'est une sorte de lacunes de l'esprit de la patiente, le sentiment de n'être rien, de ne pas être maître de sa destinée. Ce sens déficient du "moi" selon Bruch trouve son origine dans les expériences de l'enfance.

Cela explique selon elle, la fréquence de l'anorexie pendant l'adolescence, une période où le développement du sens de l'autonomie, de la maîtrise et la compétence sont indispensables. D'autre part, Bruch a décrit des formes atypiques de l'anorexie mentale, elle considérait l'anorexie mentale comme un ensemble de maladies hétérogènes. Selon elle, l'anorexie est une perte de poids sévère due à des facteurs psychologiques, et dont le désir de minceur traduit un déficit pathologique d'autonomie.

L'anorexie mentale atypique, traduit par la fonction alimentaire, traduit à son tour de multitude de difficultés sous-jacentes de la personnalité, y compris des troubles psychiatriques. Cette distinction entre anorexie primaire et anorexie atypique n'a pas été entièrement acceptée à

l'époque. Plus tard, à la fin de XXe siècle, cette distinction deviendra indispensable, du point de vue diagnostique et thérapeutique.

La question de savoir si l'aménorrhée devrait être un critère nécessaire pour le diagnostic de l'anorexie mentale demeure controversé. Russell en 1969, a plaidé pour que l'aménorrhée soit un critère nécessaire pour le diagnostic de l'anorexie mentale. Certains chercheurs sont d'accord avec Russell, d'autres pensent que l'aménorrhée n'est que la conséquence de restriction alimentaire.

La perturbation de l'image corporelle est décrite par les patients souffrant d'anorexie mentale comme "la certitude d'être grosse". Cela a été assez bien accepté par la plupart des chercheurs. Le concept a été élargi, on parle maintenant d'un défaut de l'image corporelle.

En 1980, les études démontrent que les anorexiques qui vomissent, sont différentes des anorexiques qui pratiquent de restrictions alimentaires. La boulimie, vomissements et purges (utilisation de laxatifs et des lavements) sont associés à un risque plus élevé de suicide, d'automutilation et d'abus de substances y compris d'alcool. À la fin de XXe siècle de nombreuses études soulignent le comportement impulsif chez les patientes anorexiques boulimiques. D'autres maladies du comportement alimentaire ont été identifiées, et ajoutées aux classifications Internationales.

Boulimie

Ce terme définit boulimie, ou hyperphagie, un comportement qui peut exister chez les personnes anorexique ou en bonne santé mentale. La boulimie est un comportement qui peut accompagner l'anorexie mentale, est connue depuis l'Antiquité. La boulimie est un terme inventé par Russell en 1979. Russell a conceptualisé la boulimie comme une suite chronique de l'anorexie mentale.

Ce terme de boulimie a été accepté dans les classifications internationales tard. Actuellement il y a un consensus pour dire que les épisodes boulimiques ne sont pas toujours dus à l'anorexie mentale. Plus tard, d'autres troubles alimentaires ont été séparés de la boulimie comme l'hyperphagie compulsive et autres. Dans les références actuelles, la boulimie est considérée comme un manque de contrôle sur l'alimentation, en relation avec l'image du corps. Il existe des boulimiques avec vomissements, avec purges, ou des boulimiques avec des épisodes de restrictions alimentaires.

Références

- * Richardson H.B. (1939) Simmonds's disease and anorexia nervosa. Arch. Intern. Med., 63: 1-5.
- * Waller J.F., Kaufman M., Deutsch F. (1940) Anorexia nervosa: a psychosomatic entity. In Evolution of Psychosomatic Concepts (Eds R.M. Kaufman, M. Heilman), pp. 35-46. Hogarth Press, London.
- * Bliss E.L., Branch C.H. (1960) Anorexia Nervosa: Its History, Psychology and Biology. Hober Medical Division, Harper & Row, New York.
- * Russell G.F.M. (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol. Med., 9: 429-448.
- * Encyclopaedia Britannica (1797) Bulimy. Bell and MacFarguhar, Edinburgh.
- * Motherby G. (1785) A New Medical Dictionary: Or a General Repository of Physic. Johnson and Robinson, London.
- * Marce' L.V. (1860) On a form of hypochondriac delirium occurring consecutive to dyspepsia and characterized by refusal of food. J. Psychol. Med. Met. Pathol., 13: 264-266.

- * Gull W. (1888) Anorexia nervosa. *Lancet*, i: 516-517.
- * Lasègue C. (1873) On hysterical anorexia. *Med. Times Gaz.* 2: 265-266.
- * Bruch H. (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Basic Books, New York.

Anorexie - Boulimie



Les médecins observent avec inquiétude l'augmentation du nombre de malades anorexiques dans leur consultation d'autant qu'ils avaient appris à classer cette maladie dans le chapitre des maladies rares.

Les années 70-80 ont changé cette notion, des centaines de cas ont été étudiés dans les hôpitaux et la diffusion de cette affection justifie de la qualifier, depuis les années 90 comme épidémie sociale des femmes blanches occidentales (R. Gordon : Anorexie ; Anatomie d'une épidémie sociale ; stock pernoud, 1996) .

Un peu d'histoire

En médecine, l'anorexie mentale ou anorexia nervosa (littéralement "absence d'appétit ") est un trouble du comportement alimentaire bien défini par des restrictions alimentaires ainsi que des périodes de jeûne, qui étaient déjà, au Moyen-Age, largement pratiquées au sein de communautés religieuses, ces pratiques ayant un caractère mystique et une justification philosophique. Sainte Catherine de Sienna, est morte à l'âge de trente-trois

ans à la suite de ce que certains auteurs appellent aujourd'hui " anorexie sainte ", n'est qu'un exemple de ce genre de pratique.

On retrouve la première description médicale de l'anorexie en 1689; le médecin Richard Morton décrit une forme de "dépérissement physique" d'origine nerveuse.

A partir de la deuxième moitié du siècle passé, le terme d'anorexie mentale est employé dans le sens que nous lui connaissons aujourd'hui : en même temps, deux médecins, le français Lasègue en 1873 et l'anglais Gull en 1874, donnent les deux premières descriptions cliniques de cas d'anorexie. Bien que pour ces auteurs il s'agisse d'un trouble d'origine psychique, la médecine le considérera et le traitera pendant des années comme un problème physique (insuffisance hypophysaire, notamment). Ce n'est qu'à partir des années 1950 que l'on reviendra à l'origine psychologique de l'anorexie mentale, acceptant que les problèmes physiques associés ne soient que la conséquence de l'arrêt de l'alimentation.

Quant à la boulimie ou bulimia

nervosa (du grec “ grande faim dévorante “), elle a pendant longtemps été considérée comme un symptôme provenant d'autres pathologies : tantôt comme un signe de névrose hystérique, tantôt comme faisant partie d'un trouble profond de la personnalité ou un signe de dépression.

Certains auteurs ont parlé d'addiction ou de “ toxicomanie sans drogue “. Des rapprochements ont également été faits entre boulimie et obésité. On a aussi parlé d'une origine biologique de la boulimie, hypothèse qui met en cause des variations du taux de sérotonine, produit chimique ayant un rôle important dans le fonctionnement du cerveau. Ce n'est que dans les années 80 que la boulimie acquiert une description clinique spécifique.

A partir des années 80, suite à l'intérêt que les troubles alimentaires ont suscité dans le monde médical, d'autres troubles alimentaires, seront distingués de l'anorexie et de la boulimie selon les symptômes. Ces maladies se regroupent sous le titre commun de troubles du comportement alimentaire.

Clinique et symptômes d'Anorexie nerveuse et de la boulimie

L'anorexie mentale ou anorexie nerveuse est une pathologie qui semble actuellement de plus en plus fréquente. L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire. La maladie se caractérise par un désir pathologique de ne pas prendre de poids, et par la peur de manger. La population à risque se compose largement de femmes blanches, de la classe moyenne. Ces maladies sont rares chez les femmes orientales ou noires, chez les femmes pauvres ou chez les hommes. Dans l'anorexie, l'objectif de perdre du poids est réalisé principalement par une restriction de nourriture. Dans la boulimie, les patientes mangent une quantité notable d'aliments, puis vomissements ou un emploi excessif de laxatif suivent, dans ce cas, la prise de poids n'est pas sévère en dépit de l'obsession liée à la nourriture.

Certains auteurs considèrent que les deux maladies sont deux entités distinctes, d'autres classent la boulimie comme une variante de l'anorexie nerveuse en raison de la présence de points de passage : L'anorexie nerveuse peut favoriser un comportement boulimique, et les patients boulimiques passent souvent par une phase d'anorexie.

Fréquence :

L'augmentation devient inquiétante dans les sociétés occidentales avec une morbidité élevée de 1/200 parmi les adolescentes de race blanche vivant dans les sociétés occidentales ou suivant ce modèle. Cette fréquence est élevée parmi la population des lycéennes et des étudiantes. Cette maladie affecte les classes sociales élevées et moyennes, où la promotion sociale et la réussite scolaire ont une grande importance.

La rareté de l'anorexie parmi les populations noires (africaines ou afro-américaines) pose des questions sur la qualité des échanges relationnels dans la famille occidentale. La fréquence de l'anorexie nerveuse n'est pas connue ; dans la population à haut - risque (filles de 16 - 18 ans) , la fréquence serait de 0,1- 1 %, d'autres études proposent 0,2 %.

En ce qui concerne la boulimie, il est probable que la fréquence a déjà dépassé celle de l'anorexie dans les pays occidentaux. Les travaux épidémiologiques montrent une inégalité des sexes devant l'anorexie mentale : 95 % des cas recensés sont des femmes, surtout entre 15 et 25 ans, contre 5 % d'adolescents. On constate aussi un accroissement du nombre des cas : les estimations indiquent qu'aujourd'hui 5 % des adolescentes sont atteintes d'anorexie mentale contre 1 à 2 % il y a 10 ans. (soit une augmentation de 500 % durant les dix dernières années)

Le diagnostic de ces deux maladies est basé sur des critères cliniques selon l'american psychiatric association.

Critères de diagnostic de l'anorexie

Critère de poids : 85 % ou moins que le poids prévu.

Indice Masse corporelle : [poids en kg/(taille)² en m] moins de 18 est considéré comme un seuil

pour faire le diagnostic.

L'Aménorrhée chez la femme est une caractéristique constante.

Refus de maintenir le poids du corps ou perte de poids allant à 85 %; ou absence de prise de poids pendant la période de croissance,

Intense crainte de gagner du poids ou devenir obèse en dépit d'un poids inférieur à la normale.

Perturbation mentale dans laquelle une norme de poids est présente, influençant l'image de soi

Aménorrhée (absence au moins de trois cycles menstruels consécutifs.)

Deux types de comportement sont visibles :

a- Comportement restrictif : La personne malade limite la quantité de nourriture

b- Comportement de purge : La personne mange mais l'usage de laxatifs, diurétiques ou lavements est présent.

Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Critères du diagnostic de la boulimie nerveuse ou mentale selon the American Psychiatric Association

1-Episodes chroniques de suralimentation (binge eating : alimentation explosive) . Un épisode de suralimentation explosive est caractérisé par : s'alimenter durant des durées courtes (période de 2h) d'une quantité de nourriture plus grande que la normale. Sentiment de manque de contrôle sur la nourriture (sensation qu'on ne peut pas s'arrêter de manger ni contrôler la quantité mangée).

2. Comportement compensatoire pour empêcher le gain de poids, tel vomissements, laxatifs, diurétiques, médicaments, sport intensif.

3. Suralimentation avec comportements compensatoires arrivant au moins deux fois/semaine pendant une période de 3 mois.

4 Estime de soi influencée par le poids et la forme du corps. Cette perturbation ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'anorexie nerveuse.

Comment faire le diagnostic en pratique ?

Les critères diagnostiques de la boulimie nécessitent qu'une grande quantité de nourriture soit ingérée (plus grande que la moyenne) survenant au moins deux fois / semaine durant 3 mois, avec un comportement compensatoire (vomissement, lavements) prouvé. Le patient est classé alors en anorexie nerveuse plutôt qu'en boulimie nerveuse si la réduction du poids est importante. Comme dans l'anorexie, la distorsion de l'image du corps est une caractéristique essentielle. Les deux sous-types de boulimie : avec purges et sans purges existent, avec un comportement compulsif, auto-mutilation, et comportement anti-social.

La valeur diagnostique de la perception perturbée de l'image du corps chez les patientes avec des problèmes liés à l'alimentation a été largement étudiée.

En pratique, un diagnostic présomptif d'anorexie nerveuse est justifié si les éléments suivants sont présents:

- (1) perte de poids importante
- (2) absence de maladie organique
- (3) absence de maladie psychiatrique primaire qui pourrait rendre compte d'un échec à manger;
- (4) restriction extrême de nourriture, avec ou sans vomissement
- (5) exercices rituels
- (6) démenti de la sensation de faim, de fatigue ou d'amaigrissement.

Le diagnostic de boulimie nerveuse est assuré s'il y a :

- (1) alimentation exagérée sans perte majeure de poids;
- (2) vomissements induits ou usage régulier de laxatifs ou diurétiques
- (3) comportement obsessionnel et compulsif, activité anti-sociale ou auto-mutilation.

Etiologie (point de vue médical)

La cause des troubles liés à l'alimentation est inconnue. Bien que la dysfonction de l'hypothalamus ait été évoquée, les anomalies hypothalamiques disparaissent avec le gain de poids.

Une étiologie psychiatrique est vraisemblable, mais sa nature demeure vague. On estime que les désordres sont une réponse aux rapports inter-individuels destructifs ou inadéquats dans les familles. Malgré une apparence normale, les communications dans ces familles ne sont pas adéquates, suivant fréquemment un modèle dans lequel le père est trop dirigiste cherchant la réussite. Les parents et les enfants sont impliqués dans des vies différentes.

Certains investigateurs ont suggéré que l'abus sexuel joue un rôle, mais cela demeure controversé. L'interprétation psychanalytique explique l'anorexie comme le mécanisme par lequel le patient rétablit le contrôle de sa vie d'une façon indépendante de la direction parentale. L'absence de maladie psychiatrique sérieuse est indispensable pour le diagnostic, mais la dépression accompagne fréquemment ces maladies, surtout la boulimie. Ces anomalies peuvent être secondaires.

Certaines études ont suggéré qu'un composant génétique puisse être impliqué, ce composant génétique, s'il existe, semble mineur. Les problèmes culturels sont importants. La quête de la santé et de la minceur est une idée puissante dans la société occidentale moderne et peut renforcer la crainte de grossir. Les danseurs (petits rats de l'opéra) ont une fréquence d'anorexie nerveuse 10 fois plus que la population générale. Les athlètes, particulièrement les coureurs, cherchent à maintenir leurs poids à des niveaux très bas.

En conclusion, les causes restent obscures.

Certains pensent que la dysfonction de la neurotransmission de la sérotonine peut être responsable. Le peptide Leptine est libéré dans le sang du tissu adipeux et inhibe la formation ou libération dans l'hypothalamus des neuropeptides- γ donnant le signal d'alimentation. La Sérotonine peut fonctionner comme un neurotransmetteur liant la leptine et les neuropeptides- γ . Les taux de Leptine n'ont pas été mesurés dans l'un ou l'autre anorexie ou boulimie.

Aspects Cliniques :

L'anorexie Nerveuse

L'anorexie nerveuse commence habituellement juste après la puberté mais peut paraître ultérieurement (à l'âge de 20 ans). Une majorité des patientes se plaignent d'une obésité durant

leur enfance. En dépit d'une perte de poids, les patientes nient la faim, la maigreur, et la fatigue, et se montrent actives physiquement avec des exercices rituels : course, gymnastique après chaque repas. Si, pour obligation sociale, un repas est avalé, le vomissement est provoqué aussitôt que possible, souvent dans les toilettes. La constipation est commune. L'Aménorrhée accompagne ou suit la perte de poids mais peut paraître antérieurement.

L'intolérance au froid est due probablement à un défaut des fonctions thermo-régulatrices de l'hypothalamus. Bradycardie, hypothermie, et hypotension sont présentes. Le tissu adipeux n'est pas détectable, les seins conservés. La peau est sèche et desquamée. La pilosité corporelle est augmentée, un hirsutisme peut survenir. Les parotides sont volumineuses comme dans les autres formes de famine. Cette malnutrition induit une diminution de volume ventriculaire gauche et une insuffisance mitrale. L'œdème est constant par manque de protéines ce qui donne aux patientes un air normal lorsqu'elles sont habillées.

Anémie et leucopénie, hypokaliémie, hypoalbuminémie. Le taux sérique de carotène est élevé (expliquant la couleur jaune des mains).

Le vomissement, les laxatifs peuvent causer une azotémie avec des taux d'azote et d'urée aussi haut que 21 à 25 mmol/L. Les fonctions rénales sont insuffisantes. Le cholestérol sérique est élevé mais les triglycérides ne montrent pas d'anomalie. La tolérance au glucose est anormale comme dans les autres formes de famine. Les anomalies supplémentaires incluent des niveaux bas d'IgG, IgM avec une fonction immunitaire conservée. Le taux fer plasmatique est normal, les taux de cuivre et de zinc sont peu élevés.

Les taux de LH (luteinizing hormone) et FSH (follicule stimulating l'hormone) sont bas si la perte de poids est sévère expliquant l'aménorrhée. La libération de gonadotrophine pituitaire est endommagée à cause d'une dysfonction hypothalamique. Taux de prolactine normal. Taux sanguin d'œstradiol est bas. Taux de testostérone est normal chez les femmes et bas chez les hommes atteints d'anorexie nerveuse.

L'hormone de croissance (GH) peut être normale ou élevée provoquant une acromégalie. Le taux de cortisone est élevé. Les niveaux de total de la thyroxine (T4) sont normaux. Le taux de T3 est bas.

La méconnaissance de la maigreur est constante et reflète un trouble de la perception de l'image du corps. Trouble focalisé de la relation à la réalité. Leur maigreur croissante entraîne un sentiment de bien-être, et de triomphe.

Anorexie boulimie : maigreur à tout prix

Le désir éperdu de minceur et la peur de grossir occupant une part croissante de l'activité mentale : pesées post-prandiales, recherche de la valeur calorique des aliments.

Une attitude particulière à l'égard de la nourriture, du corps et des besoins physiologiques : Intérêt exagéré pour ce qui a trait à la nourriture (collection de recettes. Confection de repas pour les autres. Fascination par les étalages de nourriture. Vols fréquents d'aliments), Restriction alimentaire. Tri des aliments en fonction de critères personnels. Grignotage par portion infime. Mâchonnements interminables. Contrôle de l'évacuation de la nourriture (vomissements, lavements, médicaments). Sensation permanente d'être en échec dans ces contrôles (contrainte de plus en plus importante. Possibilité d'épisodes boulimiques qui viennent concrétiser ce sentiment d'échec.) Erotisation de la sensation de faim (activité autoérotique). Méconnaissance de la fatigue.

La vie relationnelle des anorexiques :

Dans les mois qui précèdent l'installation de l'anorexie, un appauvrissement des relations amicales apparaît. L'adolescente s'isole, peu intéressée par les sujets de conversation des adolescents de son âge. Les relations avec les proches (parents notamment) sont des relations de dépendance, et

l'anorexie peut être comprise comme une tentative de se dégager de cette relation de dépendance. L'Anorexie où le patient n'a plus besoin de manger et se suffit à lui-même, est le contre pied à la dépendance, elle inverse les rôles, la famille devient dépendante du bon vouloir de l'adolescent par rapport au fait de se nourrir ou pas.

La vie sexuelle des anorexiques

Refoulement, désintéressement. Absence d'activités masturbatoires, aucun investissement érogène du corps. Lorsqu'une activité sexuelle existe, elle s'inscrit le plus souvent dans un comportement de maîtrise : prouver que le corps est bien à la disposition de la volonté. Surinvestissement du regard : voyeurisme/exhibitionnisme.

Le fonctionnement intellectuel :

Surinvestissement intellectuel. Résultats meilleurs pour l'apprentissage que pour la créativité. Valeur défensive à l'égard des émotions et des relations affectives. Perfection.

La boulimie Nerveuse

Les patients Boulimiques ont une crainte morbide de devenir obèse, et offrent une histoire d'anorexie nerveuse, suggérant que cette boulimie est une réponse aux mêmes facteurs qui causent l'anorexie nerveuse. Les épisodes de nourriture (explosive) sont suivis par vomissement induit, avec ou sans laxatifs. Le vomissement est induit en plaçant une brosse à dent ou les doigts dans la gorge ou par l'ingestion des médicaments comme Ipecac (cas célèbre d'une femme aux USA a popularisé cette maladie.) Constipation, douleur abdominale, nausées sont fréquentes.

L'épisode de nourriture explosive survient une fois par jour au minimum. La moyenne en semaine est de 12 fois (de 1 à 46). La durée du repas est de 1-2 h en moyenne pouvant aller jusqu'à 8 h. La somme de nourriture ingérée peut être énorme, jusqu'à 50,000 kcal. Les sucres sont favorisés. L'ordre de fréquence est le bonbon, pâtisserie et boissons sucrés expliquant des caries dentaires fréquentes.

Le secret de manger-vomir est bien gardé. Le vol de nourriture est fréquent. Il y a un taux élevé d'abus de drogue et d'alcool. Les auto-mutilations ne sont pas fréquentes et peuvent être le début d'une maladie obsessionnelle compulsive. La dépression est sévère, le suicide est un risque notable. Le comportement hystérique peut survenir.

Malgré les liens avec l'anorexie nerveuse, un nombre de différences existe. Beaucoup de boulimiques sont minces, leur poids est habituellement dans la moyenne, fluctuant avec des pertes et gains cycliques, certains sont légèrement obèses.

Contrairement à l'anorexie nerveuse, beaucoup de patients continuent à avoir leurs règles et peuvent tomber enceintes. La menstruation persistante reflète l'absence d'une perte excessive de poids. L'activité sexuelle est plus grande chez les boulimiques que chez les anorexiques. Les séquelles physiques de la boulimie sont habituellement minimes. Les cicatrices des automutilations devraient être recherchées. L'anomalie biologique la plus fréquente est l'hypokaliémie secondaire aux vomissements et aux laxatifs. Les changements endocriniens sont moins visibles que dans l'anorexie et peuvent être absents.

Complications

Les patients atteints d'anorexie nerveuse sont vulnérables ; la mort soudaine par tachycardie ou arythmie est possible. Le risque de mort devient sérieux en cas de perte de 35 % du poids à cause de la déficience en protéines. Les complications de la boulimie sont caries dentaires, ulcération de

l'œsophage, perforation gastrique, hypokaliémie avec arythmies, pancréatite, myopathie induite par médicaments vomitifs (tel Ipecac).

Pronostic

Anorexie nerveuse : L'évolution de l'anorexie nerveuse est variable. A long terme 50 % des patientes retrouvent un poids normal, 20 % des patientes montrent une amélioration mais demeurent maigres, 20 % continuent leur anorexie, 5 % deviennent obèses, 6 % décèdent

La boulimie : Après un gain de poids, les vomitifs et les laxatifs peuvent continuer à être utilisés dans 30 % des cas. La mort est provoquée par la famine, arythmie cardiaque ou par le suicide. Les signes d'un mauvais pronostic sont : âge tardif de début, durée longue de la maladie, boulimie avec vomissement et perte extrême de poids, dépression. Peu d'étude de suivi à long terme sont disponibles.

Parce que le dérangement psychiatrique est plus sévère (taux de suicide plus élevé) et en raison des dangers médicaux des vomissements répétés, le pronostic est plus sévère dans la boulimie que dans l'anorexie. 40 % des patients traités restent boulimiques après 18 mois de traitement ; la rechute survient dans 60 % des cas après un an et 50 % des boulimiques demeurent malades après 5 ans de traitement.

Anorexie : clinique, symptôme, diagnostic



La population à risque, c'est principalement la femme blanche de la classe moyenne. Ces maladies sont rares chez les femmes orientales ou noires, chez les femmes pauvres ou chez les hommes. Dans l'anorexie, l'objectif de perdre du poids est réalisé principalement par une restriction de nourriture.

Dans la boulimie, les patientes mangent une quantité notable d'aliments, puis des vomissements ou emploi excessif de laxatifs suivent, dans ce cas, la perte de poids n'est pas sévère en dépit de l'obsession liée à la nourriture.

Certains auteurs considèrent que les deux maladies sont deux entités distinctes, d'autres classent la boulimie comme une variante de l'anorexie nerveuse en raison de la présence de points de passage : l'anorexie nerveuse peut favoriser un comportement boulimique, et les patients boulimiques passent souvent par une phase d'anorexie.

Fréquence :

L'augmentation devient inquiétante de les sociétés occidentales avec une morbidité élevée de 1/200 parmi les adolescentes de race blanche vivant dans les sociétés occidentales ou suivant ce modèle. Cette fréquence est élevée parmi la population des lycéennes et des étudiantes.

Cette maladie affecte les classes sociales élevées et moyennes, où la promotion sociale et la réussite scolaire ont une grande importance.

La rareté de l'anorexie parmi les populations noires (africaines ou afro-américaines) pose des questions sur la qualité des échanges relationnels dans la famille occidentale. La fréquence d'anorexie nerveuse n'est pas connue, dans la population à haut-risque (filles de 16- 18 ans) la fréquence serait de 0,1- 1 %, d'autres études proposent 0,2 %. En ce qui concerne la boulimie, il est probable

que la fréquence a déjà dépassé celle de l'anorexie dans les pays occidentaux.

Les travaux épidémiologiques montrent une inégalité des sexes devant l'anorexie mentale : 95 % des cas recensés sont des femmes surtout entre 15 et 25 ans, contre 5 % d'adolescents.

On constate aussi un accroissement du nombre des cas : les estimations indiquent qu'aujourd'hui 5 % des adolescentes sont atteintes d'anorexie mentale contre 1 à 2 % il y a 10 ans. (augmentation de 500 % durant les dix dernières années.)

Le diagnostic de troubles du comportement alimentaire

Selon ce manuel, l'anorexie nerveuse doit être diagnostiquée selon les critères suivants : peur extrême de l'obésité et du gras, faible poids corporel (au moins 15 % du poids normal), perte de poids en évitant les aliments. Vomissements et pratiques de purge, aménorrhée (absence de règles pendant au moins trois mois consécutifs), troubles de l'image du corps.

La boulimie nerveuse doit être diagnostiquée sur des critères suivants : peur extrême de l'obésité et du gras, envie irrésistible de nourriture accompagnée de gavage, pratique de purge (vomissements laxatifs) suivie de périodes de famine, sentiment de perte de contrôle, autoévaluation fondée sur la forme du corps et du poids. Le trouble d'alimentation compulsive (Binge) devrait être diagnostiqué selon les critères suivants : préoccupation de la nourriture, épisodes de frénésie alimentaire, absence de purge ou de comportement de compensation, culpabilité et détresse pendant les épisodes de frénésie alimentaire.

Troubles du comportement alimentaire atypique ou (ENDOS)

Il existe des comportements alimentaires qui ne répondent pas aux critères de ces trois catégories. On les nomme alors des troubles du comportement alimentaire atypique ou (ENDOS). Ces troubles sont classés dans une catégorie à part.

La pratique clinique témoigne de la difficulté de classer le comportement alimentaire. L'anorexie qui s'accompagne de règles menstruelles préservées ; le médecin classe l'anorexie dans la catégorie atypique.

Dans d'autres cas, les troubles alimentaires se fusionnent.

Par exemple on retrouve des crises d'hyperphagie et des purges (vomissements provoqués) chez les anorexiques, on retrouve des épisodes d'anorexie chez les boulimiques. Ce problème diagnostique et de classification demeurent d'actualité et alimentent les discussions médicales.

D'autre part, il existe une réelle différence entre la souffrance des personnes touchées par le trouble du comportement alimentaire, et le vocabulaire médical. Cela pousse de ces personnes à chercher le diagnostic voir le nom de leur maladie en consultant plusieurs médecins, ou en privilégiant les informations disponibles sur Internet ou dans les magazines.

De nombreux cas de troubles du comportement alimentaire présentent des critères inclassables. Dans d'autres cas, l'anorexie évolue en boulimie, et vice versa. Cela démontre les limites du classement actuel.

Comment définir par exemple un trouble du comportement alimentaire léger ? Quelqu'un qui mange peu, qui a perdu du poids suite à une dépression, peut-on dire qu'il a un trouble du comportement alimentaire ?

Parfois, le médecin doit évaluer la sévérité du comportement et non pas sa présence seulement, une personne anorexique et déprimée peut avoir un problème d'estime de soi, c'est plus sévère dans l'anorexie. Dans ce cas le médecin pourrait orienter le diagnostic vers une anorexie atypique.

Dans d'autres cas, l'absence d'un critère devrait être évaluée, l'aménorrhée est un symptôme de l'anorexie, mais comment juger l'absence de règles chez une fille qui utilise une contraception orale ?

La catégorie ENDOS comprend également les cas légers et moins graves, comme quand le trouble du comportement alimentaire est partiel, ou sans retentissement sur la santé.

Boulimie nerveuse, Boulimie mentale : c'est quoi ?



La boulimie est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par un désir incontrôlable de manger. La boulimie peut faire partie de l'anorexie, peut être un trouble du comportement alimentaire isolé.

Histoire médicale de la boulimie

On a assisté progressivement à l'émergence de ce qui apparaît comme un nouveau schéma, le syndrome de boulimie chez une personne qui par ailleurs maintient son poids dans la moyenne normale. Manger trop puis vomir est un comportement connu depuis les Romains. Sénèque disait dans ad marcian XIX :

“ Ils vomissent pour manger, et mangent pour vomir “.

Cette boulimie ancienne n'a rien à voir avec

le trouble du comportement alimentaire présent à notre époque. À notre époque, les boulimiques comme les anorexiques sont presque tous des femmes, obsédées par le désir d'être mince, et qui souffrent d'un problème d'image corporelle. Leur poids ne tombe pas à un niveau dangereux qui caractérise l'anorexie mentale.

Certains auteurs ont décrit la boulimie à poids normal. En fait, le poids de ces patientes fluctue et varie selon les périodes. La première description de cette maladie décrivait des étudiantes qui réussissaient brillamment, qui souffraient d'une piètre opinion d'elle-même, et qui étaient extraordinairement sensibles aux

manifestations de rejet de la part des hommes. Le premier article décrivant la boulimie à poids normal, article a été publié en 1970 : une interprétation féministe de l'anorexie mentale et de la boulimie.

Description moderne de la boulimie

Dans sa première description des troubles du comportement alimentaire, Hilde Bruch a identifié le syndrome boulimique non anorexique. Elle le voyait comme survenant chez une personne en état de surcharge pondérale, qui partageait avec les patientes anorexiques, l'obsession de la minceur. Pour elle il s'agit d'une "obèse amaigrie" pour caractériser ce comportement. En d'autres termes, elle pensait qu'il s'agit d'une fille obèse, qui a maigri, mais qui se considère toujours obèse.

Un nombre significatif des patientes atteintes du syndrome boulimique à poids normal commence à attirer l'attention des médecins dans les années 80 du siècle dernier. Ce comportement alimentaire était également décrit à l'Angleterre, aux États-Unis et en France. Ainsi naît le terme boulimie mentale pour indiquer une parenté entre ce comportement et l'anorexie mentale. La boulimie devient ainsi une maladie à part. À la fin du XXe siècle, le nombre des patientes diagnostiquées comme boulimie mentale dépasse le nombre des patientes diagnostiquées comme anorexie mentale.

À la fin de XXe siècle, le diagnostic du syndrome boulimique continuait à être controversé, certains cherchaient à faire une comparaison entre la boulimie et l'anorexie, d'autres voyaient dans ce syndrome une entité différente.

En 1987, la référence des maladies psychiatriques intègre pour la première fois cette maladie sous le titre de boulimie mentale, et stipule les critères diagnostiques, de façon consensuelle :

- * -épisodes récidivants de gavage
- * -purge fréquente ou des restrictions alimentaires sévères entre les épisodes
- * -préoccupation excessive persistante au sujet du poids et de la silhouette.

Cette définition semble plus adaptée que les versions précédentes dans la mesure où elle décrit aussi bien les schémas alimentaires anormaux caractéristiques de ce comportement, que le souci obsessionnel du poids et de la silhouette.

Ces critères sont toujours valables, en dépit de certaines modifications récentes.

Comportement de boulimie nerveuse

“ Vers la fin de la matinée, je savais qu'il fallait que je me gavage pour me calmer. Je vais au supermarché du coin, j'achète trois bouteilles de jus d'orange, plusieurs pots de glace vanille, chocolat et noisette, et plusieurs paquets de gâteaux. Sur le chemin de retour, l'envie de me gaver devenait de plus en plus forte. J'étais à peine capable de conduire ma voiture pour rentrer chez moi. En revenant, j'arrête devant la boulangerie, j'achète plusieurs croissants, que j'ai mangés sur le chemin du retour. Installée dans ma cuisine, je commençais à manger la glace. Je pensais à rien, je voulais manger, me calmer.

J'ai terminé le premier pot de glace, j'ai entamé les gâteaux, et les biscuits. Après, j'ouvre le deuxième pot de glace. Les nausées commencent à me harceler. Rapidement, j'ai avalé 15 ou 20 biscuits, et j'ai recommencé avec les glaces. J'avais honte, j'avais mal à l'estomac, j'avais des nausées. À la fin de mon deuxième pot de glace, je déprimais. Ma situation était insupportable, mon estomac me faisait mal, les nausées remontent jusqu'à ma gorge. Il fallait que j'aille aux toilettes. Je mets mon doigt dans ma gorge, je me suis fait vomir. Cela ne me demandait aucun

effort, au contraire c'était un soulagement. Et j'ai vomi d'un rejet instantané, j'ai continué à vider mon estomac jusqu'à ce que plus rien ne sorte, apparaît un liquide acide transparent. J'étais calmée. "

Une personne peut être prise dans ce piège pendant de nombreuses années sans recevoir aucune aide, sans que le problème ne soit découvert par quiconque. Le boulimique maintient un poids normal, son problème, à la différence de l'anorexie mentale, peut durer et rester secret, discret. Également, à la différence de l'anorexie qui s'accompagne de sentiment de fierté, de devoir accompli, la boulimie s'accompagne d'un sentiment profond de honte et de gêne.

Les boulimiques sont généralement contrariées par leur incapacité à se contrôler, c'est parfois cette sensation qui les motive à révéler leurs problèmes et à chercher l'aide. Le fait de chercher l'aide suscite en elles des sentiments ambivalents, cela peut apaiser l'impression de chaos qui accompagne ces schémas alimentaires, et en même temps cette aide les prive de leur liberté de se gaver et de se purger.

De nombreuses études suggèrent que la boulimie peut être 5 à 10 fois plus fréquente que l'anorexie. La boulimie commence souvent au lycée, c'est pendant les années qui suivent le lycée que les patients qui consultent. Les boulimiques sont atteintes de degrés variés de troubles psychiatriques. Dans certains cas, la boulimie n'est qu'une technique de contrôle pondérale malsaine, dans d'autres cas, la boulimie est une traduction d'une maladie psychiatrique.

La meilleure façon d'expliquer la boulimie, comme l'anorexie, est probablement de l'envisager comme un trouble du développement, même si la boulimie apparaît un peu plus tard que l'anorexie. La majorité des boulimiques commence à développer des symptômes entre 15 et 20 ans. On pourrait dire que le principal problème des anorexiques est l'enjeu représenté par l'adolescence, et par le poids. Pour les boulimiques, les problèmes sont de nature différente, de type la séparation avec la famille, l'entrée dans le monde adulte, et les difficultés d'avoir une identité personnelle.

À la différence des anorexiques qui expriment parfois une phobie de la sexualité, les boulimiques ont généralement une vie sexuelle active et s'engagent volontairement dans les relations sexuelles. Les boulimiques parviennent généralement à un degré global de maturité supérieure à celui des anorexiques, cependant, elles souffrent de problèmes d'indépendance, et d'affirmation de soi.

La personnalité de la boulimique est variable.

Cependant on retrouve des caractères typiques. On peut parler de personnalité pseudo-indépendante qui se manifeste comme une façade chez une jeune femme. Comme les anorexiques, la boulimique obtient généralement de bons résultats en classe. Sous cette façade de compétence, la boulimique est perturbée par de profonds sentiments de manque, de dépendance, et de faible estime de soi. Le clivage dans son identité est le résultat d'une sorte d'expérience enfantine dans laquelle, en raison de l'indisponibilité des figures parentales, on attendait d'elle une adaptation, une maturation qu'elle ne peut acquérir.

En conséquence, les besoins restent cachés aux yeux du monde, sont exprimés dans la salle à manger sous forme de séances de gavage, et dans la salle de bain sous forme de purges.

D'autres boulimiques ont des personnalités marginales. Ce comportement leur permet de repousser un sentiment de désintégration qui surgit en elle en face d'une relation. Dans ce groupe de personnalités, on retrouve des symptômes d'autodestruction, d'automutilation, et de la nymphomanie.

Dans d'autres cas, la personnalité boulimique est de type adolescent, superficielle, transitoire, sans constance. Les personnalités varient, l'obsession essentielle est toujours là à propos du poids et de la silhouette.

Comme l'anorexie, la boulimie peut facilement devenir un schéma chronique. Le schéma chronique de gavage / purges peut perturber l'équilibre normal de la faim et le mécanisme de la satiété. Le cycle installé, il peut s'entretenir d'une façon autonome.

Comprendre pour traiter

On a proposé diverses approches thérapeutiques pour la boulimie, mais on ne sait pas encore avec certitude quel traitement peut être le plus efficace. La psychothérapie individuelle structurée selon une ligne dynamique interpersonnelle peut être utile. La méthode comportementale cognitive constitue une approche thérapeutique efficace dans certains cas, car il combine la normalisation à la nourriture avec des discussions et remise en question sur le poids et la silhouette. D'autres programmes d'intervention comportementale peuvent être intéressants, avec ou sans traitement médicamenteux.

La boulimie devrait être comprise en termes d'interaction des facteurs liés au développement, et la complexité de la régulation pondérale, la recherche de la minceur, l'utilisation de la nourriture et la purgation comme des méthodes pour agir sur une tension émotionnelle. Les boulimiques réagissent bien aux antidépresseurs et aux traitements médicamenteux utilisés dans la santé mentale

Ref

- * 1. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73:904.
- * 2. Birmingham CL, Touyz S, Harbottle J. Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17:2.
- * 3. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, et al. Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *Int J Eat Disord* 2007; 40 Suppl:S67.

Comportement alimentaire atypique



Dans certains cas cliniques, le comportement alimentaire est atypique. Par exemple, une fille anorexique qui dissimule sa maladie pour ne pas être diagnostiquée, provoque un vomissement après le repas. Son poids est normal, sa consommation alimentaire également.

Faut-il classer ce cas en anorexie ou en boulimie ? Quel diagnostic est valable en cas d'une adolescente qui ne mange rien, qui consomme des boissons calorifiques, ou le cas des filles qui ne consomment que de fruits et des suppléments alimentaires ?

Ces comportements sont atypiques, ils sont proches des troubles du comportement alimentaire, sans être franchement classables.

Les idées atypiques

Les patientes anorexiques et boulimiques ont un problème de poids. Une patiente anorexique utilise des mots différents d'une patiente boulimique, exprime des idées différentes à propos du poids et de l'image du corps. Les médecins sont formés pour distinguer les idées qui accompagnent l'anorexie, les idées qui accompagnent la boulimie. C'est un argument qui peut aider le diagnostic.

Le problème, les patientes refusent de dévoiler leurs vraies idées, peuvent se méfier du corps médical, tentent d'annoncer des idées différentes.

De nombreuses patientes refusent d'admettre avoir une préoccupation liée au poids et à la nourriture. D'autres cherchent à convaincre le médecin qu'il s'agit d'un simple manque d'appétit, ou trop d'appétit en cas de boulimie.

En Chine, les médecins décrivent un comportement anorexique caractéristique chez certaines femmes, sans préoccupation concernant leur poids ou leur image du corps. Elles annoncent une sorte de dégoût de la nourriture en général. Selon les critères actuels, il est impossible de classer ces cas comme anorexie mentale. Par contre, les médecins sont obligés de prendre en compte les risques de privation de nourriture, de la même façon que dans l'anorexie mentale.

Motivations atypiques

Les médecins psychiatres devraient être stricts dans leur diagnostic, pour éviter d'englober dans ces maladies, des personnes non malades, et pour traiter correctement les patients malades.

Par exemple, les personnes qui pratiquent une abstinence alimentaire pour des motifs culturels (ascétisme) ou religieux ne devraient pas être diagnostiquées comme anorexiques pour une raison simple : ces personnes n'ont pas de troubles d'image du corps, n'ont pas de soucis concernant le poids.

D'autres médecins pensent que ces motivations devraient être considérées comme pathologiques, comme les troubles de l'image du corps. D'autres médecins vérifient si ces motivations culturelles ou religieuses s'accompagnent de mauvaise estime de soi. Dans ce cas, le diagnostic serait une anorexie atypique.

L'appétit dans les troubles du comportement alimentaire

Le lien entre l'appétit et les troubles de comportement alimentaire est un sujet complexe. Il est difficile d'évaluer réellement l'appétit. Il est difficile d'évaluer la sensation de la faim. Une patiente peut tromper les autres, peut se tromper elle-même, et finit par perdre la sensation de faim. Elle ne mange pas car elle n'a plus faim, elle est sincère.

Dans ce cas, le médecin psychiatre va chercher à savoir si la patiente a envie d'améliorer son comportement alimentaire, ou de continuer son comportement alimentaire actuel.

Si la patiente n'a plus faim, et souhaite continuer ce comportement, le médecin peut placer ce cas comme anorexie atypique. D'autres médecins vérifient la quantité d'alimentation consommée, la capacité de la patiente à manger sans être incitée. En cas de troubles de cette capacité, certains proposent le diagnostic d'anorexie ou de boulimie atypique. C'est le cas par exemple d'une adolescente qui mange normalement quand elle est incitée par ses parents, et se prive de nourriture quand elle le peut.

Les médecins peuvent évaluer l'importance de l'idée de faim chez la patiente. Si la faim a une connotation positive dans l'esprit de la patiente, il est possible d'évoquer une anorexie atypique. Si la faim a une connotation négative, le médecin peut abandonner le diagnostic d'anorexie mentale. Cette distinction est importante pour séparer l'anorexie mentale, de l'anorexie qui accompagne la dépression ou les autres maladies physiques.

Prenons l'exemple d'un patient qui refuse de s'alimenter car il souffre de ballonnements, et d'un inconfort gastrique après le repas. Même si l'examen de l'estomac ne révèle aucune lésion, il est difficile de classer ce patient comme anorexique car sa relation avec la faim est différente de la relation des anorexiques avec la faim.

Références

- * Wildes JE, Marcus MD. Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: three models and their implications for research and clinical practice. *Int J Eat Disord* 2013; 46:396.
- * Lavender JM, Crosby RD, Wonderlich SA. Dimensions in the eating disorders: past, present, and future. Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into the classification of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46:404.
- * Pike KM. Classification, culture, and complexity: a global look at the diagnosis of eating disorders: Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into the classification of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46:408.
- * Brown TA, Holland LA, Keel PK. Comparing operational definitions of DSM-5 anorexia nervosa for research contexts. *Int J Eat Disord* 2014; 47:76.
- * Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013; 3.
- * Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, et al. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord* 2014.
- * Boraska V, Franklin CS, Floyd JA, et al. A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Mol Psychiatry* 2014; 19:1085.
- * Phillipou A, Rossell SL, Castle DJ. The neurobiology of anorexia nervosa: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48:128.
- * Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, et al. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2013; 170:917.

Boulimie dans les maladies psychiatriques



La boulimie est un désir incontrôlable de manger. Le comportement boulimique peut se produire en dehors de la “boulimie nerveuse”, comme dans certaines maladies psychiatriques : la dépression majeure unipolaire, le trouble de la personnalité borderline et dans d’autres maladies.

La boulimie nerveuse

Commençons par définir la boulimie nerveuse. Cette boulimie est définie comme un désir incontrôlable qui pousse la personne à manger une grande quantité de nourriture dans un délai court, dépassant la moyenne de

la consommation. La personne boulimique n’a pas de contrôle sur son alimentation.

Les crises de boulimie et les comportements compensatoires (vomissements, laxatifs, purges, lavements, diurétiques) se produisent au moins une fois par semaine pendant trois mois consécutifs.

La personne boulimique manifeste une préoccupation excessive au sujet de son poids et de sa silhouette. En cas de boulimie nerveuse, le comportement suit la séquence suivante : restriction calorique, crises de boulimie, puis

vomissements auto-provoqués.

Dans le comportement de la boulimie nerveuse, l'épisode frénétique de manger déclenche une restriction calorique. C'est une restriction alimentaire qui se produit entre deux crises de boulimie, où la patiente réduit la quantité de son alimentation, et son apport calorique.

Anorexie mentale

L'anorexie mentale et la boulimie sont considérées actuellement comme de maladies distinctes. Les crises de boulimie et de purges (vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements) peuvent se produire dans l'anorexie mentale. Le médecin distingue l'anorexie mentale de la boulimie par la préservation du poids dans la boulimie, et par la perte de poids avec maigreur anormale dans l'anorexie mentale.

Cependant, la distinction entre ces deux entités demeure difficile. Dans une étude portant sur 88 patients souffrant d'anorexie mentale, suivis pendant sept ans, 34 % répondaient aussi bien aux critères de la boulimie nerveuse que de ceux de l'anorexie mentale. Dans une étude, analysant les dossiers 128 patients atteints de boulimie, 14 % ont été diagnostiqués rétrospectivement comme anorexie mentale.

Hyperphagie boulimique

Ce sont des épisodes de frénésie alimentaire incontrôlable, qui se produisent dans la boulimie nerveuse, ou dans le trouble d'hyperphagie. Le médecin cherchera à distinguer l'hyperphagie boulimique de la boulimie par l'absence des comportements compensatoires qui accompagnent la boulimie nerveuse comme vomissements, laxatifs, lavements.

Les patients atteints de boulimie limitent généralement leur régime alimentaire entre les crises d'hyperphagie, pour stabiliser autant que possible leurs poids ; les patients atteints d'hyperphagie boulimique ne stabilisent pas leurs poids et peuvent souffrir d'une obésité.

La dépression majeure unipolaire

Dans le trouble dépressif majeur, on retrouve un comportement d'hyperphagie, accompagné d'idées suicidaires. Dans certains cas, les symptômes du trouble dépressif majeur sont atypiques, caractérisés essentiellement par des crises d'hyperphagie ou une perturbation du comportement alimentaire. Le médecin cherche à faire une distinction entre dépression majeure et boulimie nerveuse par l'absence de vomissements et de purges dans le trouble dépressif majeur, et par l'absence de souci concernant le poids. D'autres symptômes peuvent distinguer la dépression majeure de la boulimie nerveuse comme la fatigue, l'insomnie, perte de concentration, symptômes plus présents dans le trouble dépressif que dans la boulimie nerveuse.

Trouble de la personnalité borderline

Dans ce trouble de personnalité comme dans la boulimie nerveuse, on retrouve des épisodes d'alimentation frénétique, des idées suicidaires, et un trouble de l'identité et de l'autonomie. Dans le trouble de la personnalité borderline, on ne retrouve pas un comportement compensatoire, ni vomissements ni purges.

Les critères utilisés actuellement pour faire le diagnostic du trouble de la personnalité borderline peuvent aider à distinguer ce trouble de la boulimie nerveuse : instabilité émotionnelle, colère inap-

propriété, impulsivité, relation instable, sentiment de vide, paranoïa ou dissociation, troubles d'identité, crainte d'abandon, idées suicidaires, automutilation.

Le poids, la silhouette, ne font pas partie des préoccupations majeures en cas de troubles de personnalité borderline.

Maladies organiques (somatiques)

L'hyperphagie peut apparaître dans de nombreuses maladies organiques comme le syndrome de Prader-Willi, le syndrome de Klein-Levin. Le syndrome de Prader-Willi est une maladie génétique caractérisée par une hyperphagie, obsession de la nourriture, et l'obésité, accompagnée de troubles cognitifs, retard mental et l'hypogonadisme (infertilité).

Une hyperphagie avec crises de colère ou un comportement d'opposition peuvent également se produire.

Le syndrome de Klein-Levin est une maladie qui affecte les adolescents, se caractérise par augmentation de l'appétit, hypersomnie et troubles du comportement. Dans cette maladie, ni vomissements, ni purges ; le poids n'est pas préoccupation majeure.

Réf

Grilo CM. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4:18.

Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, et al. The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34:319.

Rowe SL, Jordan J, McIntosh VV, et al. Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42:1021.

Anorexie - boulimie : et les hommes?



Hommes et anorexie

D'après les recherches sur les troubles alimentaires chez l'homme, il ressort que les femmes qui développent des troubles alimentaires se sentent grosses avant le début du trouble alimentaire et sont habituellement de poids moyen. Les hommes eux sont le plus souvent en surpoids avant de développer le trouble.

De plus, les hommes qui souffrent d'hyperphagie compulsive ou de frénésie alimentaire (Binge eating disorder) sont moins souvent diagnostiqués puisque la société est plus encline à accepter un homme hyperphage ou en surpoids qu'une femme hyperphage ou en surpoids.

Bien qu'il soit plus commun de voir des hommes homosexuels souffrir de troubles comme l'anorexie ou la boulimie (ceci étant dû à la tendance dans la communauté gay d'accentuer l'importance du succès et de l'apparence), il y a aussi beaucoup d'hétérosexuels qui en souffrent. Ceci renforce le sentiment de honte de l'homme hétérosexuel victime de troubles alimentaires : il peut avoir peur que

les gens pensent qu'il est gay. La honte chez les hétérosexuels comme chez les homosexuels peut aussi venir du fait que ces maladies sont considérées comme étant des «problèmes de femme».

En outre, ils peuvent garder le silence sur leur condition à cause du manque de thérapie et de centres de traitement. Ils peuvent se sentir seuls à l'idée d'être dans un groupe de femmes, de faire partie d'un programme prévu pour les femmes, et même avoir peur qu'un traitement leur soit refusé à cause de leur sexe.

Les hommes qui participent à des sports où le poids a une importance, comme les jockeys, les lutteurs, les coureurs, danseurs, rencontrent des risques accrus de développer un trouble alimentaire tels que l'anorexie ou la boulimie. La pression de réussir, d'être le meilleur, d'être compétitif et de gagner à tout prix combiné à des pressions qui ne sont pas d'ordre sportif (problèmes relationnels, familiaux, abus, etc.) peuvent contribuer au début de leur trouble alimentaire.

Il semble être plus commun pour les victimes de sexe masculin de souffrir simultanément d'alcoolisme et/ou d'usage de drogues (même si de nombreuses femmes souffrent de ces problèmes combinés avec un trouble alimentaire). Ceci peut être dû à la nature de leur santé mentale qui est plus encline aux dépendances combinées au fait que la société est assez indulgente par rapport à l'image de l'homme buvant plus que de raison.

De plus, les hommes souffrant d'anorexie et de boulimie sont plus sensibles à l'anxiété sexuelle. Il peut également y avoir un lien chez les hommes entre les troubles de l'attention et de l'hyperactivité, l'anorexie, la boulimie et la violence auto-infligée. Chez toutes les victimes, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, on peut retrouver des maladies psychologiques co-existantes, comme la dépression, l'anxiété, le stress post traumatique, des comportements d'auto-violence et d'abus de substances, de troubles obsessionnels compulsifs, de personnalité borderline et de syndrome de personnalité multiple.

La chose la plus importante à retenir est que la plupart des facteurs psychologiques qui mènent au développement d'un trouble alimentaire sont les mêmes chez les hommes que chez les femmes. Une faible estime de soi, besoin d'être accepté, dépression, anxiété ou maladies psychologiques pré-existantes, incapacité de faire face aux émotions et aux problèmes personnels.

Un grand nombre de causes sont les mêmes ou très similaires (problèmes familiaux, relationnels, parents dépendants de l'alcool et/ou de drogues, abus, pression sociale).

Table le des matières

Histoire de trouble du comportement alimentaire	2
Anorexie, boulimie dans l'Antiquité et au Moyen Âge	2
Anorexie et boulimie : XVIIe et XVIIIe siècle	3
Anorexie, boulimie, XIXe siècle	3
Anorexie mentale au XXe siècle	4
Boulimie	6
Références	6
Anorexie - Boulimie	8
Un peu d'histoire	8
Clinique et symptômes d'Anorexie nerveuse et de la boulimie	9
Fréquence :	9
Critères de diagnostic de l'anorexie	9
Critères du diagnostic de la boulimie nerveuse ou mentale selon the American Psychiatric Association	10
Comment faire le diagnostic en pratique ?	10
Etiologie (point de vue médical)	11
Aspects Cliniques :	11
L'anorexie Nerveuse	11
Anorexie boulimie : maigreur à tout prix	12
La vie relationnelle des anorexiques :	12
La vie sexuelle des anorexiques	13
Le fonctionnement intellectuel :	13
La boulimie Nerveuse	13
Complications	13
Pronostic	14
Anorexie : clinique,	15
Symptôme, diagnostic	15
Fréquence :	15
Le diagnostic de troubles du comportement alimentaire	16
Troubles du comportement alimentaire atypique ou (ENDOS)	16

Boulimie nerveuse, Boulimie mentale : c'est quoi ?	18
Histoire médicale de la boulimie	18
Description moderne de la boulimie	19
Comportement de boulimie nerveuse	19
Comprendre pour traiter	21
Comportement alimentaire atypique	22
Les idées atypiques	22
Motivations atypiques	23
L'appétit dans les troubles du comportement alimentaire	23
Boulimie dans les maladies psychiatriques	25
La boulimie nerveuse	25
Anorexie mentale	26
Hyperphagie boulimique	26
La dépression majeure unipolaire	26
Trouble de la personnalité borderline	26
Maladies organiques (somatiques)	27
Anorexie - boulimie : et les hommes?	28
Hommes et anorexie	28

