D'UNE ADDICTION A L'AUTre : les troubles des conduites alimentaires

Cirdd 29/11/12
Agnès Oelsner

Comment prévenir et soutenir la prise en charge

Épidémiologie

- Fréquence en augmentation depuis 20 ans
- 0,5% à 1% des adolescentes pour l'anorexie
- 3 à 12% pour la boulimie
- 1,5% de la population générale
- 16% pour l ensemble des désordres alimentaires
- Aux USA l'anorexie est la 3ième maladie chez l'adolescente après l'obésité et l'asthme

Prédominance de genre

- 8 à 9 cas sur 10 sont des jeunes filles
- Classiquement les TCA des garçons sont associés à des troubles plus graves de la personnalité comme la psychose , c'est de moins en moins vrai
- Une fille avec symptômes de garçon et un garçon avec symptômes de fille , sont plus vulnérables

Age de début des troubles

- Début le plus fréquent après la puberté
- De 13 à 14 ans et 16-17 ans pour l'anorexie
- De 19 à 20 ans pour la boulimie
- Plus grave si début avant la puberté , très grave avant 10 ans

Anorexie mentale

- Triade classique de symptômes:

Anorexie amaigrissement aménorrhée

- Accompagnée de

1. Peur obsédante de grossir
2. Désir de maigrir
3. Lutte contre la faim

Les manifestations de la restriction

- Surveillance constante et obsédante de la nourriture
- Obsessionnalisation des rites alimentaires

1. Refus de participer au repas familial
2. Saut systématique d'un ou deux repas
3. Tri excessif et sélectif de certains aliments , les graisses , les viandes, puis le sucre etc…
4. Préoccupation de la valeur calorique de chaque aliment
5. Mérycisme critère de sévérité des troubles

Autres signes de la conduite restrictive

- Prise abusive et parfois considérable de laxatifs
- Consommation potomaniaque d'eau, de tisanes,afin de taire la faim opiniâtre et « dévorante » , avec le fantasme de « nettoyer le corps de ses impuretés »
- Vomissement postprandiaux
- Alternance de phase de restriction et de phase boulimique avec vomissements provoqués

L'amaigrissement

- Désir obsédant de l'adolescente
- Véritable « projet de vie » occupant une partie grandissante de l'espace psychique
- Peut atteindre de 10 à 50% du poids initial
- Sous tendu par la crainte obsédante de grossir qui confine parfois à une sorte de délire du corps

L'amaigrissement suite

- Méconnaissance voire DENI de la maigreur que la famille et le médecin peut accompagner
- Véritable trouble de la perception corporelle
- Par contraste , sentiment de bien-être et d'euphorie , conséquence des remaniements hormonaux
- La maigreur peut être fièrement affichée ou au contraire cachée derrière des vêtements amples ou leur accumulation en couches successives (lutte contre le froid)

L'aménorrhée

- Précède l'amaigrissement dans 30% des cas
- Persistance durable de l'aménorrhée malgré un rééquilibrage pondéral
- Liée à la perturbation de l'axe hypothalamohypophysaire gonadique
- Liée aux perturbations psychoaffectives
- Liée à la dénutrition et à l'hyperactivité physique

Une tentative de maîtrise du chaos

- L'aménorrhée est une des formes que prend le comportement général de maîtrise , celle du corps sexué
- Maîtrise des aliments et des excréments
- Maîtrise émotionnelle
- Maîtrise des relations
- Maîtrise des études

Symptômes de maîtrise les plus fréquents

- L'absence de fatigue voire euphorie de la faim qui facilite une sorte de toxicomanie
- Hyperactivité motrice
- Diminution volontaire de la durée du sommeil
- Mesures d'ascétisme allant jusqu'à des conduites masochistes
- Rétrécissement des contacts sociaux et agrippement aux parents
- Perte de désir sexuel
- Hyperinvestissement scolaire par souci exagéré de perfection

Évolution de l'anorexie mentale:

- À long terme
- entre 60 et 80% reprennent un poids et une alimentation normale
- 70% retrouvent un cycle menstruel et des possibilités de procréation
- **50% gardent des difficultés psychologiques gênantes**

Complications somatiques a court terme

- Frilosité , extrémités froides,
- Cheveux cassants, ternes , duvet ,chute des cheveux
- Baisse de la fréquence cardiaque , de la tension artérielle
- Manifestations cardiaques graves voire mortelles
- Toutes les conséquences de la dénutrition

Complications somatiques a long terme

- Ostéopénie irréversible possible après plus de 6 mois d'aménorrhée , facteur de risque majeur pour la survenue d'ostéoporose sévère et de fractures spontanées
- Survenue d'anomalies de la stature vertébrale
- Insuffisance rénale
- Infertilité

L'anorexie mentale est un chaos

- Double chaos somatique et psychique
- Au début l'alimentation est une gêne
- Puis le refus de se nourrir s'accentue l'amaigrissement et l'aménorrhée s'installe
- Au bout de 2 à 3 mois la maladie va s'aggraver par un mécanisme d'attaque de l'équilibre psychosomatique qui va alors désorganiser complètement les rythmes psychiques et biologiques
- Sans soins la maladie devient une véritable toxicomanie

La vie relationnelle

- Comportement paradoxal:
- Maintien d'une relation de dépendance et d'attachement aux objets d'investissement qui confine à l'agrippement
- Tentative de dénier ces liens et le besoin de ces liens par une affirmation d'autosuffisance
- Reprise d'un lien avec l'objet sur un mode qui assure sa permanence et son contrôle par le développement d'une relation d'emprise « manipulatoire » qui se manifeste par une attitude de défi

Fonctionnement intellectuel

- Surinvestissement des études
- Performances scolaires très supérieurs à la moyenne
- Peut être une défense contre la vie émotionnelle
- Souvent baisse des performances avec l'amélioration symptomatique
- Effet stimulant de l'anorexie sur la concentration, effet endorphinique like?

Les débuts

- Souvent réactionnels à un évènement:
- Première relation sentimentale
- Changement de résidence , de scolarité
- Remarque de l'entourage sur les transformations du corps à la puberté (surtout venant du père)
- Toutes les situations de deuil ou de séparation

- La conduite s'installe avec l'engagement dans un régime amaigrissant , en général phase dépressive

Deuxième phase

- Optimisme voire euphorie
- Les parents sont apaisés par la logique implacable de l'adolescente et deviennent souvent complices en évitant tout conflit
- La restriction alimentaire et l'amaigrissement renforcent l'euphorie et le sentiment de maitrise de soi et des autres

Troisième phase

- Hyperactivité frénétique
- Eléments dépressifs
- Fatigue
- Retour de l'angoisse
- Apparition de conduites boulimiques
- L'état peut durer et s'installer dans une conduite chronique véritable toxicomanie de la faim et de la maigreur

La Boulimie

- La forme habituelle est **la forme compulsive normopondérale, évoluant par accès et avec vomissements:**

1. Consommation exagérée d'aliments
2. Ingestion de façon impulsive et irrésistible
3. Sentiment complet de perte de contrôle
4. crainte obsédante de grossir
5. Dysmorphophobies (cuisses, ventre, bras..)

Étymologie

- Dérivée du grec bous , le bœuf et de limos la faim…
- Que l'on pourrait traduire littéralement une faim de bœuf
- Lassègue parlait il y a plus d'un siècle de « faux appétit impérieux »
- Abraham en 1920 de convoitise orale accrue
- En 1950 on introduit l'idée d'une toxicomanie sans drogues

Le « scénario de la crise »

- Déclenchement brutal
- Caractère impérieux
- Déroulement d'un seul tenant jusqu'au malaise physique ou au vomissement
- Ingurgitation rapide ,massive et frénétique d'une grande quantité d'aliments
- Généralement en cachette indépendamment des repas , plutôt en fin de journée

« le scénario de la crise » suite

- Sentiment de solitude avant et après la crise
- Parfois préparation de la crise en achetant ou en volant des provisions
- Aliments choisis en fonction de leur haut potentiel calorique et bourratif (pain, beurre, pâtes, chocolat, sucreries..)
- L'accès est le plus souvent suivi de vomissements d'abord provoqués puis qui peuvent devenir automatiques

« la fin de la crise »

- Suivie d'un état de torpeur à la limite d'un vécu de dépersonnalisation
- Douleurs physiques violentes surtout abdominales
- Sentiment de malaise, de honte, de dégoût de soi
- Autoaccusations, reproches morbides

Symptômes souvent associés

- La peur de grossir donne lieu aux mêmes stratégies de contrôle de poids que l'anorexique:

1. Prises de laxatifs, de diurétiques, d'anorexigènes avec risque de complications
2. Ascèse ,pratique intensive d'un sport jusqu'à l'épuisement

- Comorbidité avec l'abus (et la dépendance) de drogues, d'alcool et de tabac est très fréquente

Modifications biologiques et endocrinologiques

- Elles sont réversibles
- Rares aménorrhées et anovulations
- En revanche risque d'hypokaliémie (à cause des vomissements répétés) et conséquences cardiaques éventuelles
- Un signe clinique intéressant à connaître pour repérer une conduite boulimique tenue secrète, l'augmentation du volume des parotides
- Lésions dentaires et ulcérations gingivales
- Gastrites, œsophagites

Facteurs de risques des TCA

- Très importante mésestime de soi
- Perfectionnisme très élevé
- Environnement familial valorisant les régimes et la minceur , plus sensible chez les boulimiques
- Remarques fréquentes de l'entourage sur l'apparence des jeunes filles (surtout des pères)
- Plus grande fréquence de l'obésité dans l'enfance
- Règles plus précoces
- Prévalence considérable des abus sexuels dans l'enfance et la préadolescence (de 30 à 60% selon les études)

Évolution et pronostic

- En fonction de

1. De la précocité des troubles
2. De la rapidité de l'intervention thérapeutique

- Plus les troubles sont précoces plus le retentissement sur la croissance sera important
- Plus les troubles sont anciens et leur chronicité s'installe plus le pronostic est péjoratif
- **Importance d'un diagnostic précoce pour une intervention rapide.**

Évaluation pronostique (sur 20ans) de la forme anorexique des TCA

- 15 à 25 % évoluent vers la chronicité (après 4 ans d'évolution)
- 7 à 10% décèdent , conséquences directes de la cachexie ou des complications secondaires , mais aussi **par suicide** surtout chez les patientes devenues boulimiques
- La mortalité est 12 fois supérieure à la mortalité attendue à cette période de la vie

Évaluation pronostique de la boulimie

- 50% de guérison après 10 ans d'évolution
- La chronicisation est très importante d'autant plus que le trouble reste longtemps méconnu
- 25% alternent des périodes d'accalmie et de rechute
- Risque +++ de passages à l'acte suicidaire et ou à d'autres conduites addictives.

Formes cliniques de pronostic sévère

- Pour l'anorexie:

1. Les formes prépubères
2. L'anorexie masculine
3. La longue durée d'évolution
4. L'indice de masse corporel très abaissé
5. La mauvaise réponse à l'hospitalisation

- Pour la boulimie:

1. Les formes très impulsives
2. Les comorbidités addictives

Le trouble psychopathologique sous-jacent

- Ses caractéristiques déterminent le pronostic
- Est « masqué » par le trouble du comportement
- Nécessité d'évaluation de la vie « psychique » et relationnelle de l'adolescente qui va conditionner la conduite du traitement
- Tous les troubles de la personnalité existent de la névrose à la psychose
- Prédominance des états limites

Évaluation de la personnalité

- La qualité des relations avec la famille, avec chacun des parents, avec la fratrie, avec l'entourage extrafamiliale
- Les symptômes psychiatriques comorbides ou occurrents, dépression, anxiété
- L'estime de soi
- Les investissements (scolaires et extrascolaires)
- En somme l'ensemble des ressources de l'adolescente

Les objectifs du traitement

- Traiter le symptôme majeur
- Prévenir les complications somatiques
- Traiter le trouble psychologique primitif

Traiter le symptôme majeur

- Dire la maladie, l'expliquer , en informer des risques pour permettre une prise en charge psy indispensable
- Travailler à plusieurs: bi voire tripolarité des soins, généraliste, endocrinologue, psy
- Contrat de poids acceptable au préalable par la patiente
- Si impossibilité en ambulatoire , hospitalisation et séparation d'avec la famille

Prévenir les complications somatiques

- Promouvoir et soutenir un régime diététique riche en protéines et en graisses,
- acceptable par la patiente
- réintroduction très progressive de l'alimentation
- Petites rations fréquentes
- Aliments mous , plus liquides que solides

Traiter le trouble de personnalité

- Le plus difficile mais absolument indispensable
- Psychothérapie
- Utilisation précieuse de médiations (musique, dessin, écriture, groupe de parole) mettant à distance une relation thérapeutique de dépendance trop inquiétante
- Intérêt du travail groupal

Traiter les dysfonctionnements parentaux

- Parfois préexistants ou découlant du trouble de l'adolescente
- Importants dans l'entretien des troubles de l'ado
- Les consultations vont soutenir les parents pendant l'hospitalisation et après le retour à la maison

Quelques éléments psychopathologiques

- Registres plutôt des états limites (mais aussi névroses et psychoses) en gros défaillance du moi
- impossibilité ou grande difficulté à exprimer son ressenti voire à éprouver un ressenti en situation habituelle de la vie
- la crainte des relations
- l'évitement de la pensée et de l'affect

Le vide , l'ennui

1. L'inaptitude à prendre du plaisir
2. L'inaptitude à se déprimer , c'est-à-dire à accepter l'incomplétude
3. Le corolaire étant le perfectionnisme
4. Incapacité à s'ouvrir à soi et à l'autre sans se perdre dans la dépendance

Appartenance au groupe des addictions

- Début à l'adolescence
- Compulsivité
- Sentiment de manque ou de vide et impulsivité précédant le recours à l'objet addictif
- Substitution d'un dépendance à l'objet humain par une dépendance à l'objet externe et inanimé
- Vécu de dépersonnalisation puis honte et culpabilité lors des crises
- Dépressivité et lutte antidépressive
- Fréquence des coaddictions

Fonctions des addictions

- Défense contre les affects
- Défense contre les pensées
- Défense contre la relation
- Défense contre la menace de la rencontre sexuée
- Jouissance solitaire pour parer le vide désorganisateur
- Alternance d' excitation-apaisement des tensions internes

Critiques du modèle des addictions

- Pas d'unicité structurale: il n'y a pas de structure addictive
- Absence de phénomène de tolérance , et de dépendance physique à la nourriture
- Comorbidité plus faible des TCA avec d'autres addictions qu'avec les troubles anxieux ou dépressifs
- Rapprochement contestable entre l'addiction à un comportement et celle à une substance

TCA et autres addictions
Enjeu du problème

- Études avec les boulimiques
- Dès 1932 Wulff comparait la boulimie à une toxicomanie
- Production de substances opioïdes endogènes pendant la crise
- Idée du manque avant la crise, et d'apaisement et de dépersonnalisation après la crise

Boulimie et autres addictions

- ATCDS d'alcoolisme
- ATCDS de surconsommation médicamenteuse
- Abus d'alcool est la 2ième comorbidité après la dépression
- Le plus souvent l'alcool est secondaire à la TCA (10 à 70% de prévalence vie entière pour l'alcool et 10 à 60 % pour les drogues)

Boulimie et autre addiction

- Tranquillisants 23%
- Alcool 14%
- Amphétamine 6%
- Cannabis 6%
- Cocaïne 2%
- Héroïne 2%
- Hallucinogènes 1%

La vulnérabilité augmentée

- Plus grande vulnérabilité psychologique
- Recours plus fréquent aux laxatifs
- Atcds plus fréquents de TS
- Plus souvent recours aux soins psys et aux hospitalisations en général
- Sévérité des épisodes dépressifs
- Davantage de troubles anxieux
- Plus d'impulsivité et de comportements antisociaux
- Isolement affectif+++
- Parcours scolaire et social plus chaotique

Comment se couplent les TCA et les effets des drogues

- Le TCA est le plus souvent primaire
- Les autres addictions servent à atténuer les effets « pénibles » du TCA

Principaux effets recherchés

- Anxiolyse , effet antidépresseur , exaltation hédonique
- Plaisir à effet immédiat
- Désinhibition (relationnelle et sexuelle)
- Effet anorexigène+++ sauf pour le cannabis
- Sentiment de puissance et d'estime de soi
- Franchir des limites , des espaces interdits
- Identité de substitution

Psychopathologie commune

- Impulsivité-compulsivité
- Recherche de sensations-anhédonie
- Dépression de type anaclitique
- Alexithymie-expressivité des émotions

Impulsivité -compulsivité

- compulsivité avec obsessions idéatives concernant l'objet et la conduite addictive
- sentiment de manque ou de vide et impulsivité précédant le recours à l'objet addictif
- Tendance à l'avidité orale parfois féroce (tabac, alcool, cannabis, achats et dépenses compulsives…)

Recherche de sensations-anhédonie

- Théorie de la recherche d'un équilibre , d'une quête d'homéostasie psychique et physique
- Tendance à rechercher des sensations intenses pour compenser un manque de réactivité affective , une susceptibilité à l'ennui
- Tendance à mettre son corps à l'épreuve, à lui faire prendre des risques

Dépression-dépressivité

- Tendance à la dépression , à un vide narcissique , existentiel
- L'addiction vient combler ce vide remplaçant la dépendance affective par la dépendance à un objet externe qui devient interne
- Dépression avec angoisse de séparation,solitude impuissance

Alexithymie

- l'incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments
- la limitation de la vie imaginaire
- la tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits
- la description détaillée des faits ,des évènements sans participation affective ou pensée opératoire

Enfances ….et addictions sévères troubles de l'attachement précoce

- Sous le signe de la carence et de la maltraitance
- Sous le signe de l'empiètement
- Sous alternance des deux