

## La boulimie d'après le livre de Franck SENNINGER - La boulimie, la faim sans fin Éditions Jouvence

Les tenants et les aboutissants de la compulsions alimentaires sont superposables à ceux de la boulimie. Le vocable "boulimie" décrit ces deux troubles.

La boulimie ce sont des crises irrépessibles, incontrôlables au cours desquelles sont ingérées de grandes quantités de nourriture en peu de temps. La crise doit se dérouler jusqu'au bout, souvent en secret. Un sentiment de honte et de culpabilité accompagne la personne. C'est un trouble pulsionnel du comportement alimentaire.

On distingue la boulimie avec vomissement et prise de médicaments de la boulimie sans vomissements ni prise de purgatifs mais avec d'autres comportements compensatoires (exercice physique intense, repas sautés). L'estomac souffre et dans le cas de vomissements, le potassium est en carence, ce qui peut provoquer crampes musculaires et arrêt cardiaque.

L'obsession de la nourriture qui parasite une personne toute la journée, même si elle consomme des quantités plus faibles (compulsives) est tout aussi difficile. La compulsions est une impulsion irrésistible et désagréable qui conduit à exécuter un acte contraire au jugement ou à la volonté de celui qui le réalise, visant à pallier son angoisse. Ces personnes consomment un grand nombre d'aliments sans chercher à les rejeter, leur désarroi n'est pas moindre...

La personne boulimique mange sans faim, sans plaisir, sans pouvoir résister. C'est un acte alimentaire «anormal». Tandis que les signes de l'acte alimentaire «normal» sont effacés: La faim (sensation douloureuse de contraction de l'estomac à vide), l'envie de manger (désir qui anticipe le plaisir de consommer quelque chose), l'appétit (plaisir que l'on éprouve à manger et qui entraîne le désir de continuer jusqu'au rassasiement), le rassasiement (plénitude de l'estomac qui met un terme au repas) et la sensation de satiété (se poursuit au delà du repas).

**Avant la crise.** Il y a souvent un sentiment de mal être, frustration... La personne pense à la nourriture, cela peut être un grignotage (consommation de petites quantités d'aliments en dehors du repas) qui prend de l'ampleur.

**La crise.** Elle se caractérise par l'importance de la quantité absorbée et la rapidité de l'ingestion. Une fusion avec la nourriture se crée. La crise est inopinée ou méthodiquement organisée, c'est le cas des anorexiques qui se purgent.

**La fin de la crise.** Elle survient quand il y a satiété, la personne est repue, mais elle ne se reconnaît plus, il y a un sentiment de dépersonnalisation.

**Après la crise.** Il y a souvent un sentiment de culpabilité, honte, remords, souhait de bonnes résolutions, refuge dans le sommeil pour ne pas être confronté à un conflit angoissant avec soi même.

### **Critères diagnostiques de la boulimie:**

Ingestion régulière, rapide et sans plaisir de grandes quantités de nourriture en dehors des repas, sans contrôle, culpabilité qui pousse à "réparer" par des purges, des repas sautés, des exercices physiques intenses... Les crises ont lieu au moins 2 fois par semaine sur 3 mois. L'estime de soi ne dépend que du poids et de la silhouette.

**C'est un trouble multi factoriels** avec différentes approches pour le comprendre.

- Approche de la personnalité: Les boulimiques ont peur de grossir, ont le souci de leur apparence, ils hyper investissent l'image corporelle. Le psychisme se met au service de la représentation que la personne se fait d'un corps idéal. Cet investissement est tel que la personne confond sa propre valeur et sa capacité à atteindre un but. Les troubles du comportement alimentaire sont des troubles du narcissisme (de l'amour que la personne se porte).

Un profil type? L'âge de survenue est la post adolescence (période charnière au plan nutritionnel et psychologique), un surpoids existe déjà (provoquant un régime et l'arrivée des premières crises), souvent il y a un surpoids dans la famille (prégnance des habitudes alimentaires familiales), il y a un usage de médicaments. Les femmes sont plus touchées.

- Approche psychanalytique: Les boulimiques souffrent d'ennui, de manque, de désir insatisfait qui demandent une réponse immédiate. C'est une incapacité à gérer la frustration. La notion de besoin

l'emporte sur celle de désir. La dimension fantasmatique (difficile à satisfaire) est déviée vers une dimension matérielle (plus simple à combler): la nourriture. Celle ci est parfois rejetée (vomissement) tant cette réponse est décevante. Il y a une problématique de vide intérieur à combler et de vide à effectuer en soi lors des purges. L'alimentation joue un rôle relationnel fort entre la mère et l'enfant, un "conditionnement" précoce lié à la nourriture. On apaise un bébé en lui donnant le sein... Plus tard l'individu fait de même quand il est mal, il se tourne vers la nourriture. Un lien entre boulimie et séparation précoce avec la mère fait partie des hypothèses possibles. Il peut y avoir des boulimies d'autre chose (sport, travail...).

- Approche mythologique: Mythe du tonneau des Danaïdes (nous ne détaillons pas cette approche): se refuser à un acte naturel revient à se condamner à une absurdité sans fin ou à rechercher une compensation.

- Approche sociologique: La minceur, symbole de réussite, de beauté, de bonheur... La consommation, symbole de réussite, de richesse, de puissance. Deux entités contradictoires s'affrontent, il faut être mince et consommer. L'individu cède par à coups soit à la consommation (boulimie) soit à l'image du corps (anorexie). S'ajoute l'individualisation des repas, hors les crises sont solitaires...

- Approche neurophysiologique: 3 cerveaux se superposent. L'archéo cortex (date de 200 millions d'années, permet les actions rapides, la conservation, sans réflexion préalable), le paléo cortex (date de 100 millions d'années, siège de la peur et de la mémoire instinctive) et le néo cortex (date de 300 000 ans, permet la mémorisation, la réflexion, la résolution de problèmes...). Quand une personne se trouve face à un problème qu'elle ne peut résoudre (neo cortex), elle cherche involontairement une solution réflexe (archéo cortex) dans la nourriture. C'est renforcé par le paléo cortex dans lequel la mémoire a inscrit que la réponse à la souffrance pouvait être une prise de nourriture.

- Approche biologique: Il faut saisir ces termes: l'insuline (hormone - la restriction alimentaire provoque une baisse d'insuline dans le sang et aboutit à un signal de faim), la leptine (hormone - elle informe le cerveau sur les stocks de graisse, la restriction alimentaire la fait diminuer et déclenche un signal de faim), la ghreline (hormone - la restriction alimentaire augmente sa quantité dans l'estomac, elle déclenche un signal de faim) et la sérotonine (substance du cerveau qui coupe la faim s'il y a assez d'insuline dans le corps, en cas de restriction, elle déclenche la faim). Certains médecins utilisent des antidépresseurs pour traiter les crises de boulimie car ils augmentent le taux de sérotonine.

## **Le traitement des crises.**

1. **L'apprentissage des rythmes**: Il s'agit de reprendre le contrôle sur son alimentation et d'acquérir de nouvelles habitudes alimentaires. Les crises de boulimie entraînent de la culpabilité, les repas suivants sont donc souvent inexistant, ce qui provoque la faim et une nouvelle crise. La personne boulimique doit comprendre que les repas normaux ne font pas grossir. Pour cela un respect d'horaires fixes est primordial ainsi qu'une pratique sportive.

2. **Le traitement proprement dit**: La personne boulimique délaisse des notions fausses, sa relation avec la nourriture, sa vision de l'alimentation par deux types d'apprentissage:

- Apprentissage des signaux internes: la personne est dans une distorsion de la pensée dont voici quelques exemples.

. L'auto référence: L'interprétation des événements extérieurs se fait en fonction des critères de la personne et sa réaction se fait en fonction de cette interprétation, ce qui fausse son jugement.

. La pensée opératoire: Incapacité pour un individu d'évaluer globalement une situation, préférant s'appuyer sur des détails concrets (concerne l'enfant de 7 à 11 ans), c'est une forme de pensée immature et la réponse apportée l'est aussi, la crise de boulimie.

. La distorsion: La réponse n'a pas de rapport avec la cause, donc la solution retenue (boulimie) n'a pas de relation directe avec la cause.

. L'amplification et la généralisation: A partir du vécu d'un événement, le sentiment est amplifié et généralisé à toute son existence et tous événements.

. La dichotomie: C'est blanc ou noir, une chose ne va pas, rien ne va, c'est extrême, comme la crise de boulimie l'est.

. L'antilogie: "Si j'étais mince tout irait bien", des relations de cause à effet sont tirées alors qu'il n'existe aucun rapport entre les différents termes, relier poids et bonheur est contraire à toute logique...

- Apprentissage nutritionnel: Ce qu'il faut savoir...

. Il y a des entrées (les lipides, les glucides et les protéines - les plus rassasiants) et des sorties, comptabilisées en calories. Un poids stable signifie que les entrées et les sorties s'équilibrent. Les personnes boulimiques ne sont pas toutes en surpoids car elles savent compenser des apports excessifs par une restriction ou des purges. Pour perdre du poids, il faut que les entrées soient inférieures aux sorties, mais le corps s'adapte et consomme moins pour fonctionner, le poids se stabilise de nouveau, ce qui aboutit à un échec d'un régime sur du long terme. C'est un effet perfide. Comme frein il y a la génétique également, chacun brûle des calories différemment et le psychisme (d'autres rituels doivent être trouvés pour échapper aux difficultés).

. Dans les dépenses on compte les dépenses de repos pour faire fonctionner l'organisme (60% des calories), la thermogenèse qui représente les calories brûlées pour consommer les aliments (10% des calories), l'activité physique qui représente (15 à 30% des calories).

. Trop de poids? On calcule son Indice de Masse Corporelle: Poids en kg / (taille x taille) en mètres. Entre 20 et 25 (poids normal), < à 20 (insuffisant), > à 25 (élevé).

. Le poids n'est pas uniforme, à poids égaux, deux individus peuvent ne pas avoir la même composition en muscles et graisses, l'un peut être en surpoids et l'autre pas. Perte de poids = perte d'eau, graisse ou muscle / Amaigrissement = perte de graisse.

Perdre du poids quand on est boulimique: Derrière la boulimie c'est la volonté de perdre du poids. Il faut rétablir des repas dignes de ce nom (on mâche, on n'engloutit pas, on ne se frustre pas, on mange ce qui nous fait envie dans des quantités raisonnables, on évite de stocker de la nourriture chez soi). L'essentiel de la prise de poids ne se fait pas au cours des repas. Les personnes qui "sautent" des repas sont plus sujettes aux épisodes compulsifs. Le petit déjeuner est primordial. Avoir faim à 11h est naturel, il vaut mieux pas y céder, cette sensation disparaît et revient au moment du repas (la faim est différente de l'envie de manger). Attention au goûter, la collation tourne souvent à la crise compulsive et est l'occasion de sécréter de l'insuline donc de stocker des graisses. Pendant la crise, essayez de choisir des aliments rassasiants et/ ou trouver une activité alternative. Après, essayez de noter les quantités, les aliments, les sensations, les causes de cette pulsion.

Perdre de la graisse quand on est boulimique: Le seul moyen est d'augmenter l'activité physique, sous forme d'exercices volontaires ou de gestes quotidiens (monter les escaliers, faire le ménage...). La stratégie à opposer à la boulimie est la "dynamie".

Quels traitements peuvent compléter?

. Les médicaments (cf antidépresseurs)

. La relaxation: Pour avoir une meilleure approche de ses signaux internes (faim, envie de manger, agressivité...).

. La Gestalt thérapie: Etude de l'"ici et maintenant" du sujet pour qu'il réalise la perturbation de ses signaux internes et permettre un renouveau dans le contact avec autrui.

. La programmation neurolinguistique: Elle recherche une valorisation de l'être à travers un programme, développement de stratégies de réussite et modélisation pour répondre aux conflits qui surviennent au cours de la vie.

. L'hypnose: Elle crée un état proche de "je suis là sans être là", le champ de la conscience est réduit pour dénouer les tensions, baisser les défenses psychologiques et faire apparaître des solutions.

. L'acupuncture: Elle agit sur les méridiens qui véhiculent l'énergie dans l'organisme, des aiguilles stimulent des points caractéristiques des grandes fonctions de l'organisme et des organes correspondants, dans la boulimie, cela diminue la sensibilité à certains stress pour y faire face autrement),

. La psychothérapie: Des entretiens face à face font surgir les conflits internes, pour trouver un lien entre les crises de boulimie et les problèmes mis à jour, il faut que la personne sorte de la pensée opératoire et soit dans l'introspection.

. Les thérapies familiales: Quand la personne vit chez ses parents, cela permet de revoir le mode relationnel.

. Les groupes d'entraide: Un échange avec des personnes ayant le même vécu peut être salutaire. Des échanges sur internet (anonymes) sont de bonnes alternatives.

**3. Le maintien**: Les personnes atteintes de troubles alimentaires restent fragiles. Il y a une consolidation inlassable des acquis qui doit être accompagnée par des professionnels dans des périodes vulnérables. C'est un traitement imparfait. Il combine l'apprentissage nutritionnel, la compréhension de ses signaux internes et celle de ses pulsions. Le but est de mettre une fin sur une faim.