

Professeur Daniel Rigaud

**100 IDÉES
POUR SE SORTIR
D'UN TROUBLE ALIMENTAIRE
ANOREXIE MENTALE,
BOULIMIE, COMPULSION**



© Alta communication, 2012
Éditions Tom Pousse
34-38, rue Blomet
75015 Paris

Chapitre I

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

INTRODUCTION	12
1 A-T-ON UNE IDÉE DE CE QU'ANOREXIE VEUT DIRE ?	21
2 L'ANOREXIE MENTALE, C'EST TOUT AUTRE CHOSE QUE DE L'ANOREXIE !	22
3 LA BOULIMIE EST UN DRÔLE DE TROUBLE !	24
4 LA COMPULSION ALIMENTAIRE, EST-CE DIFFÉRENT DE LA BOULIMIE ?	26
5 MA FILLE SE FAIT VOMIR, DOIS-JE M'INQUIÉTER ?	28
6 MA FILLE MAIGRIT : DOIS-JE M'INQUIÉTER ?	29
7 LES GARÇONS PEUVENT-ILS FAIRE DE L'ANOREXIE MENTALE ?	30
8 LES TCA PEUVENT-ILS COMMENCER À UN AUTRE MOMENT QUE L'ADOLESCENCE ?	31
9 EXISTE-T-IL D'AUTRES TCA ?	33
10 A-T-ON IDÉE DE LA FRÉQUENCE DES TCA ?	35
11 À QUOI RECONNAÎT-ON LES PREMIERS SIGNES D'UN TCA ?	37
12 QUE FAIRE ET NE PAS FAIRE QUAND ON DÉCOUVRE CES SIGNES D'ALERTE ?	39
13 SAIT-ON COMMENT MANGENT LES JEUNES ET LES ÉTUDIANTS ?	41
14 LA POPULATION ET SON ALIMENTATION : MYTHES ET RÉALITÉS	43
15 POURQUOI NE COMPTE-T-ON PAS LES CALORIES EN MANGEANT ?	45
16 POURQUOI SAIT-ON DÉJÀ MANGER EN NAISSANT ?	47
17 POURTANT TOUT EST APPRIS !	49
18 POURQUOI FAUT-IL MANGER AUX REPAS ET PAS N'IMPORTE QUAND ?	51
19 LES CALORIES : QUE FAUT-IL EN PENSER ?	52
20 LES PROTÉINES : À QUOI SERVENT-ELLES ?	53
21 LES LIPIDES : SONT-ILS FORCÉMENT MAUVAIS ?	55
22 LES GLUCIDES SONT-ILS FORCÉMENT GROSSISSANTS ?	57
23 LES MICRONUTRIMENTS : À QUOI SERVENT-ILS ?	58
24 COMPORTEMENT OU HABITUDE : EST-CE PAREIL ?	59
25 NOTRE CERVEAU FAIT QUOI ET COMMENT ?	60
26 LE CERVEAU, UNE TOUR DE CONTRÔLE ?	62
27 LES NEUROTRANSMETTEURS, MESSAGERS DU CERVEAU ?	64
28 LES ANIMAUX PEUVENT-ILS AVOIR DES TCA ?	66
29 ET CHEZ L'HOMME, A-T-ON DES MODÈLES ?	68

30	A-T-ON IDÉE DE CE QUI SE PASSE JUSTE AVANT LE DÉBUT D'UN TCA ?	69
31	MAIS, JUSTE AVANT LE TCA, IL Y A AUSSI LE MAL-ÊTRE	70
32	CHOIX ALIMENTAIRES : PAS SI SIMPLE !	71

Chapitre II

QUE FAIRE DEVANT UN TCA ? LA FAMILLE ET LES THÉRAPEUTES

	INTRODUCTION	74
33	LA MÈRE : QUEL EST SON RÔLE DANS LE TCA DE SON ENFANT ?	75
34	LA MÈRE : SI FUSIONNELLE QUE ÇA ?	76
35	LA MÈRE PEUT AIDER !	77
36	LA MÈRE AUX PREMIÈRES LOGES	78
37	ET LE PÈRE, DANS TOUT ÇA ?	80
38	ON NE PARLE JAMAIS DES FRÈRES ET SŒURS !	81
39	ON DIT QUE LA SOCIÉTÉ ET LA MODE (LES MANNEQUINS) SONT RESPONSABLES DES TCA ?!	82
40	SAIT-ON POURQUOI LES TCA TOUCHENT LES FILLES AU MOMENT DE L'ADOLESCENCE ?	83
41	LE SYNDROME DE PETER PAN	85
42	D'OÙ VIENT LA PENSÉE ANOREXIQUE ?	86
43	LA PENSÉE ANOREXIQUE PILOTE TOUS LES TCA	87
44	QUE MANGENT LES MALADES ANOREXIQUES, BOULIMIQUES OU COMPULSIFS ?	89
45	QUELS SONT LES APPORTS ÉNERGÉTIQUES DES MALADES ANOREXIQUES, BOULIMIQUES OU COMPULSIFS ?	90
46	LA GUERRE CONTRE LE TCA NE SERA PAS UNE GUERRE ÉCLAIR !	92
47	QUELS SONT LES PREMIERS SIGNES D'UNE ANOREXIE MENTALE ?	94
48	QUELS SONT LES PREMIERS SIGNES D'UNE BOULIMIE ?	96
49	QUELS SONT LES PREMIERS SIGNES D'UNE COMPULSION ALIMENTAIRE ?	97
50	QUELS SONT LES SIGNES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE ?	99
51	QUELS SONT LES SIGNES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DE LA BOULIMIE ?	101
52	QUELS SONT LES SIGNES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES DE LA COMPULSION ALIMENTAIRE ?	103
53	DOIS-JE CRAINdre DES COMPLICATIONS ?	105
54	LES TCA SONT-ILS L'OBJET DE DISCRIMINATIONS ?	106
55	A-T-ON UNE IDÉE DU RÔLE QUE JOUE LA FÉMINITÉ DANS LES TCA ?	108

56	MA FILLE ÉVOLUE VERS LA BOULIMIE, EST-CE NORMAL ?	109
57	MA FILLE A DES TOC : EST-CE LIÉ À SON TCA ?	110
58	MA FILLE N'A PLUS L'AIR D'ÊTRE BIEN DANS SA PEAU, POURQUOI ?	111
59	QU'EST DEVENUE MA FILLE ESPIÈGLE ET PLEINE DE JOIE ?	112
60	D'OÙ VIENT CET INTENSE SENTIMENT D'IMPUISANCE QUE NOUS AVONS TOUS FACE AU TCA ?	114
61	CE BESOIN DE MAÎTRISE A-T-IL QUELQUE CHOSE À VOIR AVEC LES TCA ?	116
62	UN TCA A-T-IL QUELQUE CHOSE À VOIR AVEC UN MANQUE D'AFFIRMATION DE SOI ?	117
63	MA FILLE SEMBLE SE PRIVER DE SON PROPRE DÉSIR	119
64	MA FILLE SEMBLE ÊTRE REDEVENUE UNE PETITE FILLE, EST-CE NORMAL ?	121
65	MA FILLE SEMBLE ÊTRE REDEVENUE UNE PETITE FILLE, MÊME AFFECTIVEMENT	122
66	MA FILLE A TOUJOURS PEUR D'ÊTRE JUGÉE : QUEL RAPPORT AVEC SON TCA ?	124
67	UN TCA, N'EST-CE QUE PSYCHOLOGIQUE ?	125
68	CE BESOIN DE FAIRE MANGER L'AUTRE, EST-CE LE TCA (L'ANOREXIE MENTALE) ?	127

Chapitre III

POUR VOUS QUI SOUFREZ DE TCA : QUELQUES PISTES POUR ALLER MIEUX

	INTRODUCTION	130
69	MES ÉMOTIONS, QUEL BAZAR !	131
70	RIEN, RIEN DE RIEN !	132
71	POUR GUÉRIR, QUELS SONT LES ENJEUX ?	133
72	LES ÉTAPES DE LA GUÉRISON	135
73	POURQUOI UN OBJECTIF DE POIDS DANS L'ANOREXIE MENTALE ET LA BOULIMIE ?	137
74	« VOUS ME DITES QUE JE NE MANGE PAS ASSEZ. ALORS COMMENT SE FAIT-IL QUE MON POIDS SOIT STABLE ? »	138
75	L'ÉNERGIE DE MAINTENANCE : MATHÉMATIQUE, MAIS PAS VISIBLE !	140
76	SOYEZ OBJECTIVE, VOUS ALLEZ MAL !	141
77	NE CÉDEZ PAS À VOS PEURS !	142
78	S'AFFIRMER, C'EST PESER LOURD !	143
79	LÂCHER PRISE, C'EST DUR MAIS INCONTOURNABLE !	145
80	PAS À PAS !	146
81	DONNEZ-VOUS UN CADRE !	147

82	PRENEZ CONSCIENCE DE L'IMPACT DU TCA SUR VOS PROCHES	149
83	MANGER NOUS REPRÉSENTE !	150
84	ACCEPTEZ D'ÊTRE AIDÉE !	151
85	LE MANQUE DE CONFIANCE ET LES TCA	152
86	COMMENT REGAGNER DE LA CONFIANCE EN SOI ?	153
87	PERFECTIONNISME ET BESOIN DE MAÎTRISE	154
88	Y A-T-IL DES MÉDICAMENTS CONTRE LES TCA ?	155
89	QU'EST-CE QUE LA PSYCHOTHÉRAPIE ET POURQUOI ?	156
90	QUE DIT LA PSYCHANALYSE SUR L'ANOREXIE MENTALE ?	158
91	QUE DIT LA PSYCHANALYSE SUR LA BOULIMIE ?	159
92	EXISTE-T-IL D'AUTRES TENTATIVES D'EXPLICATIONS ?	160
93	L'APPROCHE NUTRITIONNELLE DANS LES TCA	161
94	L'APPROCHE COMPORTEMENTALE* DANS LES TCA	162
95	L'APPROCHE FAMILIALE DANS LES TCA	163
96	LE CERVEAU FABRIQUE DES LEURRES	164
97	LA SONDE GASTRIQUE	165
98	LA « PATOLOGIQUE » AU SECOURS DES MALADES SOUFFRANT DE TCA	166
99	FAUT-IL FAIRE FAIRE UN BILAN MÉDICAL SI VOUS SOUFFREZ DE TCA ?	169
100	CROIRE EN LA GUÉRISON	171
	UN SCHÉMA POUR COMPRENDRE	173
	UN AUTRE SCHÉMA POUR COMPRENDRE	174
	LES PROTÉINES	175
	LES LIPIDES	176
	LES GLUCIDES	177

ANNEXES

L'ASSOCIATION AUTREMENT	178
« TOUS CES SILENCES, NOUS LES REJETONS »	182
GLOSSAIRE	185
QUELQUES LIVRES SUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)	195



**CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR
SUR LES TROUBLES
DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) semblent bien être apparus au début du xx^e siècle. Quasi inconnus jusque-là, ils se sont étendus depuis 40 ans comme une traînée de poudre à travers le monde, et pas seulement dans les pays riches. Et leur fréquence ne cesse d'augmenter partout. Depuis les années 2000, on décrit des cas d'anorexie mentale, de boulimie* et de compulsions alimentaires en Argentine, en Colombie, au Mexique, en Guyane, aux îles Curaçao et en Polynésie, en Afrique du Sud, en Tanzanie, en Chine, en Thaïlande et au Cambodge. La fréquence des nouveaux cas augmente au Japon et aux États-Unis, en Australie et en Allemagne, en France et au Royaume-Uni. De nouvelles formes de TCA apparaissent. On voit arriver dans les consultations spécialisées des malades avec des troubles alimentaires incroyables : phobies du vomissement, orthorexie*¹, mérycisme*...

Bien sûr, l'anorexie mentale avait été décrite bien avant les années 1990. On évoque souvent l'anorexie mentale dont souffrait la princesse arabe soignée par Avicenne au x^e siècle ou celle de sainte Catherine de Sienne. On rappelle qu'Élisabeth Amélie Eugénie de Wittelsbach (née en 1837 et morte en 1898), duchesse de Bavière, impératrice d'Autriche et reine de Hongrie, plus connue sous le surnom de Sissi, fut elle aussi touchée par l'anorexie et souffrit durant la deuxième moitié de sa vie d'une peur malade de grossir. Elle se privait de manger aux repas* et s'astreignait à consommer uniquement du lait, du bouillon de poule et huit à dix oranges par jour. Obsédée par la peur de prendre du poids, elle ne pesait plus, vers la fin de sa vie, que

1. Les mots marqués d'un astérisque sont définis dans le Glossaire publié dans les Annexes en fin de volume.

41 kg pour 1,62 m (indice de masse corporelle 15,6 kg/m², alors que la normale se situe entre 19 et 25 kg/m²).

Les manuels de médecine ne parlent pas d'anorexie mentale avant 1950, même si la paternité du terme peut être disputée entre l'aliéniste Charles Lasègue, qui décrit la maladie en 1873, et le médecin britannique William Gull¹. Dans les services hospitaliers de Psychiatrie et d'Endocrinologie, on n'en voyait guère de cas avant les années 1970.

Pire, si tout le monde connaissait l'anorexie mentale, la boulimie, elle, ne fut pas répertoriée comme maladie avant 1980 : elle n'existait tout simplement pas ! D'ailleurs, même encore aujourd'hui, sa définition et ses complications ne sont connues que de quelques-uns. Enfin, nombreux sont ceux qui pensent encore que la compulsions, un autre TCA, n'est qu'une grosse gourmandise.

À l'exception de quelques spécialistes, les TCA se limitent encore pour beaucoup de médecins à l'anorexie mentale, à la boulimie et à la compulsions alimentaire. Or, la moitié des personnes qui présentent un TCA souffrent d'un trouble qui n'entre dans aucune de ces trois catégories.

EN QUELQUES MOTS, QUE PEUT-ON DIRE DE CES TROUBLES ?

Dans « trouble du comportement alimentaire », les trois mots sont importants et peuvent nous éclairer sur ces pathologies bizarres.

- **Trouble** : *trouble* signifie « opaque ». Et, en effet, la personne souffrant de TCA ne comprend rien à son comportement* : c'est obscur, trouble pour elle. Mais *trouble* signifie aussi « mal-être », car la plupart des malades atteints d'un TCA souffrent d'un mal-être, d'une douleur morale qu'ils ne comprennent pas.

1. William W. Gull, « Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica) », *Clinical Society's Transactions*, vol vii, 1874, p. 22.

- **Comportement*** : comme on le reverra, les TCA sont des maladies qui touchent au comportement des individus. De façon schématique, nous dirons qu'un comportement est une « série d'actions sous-tendue par une pensée ou une émotion ». Ce n'est donc pas une habitude. Le comportement n'est en général pas interprété par la personne comme représentant l'émotion ou la pensée qui est derrière. Ainsi, on sait qu'un homme qui a un comportement agressif au volant de sa voiture n'en est pas forcément conscient, et surtout qu'il n'imagine pas du tout ce que ceci implique au fond de lui-même. Il en va de même pour les personnes qui souffrent de TCA : le TCA donne à voir quelque chose d'elles qu'elles ne connaissent pas elles-mêmes.
- **Alimentaire** : les TCA concernent l'alimentation, c'est-à-dire tout bonnement une fonction vitale. Il faut manger pour vivre et ces personnes ne vivent plus que pour manger (ou ne pas manger !). Les TCA, curieusement, se développent plutôt chez des jeunes filles et des femmes qui ont un intérêt pour la nourriture, qui aiment manger et qui, souvent, disent qu'avant (le TCA) elles étaient gourmandes.

LES DIFFÉRENTS TCA

1. L'anorexie mentale

L'anorexie mentale peut se définir en deux mots comme « la peur de manger par peur de grossir ». Les personnes atteintes de ce trouble, le plus souvent des jeunes filles ou des femmes, se privent de manger pour ne pas devenir obèses, alors même qu'elles sont minces, voire déjà maigres. Cette peur « alimente » un besoin incontrôlable de suivre un régime pour continuer à perdre du poids, dans le but d'avoir de la marge. Ces malades finissent par se sentir grosses, alors même qu'elles sont maigres. Ce n'est pas une distorsion de la réalité, comme dans la psychose, mais un sentiment : « *Je sais que je suis maigre, qu'on me voit maigre, mais je me sens énorme* ».

On reconnaît trois formes principales d'anorexie mentale :

a. La forme restrictive, dans laquelle la malade ne maigrit qu'au prix d'une réduction drastique de ses apports alimentaires et, dans deux tiers des cas, au prix d'une hyperactivité physique et d'une potomanie*.

b. La forme boulimique, dans laquelle la malade, en plus de la restriction alimentaire et de l'hyperactivité physique, fait des crises alimentaires* et provoque le vomissement pour se débarrasser des aliments qu'elle vient d'avalier. Ces crises consistent en l'ingestion compulsive d'une grande quantité d'aliments (plus qu'un repas normal).

c. À cette dernière forme, se rattache **la forme vomitive pure**, dans laquelle la malade se fait vomir, par exemple après ce qu'elle considère comme un repas* trop riche. Ici, il n'y a pas de crises alimentaires, seulement des vomissements.

2. La boulimie

La boulimie se définit comme la répétition, au moins deux fois par semaine, de crises alimentaires* très importantes ponctuées de vomissements provoqués. Neuf fois sur dix au moins, les personnes atteintes de ce trouble sont des jeunes filles ou des jeunes femmes entre 15 et 35 ans qui ingurgitent des quantités colossales d'aliments, parfois l'équivalent de deux ou trois repas complets en une seule crise*. Mais la personne boulimique, qui a un poids absolument normal, a la même pensée anorexique qu'une malade authentiquement anorexique pesant 35 kg : elle souffre de la même peur de grossir, elle affirme le même refus acharné de grossir... La seule différence, c'est qu'elle, elle « s'est ratée » (selon la propre expression des malades). La personne boulimique est dans l'impossibilité de jeûner durablement, dans l'incapacité de maigrir ; elle s'en veut énormément et se trouve d'autant plus « nulle ».

3. La compulsion alimentaire

La compulsion alimentaire est la répétition, au moins deux fois par semaine, de crises alimentaires* importantes (par exemple, au

moins deux tablettes de chocolat, ou une baguette de pain avec une demi-plaque de fromage, mais sans vomissement provoqué). Dans 70 à 75 % des cas, ce TCA touche des femmes qui ont bien sûr peur de grossir, mais ne s'y opposent pas vraiment. Elles prennent donc du poids au fil du temps. C'est ce qui, avant tout autre chose, les distingue des malades boulimiques qui, elles, ne veulent absolument pas grossir et cherchent à se débarrasser de la crise* par tous les moyens.

Comme le lecteur l'aura remarqué, j'emploie beaucoup le mot « elle ». Ce sera encore souvent le cas dans la suite de cet ouvrage. La raison en est simple : **les TCA sont des maladies qui touchent essentiellement les femmes** ; plus de 80 % des malades sont des jeunes filles ou des femmes adultes. Dans les consultations de médecine ou de psychiatrie, peu d'hommes viennent consulter pour un TCA. Peut-être n'est-ce pas parce que les TCA n'existent pas chez l'homme, car il est possible que les hommes n'osent pas consulter pour ce genre de troubles. Mais, quoi qu'il en soit, la fréquence des TCA classiques (anorexie mentale, boulimie et compulsions alimentaires) est beaucoup plus faible chez les hommes que chez les femmes et les jeunes-filles. Le sexe féminin est davantage concerné par les messages publicitaires de minceur, de régimes pour maigrir, de forme et de silhouette à façonner en salle de sport que l'autre sexe. De plus, la puberté déclenche chez la jeune fille des modifications corporelles, des changements de silhouette, une redistribution du tissu adipeux et des variations hormonales mensuelles que ne connaissent pas les garçons.

Les TCA débutent le plus souvent autour de l'adolescence ou chez le jeune adulte. Il existe à ceci des explications hormonales, métaboliques, psychologiques, nous y reviendrons. La jeune fille doit alors faire face à des changements qu'elle n'a pas demandés et qui ne s'expliquent pas par une modification de son alimentation, qui serait devenue plus grasse et plus calorique,

au contraire ; et c'est pourquoi elle n'y comprend rien et que ceci peut la déstabiliser. Elle mange plutôt un peu moins, un peu moins gras et pourtant non seulement elle grossit, mais en plus elle grossit à des endroits fort visibles, voire gênants pour elle : les fesses, les cuisses, les hanches et le ventre. À la différence d'un garçon qui, entre 13 et 18 ans, ne change guère de silhouette, une fille, si : elle double la masse de son tissu adipeux, qui se localise préférentiellement à des endroits sexuellement signifiants : « elle est une femme maintenant », alors que dans sa tête elle est encore une petite fille ! Le mal-être que ceci provoque parfois chez elle est éventuellement aggravé par des réflexions qu'elle juge déplacées (même si elles n'ont pas été faites pour blesser) : « *Dis donc, tu as pris de la poitrine !* » (ou *des fesses*), quand elle n'est pas réellement exposée à un traumatisme sexuel : attouchements, viol ou agression.

Si 80 à 90 % des TCA débutent entre 15 et 30 ans, on décrit régulièrement depuis dix ans des anorexies mentales et des boulimies qui se manifestent chez des femmes plus âgées. La doyenne de mes patientes a commencé à maigrir à l'âge de 61 ans, suite à la mort de sa sœur jumelle. Son âge mis à part, cette patiente présentait toutes les caractéristiques classiques de l'anorexie mentale.

Depuis les années 2000, les thérapeutes qui soignent les patients souffrant de TCA sont sortis de l'empirisme psychanalytique pour entrer dans le champ scientifique : les patients ne sont plus « malades de leurs parents », mais développent un TCA suite à de multiples influences, dont celle de l'école (ou du lycée), de l'université et de la société dans lesquelles ils évoluent. Bien sûr, le clinicien pointe souvent un dysfonctionnement familial, parfois grave, voire des abus sexuels, mais les TCA n'en sont pas la conséquence directe ni unique, mais seulement un des moyens d'expression, chez une personne qui a un cerveau prédisposé à développer un TCA. **Il va de soi que des facteurs psychiques sont à l'œuvre** : qui pourrait le nier, surtout quand il s'agit par exemple d'un père disparu sans donner de nouvelles

ou d'une mère dépressive ou schizophrène depuis vingt ans ? Mais de tels cas ne sont pas la règle, et beaucoup de pères et de mères d'anorexiques mentales ou de boulimiques ont un comportement* tout à fait normal ! De plus, il est sûr que **les TCA sont aussi la conséquence d'un profil neurobiologique particulier**. Les neurosciences nous ont appris que n'importe qui ne peut pas développer un TCA, au même titre que n'importe qui ne peut pas devenir alcoolique ou héroïnomane. Il paraît de plus en plus clair qu'il y a chez les malades souffrant de TCA un trouble objectif (mesurable) du schéma et de l'image corporelle. Il y a un dysfonctionnement des connexions entre les neurones de la sphère corticale (temporale) et de la sphère limbique* : les réseaux de neurones communiquent mal entre eux et donnent une perception fautive d'elle-même à la malade (« *Je me sens trop grosse* »), qu'elle soit anorexique ou boulimique.

Les TCA engendrent une souffrance. Il faut le dire et le répéter. Ce n'est pas une simple crise d'adolescence. Ce n'est pas un choix. Les malades atteintes d'anorexie mentale ne sont pas des filles super-intelligentes qui ont de la volonté. La personne ne fait pas exprès d'avoir un TCA. Elle ne le fait pas non plus contre ses parents. Elle ne décide rien, même si, pour commencer, c'est elle qui s'est mise au régime. La souffrance préexistait chez beaucoup de ces malades. Mais les TCA sont, par eux-mêmes, responsables d'une authentique douleur morale et physique : fatigue physique, voire épuisement mental, insomnie, stress*, angoisse et dépression.

Les TCA sont des maladies à part entière. Ce ne sont pas seulement un problème de silhouette et de beauté. D'ailleurs, au fond, ce n'est même pas ça du tout : ce sont des maladies chroniques, dont on ne guérit qu'après des années. Ce sont des maladies dont on peut mourir et qui altèrent profondément et parfois durablement la qualité de vie physique, sociale, professionnelle et psychique. Rien à voir avec un petit régime : l'anorexie mentale et la boulimie commencent en fait au-delà du régime pour maigrir.

En cascade, progressivement et insidieusement, les TCA touchent la confiance en soi, l'estime de soi, l'affirmation de soi, le sentiment de puissance et la féminité (ou la masculinité). L'anorexie mentale détruit les os lentement mais massivement, bien plus que ne le fait la ménopause. L'anorexie mentale puise dans les réserves de l'individu, détruit ses ressources, ses envies et ses relations sociales et amicales. La boulimie peut induire des troubles cardiaques sévères, fait tomber les dents et dérouté les sens. Le rapport à soi est perturbé et le sommeil altéré. Les TCA génèrent des pensées alimentaires en boucle, folles, obsessionnelles et totalement dysfonctionnelles, du type « *Manger fait grossir* », « *Le regard de l'autre quand je mange m'angoisse énormément* », « *Si je ne fais pas quatre heures par jour d'activité physique, je vais prendre un kilo par semaine* ».

Les TCA sont des maladies graves. Graves en ce sens qu'il s'agit de troubles qui ne disparaissent pas spontanément à 18 ans, mais bien au contraire des affections chroniques dont on met parfois cinq ou dix ans à se sortir. Dans les cas les plus graves, les TCA sont responsables d'une mortalité accrue. À titre indicatif, l'anorexie mentale est la maladie répertoriée dans les manuels de psychiatrie dont on meurt le plus entre 20 et 30 ans ! On estime qu'elle tue à l'heure actuelle près de 10 % des malades après dix ans d'évolution. Dans la boulimie, la mortalité serait de l'ordre de 5 % après dix ans de maladie. Ce n'est pas rien.

Les TCA sont des maladies graves aussi parce qu'ils altèrent considérablement la qualité de vie : relations aux autres, capacités de défendre une position professionnelle, d'entretenir des relations amoureuses et affectives.

On ne sort pas tout seul, comme ça, d'un TCA. Il faut souvent des années pour guérir. Face à un TCA qui dure depuis plus de deux ans, il faudra des entretiens répétés, des mesures médicales, des médicaments et des années de psychothérapie avant de pouvoir se dire enfin « Je suis guérie » !

Le traitement commence à être mieux codifié et mieux étayé

par des études prospectives de qualité. Nous entrons de plus en plus actuellement, en médecine, dans une réflexion de type scientifique : pour être validé définitivement, un traitement doit avoir fait la preuve de son efficacité dans des études scientifiques de terrain sérieuses. Le niveau de preuve de son intérêt doit être élevé pour qu'il soit reconnu par l'ensemble de la communauté scientifique et les instances gouvernementales. Il est clair que le traitement des TCA doit être multidisciplinaire, c'est-à-dire faire appel à plusieurs disciplines et, souvent donc, à plusieurs spécialistes. Il doit y avoir une approche nutritionnelle (car les TCA sont de nature « alimentaire » : ils impliquent l'acte de manger), comportementale (puisqu'il s'agit d'un trouble du comportement*) et analytique, à savoir qu'on doit chercher à expliquer pourquoi le TCA s'est installé et surtout pourquoi il dure.

Les TCA sont des maladies bien bizarres qu'il convient de soigner de façon spécifique : un diététicien ne soigne pas un TCA comme il soigne une personne obèse. Un psychanalyste doit sortir de sa « réserve freudienne » et parler, et même parler beaucoup : pour guérir un malade souffrant de TCA, il ne suffit pas d'écouter.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier non plus de soigner les complications, et même de les prévenir. Trop souvent encore, on voit des malades souffrant d'un TCA depuis cinq ans qui n'ont reçu aucun traitement nutritionnel, aucune prévention de l'ostéoporose*, alors qu'après dix ans de TCA cette maladie touche plus de 60 % des patients.

Enfin, et c'est important à retenir, on en guérit souvent. Ce n'est souvent ni facile ni rapide, mais un jour le TCA disparaît. La bonne nouvelle est que, lorsqu'il a disparu depuis plus de deux ans, on ne rechute plus. Certaines anciennes malades disent même : « *Je ne saurais plus faire une anorexie mentale, une boulimie ou des compulsions alimentaires. C'est sorti de ma tête, le programme est détruit* » !

A-T-ON UNE IDÉE DE CE QU'ANOREXIE VEUT DIRE ?



↳ IDÉE
1

Il faut d'emblée bien distinguer l'anorexie mentale de l'anorexie simple, ou anorexie vraie : Anorexie signifie perte (préfixe « a ») de la sensation de faim* (orexie). On est en état de satiété permanente. La motivation à mettre des aliments en bouche (oralité) est diminuée. L'anorexie, au sens strict du terme (anorexie vraie), n'est donc pas un trouble du comportement alimentaire : c'est la perte d'une sensation physiologique. Elle est liée à une maladie touchant le corps (maladie somatique) et non l'esprit.

De nombreuses maladies induisent une anorexie vraie :

- **Les défaillances sévères d'un organe** : insuffisances cardiaques, pulmonaires, rénales ou digestives.
- **Les maladies chroniques inflammatoires**. L'inflammation est une réponse à une lésion tissulaire, qu'elle vise à circonscrire et à réparer. Cette lésion peut être provoquée par une agression physique, chimique ou microbienne, ou par une maladie interne (le corps s'attaque lui-même : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde...). Les signes de l'inflammation sont la rougeur, la chaleur et la fièvre, la douleur, l'œdème*, mais aussi l'asthénie (la fatigue), l'anorexie et l'amaigrissement. Dans le but de réparer, le corps fabrique des substances chimiques, les cytokines, qui coupent la faim.
- **Les cancers** sont aussi des maladies inflammatoires : tumeurs malignes, leucémies et lymphomes. Les cytokines sont fabriquées pour combattre le cancer. Plus la tumeur est grosse, plus l'anorexie est grande.
- **Une infection**, qu'elle soit chronique (tuberculose, SIDA) ou aiguë (grippe), s'accompagne souvent d'une anorexie.
- **De nombreux médicaments** peuvent induire une anorexie : antibiotiques, antidépresseurs, chimiothérapie. C'est marqué sur la notice. Il y a même des médicaments qui sont mis en vente pour couper la faim des personnes obèses !
- **La dépression et l'anxiété** sont génératrices d'anorexie. C'est pourquoi on perd du poids quand on est déprimé.
- **Enfin, les personnes âgées** de plus de 75 ans développent souvent une anorexie qui s'accroît avec le temps.

IDÉE 2



L'ANOREXIE MENTALE, C'EST TOUT AUTRE CHOSE QUE DE L'ANOREXIE !

L'anorexie mentale, elle, se définit comme une peur de grossir qui devient obsessionnelle et finit par être responsable d'une peur de manger. Il ne s'agit donc pas d'une perte de l'appétit* ou de la sensation de faim*. Au contraire, la personne doit continuellement lutter contre sa faim : elle a souvent la faim chevillée au corps, une faim qui se rappelle sans cesse à elle. L'anorexie mentale n'est ni une perte de la motivation à manger, ni une maladie mentale au sens strict du terme.

Pourquoi l'avoir appelé ainsi alors ? Parce qu'à un stade évolué, du fait de la dénutrition* qui s'y associe, la malade finit par perdre l'appétit. Dans l'anorexie mentale, c'est la dénutrition qui, au bout de quelques mois ou années, est responsable d'une anorexie vraie, c'est-à-dire de la perte de la motivation à manger.

L'anorexie mentale n'est pas le simple fait de se mettre au régime pour maigrir. Au moins la moitié des adolescentes font un régime dans l'année, et, fort heureusement, seules quelques-unes développeront une anorexie mentale.

Ce qui caractérise l'anorexie mentale, c'est la peur : peur de grossir, peur de devenir énorme, peur d'être obèse, peur de manger trop gras, puis de manger « trop » tout court. Petit à petit, il s'y associe l'impression de plus en plus forte d'être trop grosse, pleine de graisse, d'avoir trop de cuisses, trop de ventre, trop de fesses, d'être trop moche. En proie à cette obsession de maigrir, la personne restreint de plus en plus son alimentation : elle exclut tout ce qui est gras : les matières grasses ajoutées, les aliments gras (la charcuterie). Elle ne consomme plus de bonbons, de gâteaux, de crèmes glacées ni de biscuits. Elle fait disparaître ensuite tout ce qui est susceptible de faire grossir : la viande, même maigre, le jambon, les féculents et le pain. La personne s'emplit d'idées fausses et de savoirs pseudo-scientifiques sur l'alimentation : « *On ne mélange pas le pain et les féculents* », « *On doit privilégier le poisson maigre, en filet* », « *Les fromages et le lait même demi-écrémé sont mauvais pour la santé* », « *On doit manger absolument à chaque repas plein de légumes verts* », « *Il faut boire beaucoup d'eau, c'est salubre* ».

Quelque part, l'anorexie mentale est une phobie de l'alimentation. Quelque chose en elle pousse la malade à maigrir... par peur d'être jugée. L'anorexie mentale débute « quand le régime hypocalorique* finit » : elle commence au-delà du régime habituel, dans une planète de déraison, de besoin irrépessible de maigrir encore et encore, alors même que le poids est déjà inférieur au minimum normal pour l'âge et pour la taille. On a toujours davantage de kilos à perdre. On ne fait pas exprès d'« entrer en anorexie mentale », c'est la maladie qui s'enclenche sans que vous l'ayez voulu. C'est l'anorexie mentale qui veut, pas la malade !

Associés à cette peur et déclenchés par elle, se mettent en place des comportements atypiques, puis carrément anormaux : les personnes développent un excès d'activité physique pour maigrir encore plus, se mettent parfois (rarement) à provoquer des vomissements, pour se débarrasser de ce qui vient d'être mangé. Des obsessions alimentaires apparaissent et s'accroissent, frôlant parfois la folie : certaines patientes disent passer plus de huit heures par jour à penser « à la bouffe », à ce qu'elles vont manger, à ce qu'elles vont devoir manger, à ce qu'elles ne vont pas manger, à ce qu'elle doivent éliminer ! Un besoin de boire des quantités importantes de liquide (potomanie) peut apparaître. Donc, la malade maigrir et **maigrir toujours plus.**

IDÉE **3** **LA BOULIMIE EST UN DRÔLE DE TROUBLE !**

La boulimie, c'est « une faim à manger un bœuf ». Pendant une crise*, les personnes atteintes de boulimie avalent, sans faim*, des quantités astronomiques d'aliments. Elles le font sans plaisir : c'est une pulsion incontrôlable. Il leur est impossible de s'y soustraire et elles ne s'arrêtent pas quand elles n'ont plus faim. Elles disent : « *C'est comme si quelqu'un d'autre agissait en moi, contre mon gré* ». Elles ont un intense sentiment de perte de contrôle d'elles-mêmes.

La deuxième caractéristique forte de la boulimie est la peur de grossir. Les boulimiques ont très exactement la même pensée anorexique (de maigrir) que les malades anorexiques mentales. Il leur est insupportable de prendre ne serait-ce qu'un kilo. Il faut donc se débarrasser de la crise au plus vite : le plus évident, sinon le plus facile, est de provoquer un vomissement. C'est ce qu'elles font dans plus de 95 % des cas : vomir est pour elles souvent douloureux, mais impératif : il est hors de question de grossir !

La boulimie touche encore davantage les femmes que les hommes : près de 98 % des personnes qui viennent consulter sont des femmes. Ceci peut s'expliquer soit parce que les hommes ont honte de consulter, soit parce qu'ils sont incapables de se faire vomir pour maigrir.

Les personnes atteintes de boulimie ont terriblement honte de ce qu'elles font. Elles ne se supportent pas, elles culpabilisent... Et pourtant, elles le refont sans cesse !

Les crises occupent un temps parfois considérable dans la journée. Dans les formes les plus graves (celles que nous voyons, dans les services hospitaliers spécialisés), les crises durent plusieurs heures. Dans une statistique récente, sur 140 malades hospitalisées pour boulimie, les crises occupaient en moyenne trois heures par jour : et ces patientes faisaient dix-sept crises par semaine.

Les crises surviennent en règle générale plutôt le soir, après la tombée de la nuit. Elles peuvent être nocturnes. Mais certaines patientes, pour des raisons pratiques, font leurs crises le matin ou l'après-midi. Curieusement, malgré l'addiction* dont il semble s'agir, les crises sont dans les deux tiers des cas programmées, et non pas impulsives. La malade sait d'avance qu'elle fera sa crise après le travail.

Dans une crise, on peut ingurgiter tout ce qui se mange, ou presque. Nous avons vu des crises à tout, sauf au sucre* de table. En général, les patientes avalent tout ce qu'elles ont sous la main : pain, fromage, viande en sauce, féculents qu'elles ont à peine le temps de faire cuire parfois, tellement la crise est urgente.

Car la boulimie est une conduite addictive. C'est « comme une drogue », disent la plupart des malades : « *Je ne peux pas m'en passer, ni l'empêcher* », avoue Mélanie, comme toutes les malades. « *On se dit bien que c'est fou, que ça va nous faire grossir, que c'est nul, qu'on a honte, mais rien n'y fait, la crise se fait quand même !* », reconnaît Anne, étudiante en médecine. Et elle ajoute « *J'en connais tous les dangers, toutes les fatigues, mais je ne peux m'y soustraire !* ».

Le drame de la boulimie est que, puisque vous pouvez vomir, vous n'avez plus de limites. Donc, les crises redoublent au fil du temps, devenant plus fréquentes, plus longues et plus intenses.

Si une personne boulimique ne peut pas se faire vomir, elle a recours aux laxatifs, à l'hyperactivité physique et au jeûne plus ou moins prolongé (parfois jusqu'à trois jours de jeûne complet) et à la potomanie*.