

DR ALAIN PERROUD



Faire face à la **boulimie**

Une démarche efficace pour guérir

PSYCHOTHÉRAPIE

DR ALAIN PERROUD

Faire face **à la boulimie**

Une démarche efficace pour guérir

RETZ

www.editions-retz.com

9 bis, rue Abel Hovelacque

75013 Paris

Collection Faire face
dirigée par le Dr Charly Cungi

J'aimerais adresser tous mes remerciements et mon affection
à Sandrine, mon épouse qui a eu la patience de relire
et de corriger cet ouvrage,
et qui a beaucoup participé à son élaboration.

ISBN : 978-2-7256-2596-6

© Retz/S.E.J.E.R., 2001
© Retz, 2006 pour la présente édition

Sommaire

Introduction	7
• La thérapie cognitivo-comportementale et ses principes	8
• L'autothérapie et ses principes	10
• Mode d'emploi de ce guide	13
 Chapitre 1 Reconnaître et définir la nature de son trouble	 16
• Qu'est-ce qu'une crise de boulimie ?	16
• Quand peut-on parler de boulimie ?	19
• Quand peut-on parler d'hyperphagie boulimique ?	23
• Quand doit-on retenir ou écarter ces diagnostics ?	25
 Chapitre 2 Évaluer son trouble	 28
• Un questionnaire pour se situer	28
• L'auto-observation quotidienne	29
• Le bilan hebdomadaire	31
 Chapitre 3 Établir sa motivation	 36
• Reconnaître les écueils d'un tel traitement et les raisons d'hésiter	37
• Faire le bilan et savoir se motiver	40
 Chapitre 4 Construire son analyse fonctionnelle personnelle	 43
• L'analyse fonctionnelle de la boulimie	43
• Établir ses données personnelles	54
• Établir son plan d'action	80
 Chapitre 5 Les étapes de la guérison	 86

• Combattre les vomissements	86
• Retrouver ses repères	96
• Dominer les crises	109
• Reconquérir sa liberté de manger	114
• Savoir résoudre ses problèmes	125
• Savoir s'affirmer	135
• Réduire sa peur des kilos	154
• Adapter ses objectifs de vie	164
• Maintenir ses acquis	175
Annexes	184
• Questionnaire d'évaluation de la boulimie	184
• Travail sur l'image du corps	190
• Éléments de relaxation	200
• La restructuration cognitive	207
Bibliographie	219
Les sites Internet	221



Voilà ! J'ai encore craqué. Je n'ai pas réussi à résister à mes vieux démons et je me suis jetée sur le contenu du placard et du réfrigérateur. J'ai englouti la totalité de ce que j'avais acheté pour les trois prochains jours. Maintenant, comme à chaque fois, je suis complètement cassée. Ces crises de boulimie me gâchent la vie. La faim me bouffe l'esprit, j'y pense en permanence : quand j'essaie de me retenir pour ne pas craquer et que j'en rêve la nuit, que j'en arrive à ne plus pouvoir travailler tellement elle m'obsède ; ou comme maintenant, après avoir perdu la bataille, en imaginant déjà tout ce que je vais devoir faire pour ne pas en subir les conséquences. Et surtout, je pense aux kilos de mauvaise graisse que je vais emmagasiner dans mes cuisses, sur mon ventre, et ailleurs encore. Je me sens énorme et horriblement moche. Je suis terrifiée à l'idée qu'on pourrait me voir comme ça. Si ceux qui m'aiment me surprenaient dans cette situation, les yeux exorbités, la figure congestionnée, entourée des paquets de biscuits que j'ai engloutis, je suis certaine qu'ils ne pourraient plus jamais me regarder comme avant. Ils verraient ce que je suis vraiment, et de quoi je suis capable. La honte.

Le pire, c'est que je l'ai vu venir de loin. Dès ce matin, je me suis sentie contrariée en voyant que j'avais pris un kilo depuis lundi. Je n'y comprends rien. J'ai l'impression que je fais attention à tout ce que je mange. Je ne me suis accordé aucun écart, j'ai évité tous les pièges habituels : les sorties entre copines qui se terminent au restaurant avec l'obligation de manger comme tout le monde pour ne pas risquer les remarques et les allusions ; les repas en famille et la cuisine de maman, toute au beurre. J'ai même réussi à m'esquiver quand ils ont fêté le départ du stagiaire au bureau, avec des petits fours et des sodas. Tout ça pour rien. Le verdict de la balance est tombé, sans recours. J'étais

si convaincue que j'allais passer une sale journée, à me sentir « boudinée » dans ma jupe, que j'ai remis en route les grandes résolutions. J'ai carrément sauté le petit déjeuner et j'ai pris seulement une salade à midi. J'étais vraiment mal dans l'après-midi. Quand j'ai appris l'échec d'un des projets de contrat que j'avais soumis la semaine précédente à un client, j'ai eu le sentiment de m'effondrer. La série de tuiles continuait. Je me suis sentie comme vidée et totalement déprimée. En sortant du bureau, je savais déjà que je ne pourrais pas résister bien longtemps, mais je ne voulais pas le reconnaître. Je suis rentrée chez moi et j'ai commencé à tourner en rond. Pas moyen de faire quelque chose de suivi ou de constructif. J'ai fini par me mettre devant la télé, sans vraiment en avoir envie. J'étais de plus en plus mal... Je me suis dit qu'il fallait que ça cesse au plus vite. J'étais sûre de devenir folle, si je ne faisais rien. Je me suis précipitée à la cuisine, et j'ai avalé tout ce qui pouvait me tomber sous la main, sans rien pouvoir contrôler. Et maintenant je me retrouve dans cet état que je connais si bien pour l'avoir vécu souvent : je suis atterrée par ce qui vient de se passer, horrifiée par ce que je suis devenue. Je suis convaincue que je ne m'en sortirai jamais, que je ne serai jamais capable de tenir plus de quelques jours et que le temps passant je deviendrai énorme et repoussante. Ma vie est gâchée.

Introduction

En lisant ce témoignage, peut-être vous êtes-vous reconnu(e). Ou bien cette histoire ressemble à celle d'une personne proche. Elle résume assez bien les événements qui peuvent survenir lors d'une crise de boulimie. Elle décrit, avec les mots d'Audrey, la souffrance de toutes les personnes qui ont eu la malchance d'y être confrontées.

Cette maladie paraît si fréquente et invalidante que les soignants sont de plus en plus nombreux à suivre une formation pour aider ces personnes. Mais cela ne suffit pas. Le nombre de nouveaux cas chaque année est très supérieur à l'offre de soins disponible. Chacun sait, désormais, que la boulimie touche de plus en plus de jeunes femmes et qu'elle semble devoir accompagner encore quelque temps notre société occidentale et son développement. Voilà pourquoi il semble judicieux de proposer une aide à toutes celles qui pourraient s'en sortir par elles-mêmes dans la mesure où elles se sentent guidées dans leur démarche par une méthode éprouvée et accessible.

C'est toute l'ambition de cet ouvrage qui tente de présenter les principes de la thérapie cognitivo-comportementale de la boulimie et les étapes de son application, afin de se soigner soi-même.

Pourquoi avoir choisi la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)?

La réponse tient essentiellement au fait que cette approche est actuellement celle qui a le mieux fait la preuve de son intérêt et de son efficacité dans ce trouble des conduites alimentaires¹. Il y a, bien entendu, plusieurs autres théories et pratiques possibles mais il n'existe pas, à ce jour, de travaux scientifiques permettant d'établir leur validité. En médecine et en psychothérapie, tout autant qu'ailleurs, il est nécessaire de faire la preuve de la pertinence d'un traitement avant d'y recourir. Aucun

1. CRAIGHEAD et AGRAS (1991); GARNER *et al.* (1993); FAIRBURN *et al.* (1995).

médecin ne songerait à faire appel à la chirurgie pour soigner une angine banale, c'est évident. Les choix de traitements lui sont inspirés par la recherche médicale, et il prescrira tel ou tel antibiotique en fonction du type de germe en cause. Il en va de même ici, et c'est la raison pour laquelle nous avons choisi cette méthode qui seule peut garantir une action thérapeutique et un effet durable sur les troubles. Les autres techniques disponibles sont peu ou mal évaluées, pour la plupart. Quant à celles qui ont pu être comparées à la TCC, elles se sont toutes avérées moins efficaces, voire inutiles².

À cela s'ajoute une autre remarque et une recommandation au lecteur. Engager une psychothérapie, même sur le mode proposé ici, demande de s'adapter à un modèle théorique cohérent et à des techniques spécifiques. Il peut être, parfois, difficile de passer d'un mode de pensée à un autre et cette gymnastique intellectuelle peut compromettre les chances de succès. Il serait, par exemple, périlleux de suivre le protocole de ce guide, tout en continuant une psychothérapie d'orientation différente. Pour éviter de se retrouver dans une totale confusion, il est bien préférable de choisir un seul modèle et de s'y tenir. Je recommande donc très clairement aux personnes qui envisagent de s'engager dans la démarche de thérapie cognitivo-comportementale de la boulimie, de mettre entre parenthèses leur éventuelle psychothérapie en cours ou, au moins, d'attendre d'en avoir terminé avec cette étape de leurs soins. Elles veilleront à prévenir le plus tôt possible leur thérapeute de ce projet.

La thérapie cognitivo-comportementale et ses principes

À la fin du siècle dernier sont nées les bases modernes de la psychothérapie. Sous l'impulsion d'auteurs aussi importants que Freud, Janet, Charcot et de nombreux autres, l'abord de la souffrance psychologique a radicalement changé. On s'est aperçu que le fonctionnement psychologique de l'homme est complexe. Depuis lors, la recherche dans ce domaine n'a cessé de produire des résultats et d'entraîner des révolutions dans le traitement de ses troubles.

La thérapie comportementale est née de cette mouvance et en représente une des branches les plus productives. Depuis plusieurs décennies

2. La thérapie interpersonnelle est le seul contre-exemple, mais elle reste très peu pratiquée en France et son efficacité est moins claire et plus lente.

elle est associée à la thérapie cognitive, plus récente qu'elle, et parfaitement complémentaire. Voilà pourquoi ces deux théories sont désormais presque toujours alliées, dans la forme actuelle de cette psychothérapie.

Contrairement à d'autres courants de pensée, elle centre son action sur l'ici et maintenant (*hic et nunc*). Si la connaissance précise des événements passés est nécessaire pour bien comprendre la nature d'un problème psychologique, elle ne paraît pas suffisante pour le traiter. Partant de ce constat, la TCC propose de répondre à la question « Comment améliorer ou guérir cette maladie ? » et d'envisager ses causes possibles. Elle s'appuie sur des changements de comportement ou de mode de pensée susceptibles de réduire une souffrance, et non sur une abréaction des traumatismes passés. Cette attitude se fonde sur l'idée générale que seul le présent peut être modifié, alors que les événements que nous avons vécus sont à jamais immuables. C'est, tout compte fait, une façon pragmatique et plutôt optimiste de faire face à la maladie.

Pour illustrer ces principes, on pourrait comparer la TCC au travail de réparation que fait un chirurgien traitant une fracture. Il ne lui viendrait pas à l'idée de perdre trop de temps à se faire relater les circonstances de l'accident et encore moins de s'en contenter. L'enjeu de cette situation, c'est la restitution du fonctionnement de ce membre lésé. Tout doit être mis en œuvre pour y parvenir le mieux, et le plus vite possible.

Il se peut bien que pour obtenir une aide vous ayez suivi une psychothérapie « classique ». Ces conceptions pourraient vous paraître contraires à ce que vous avez appris jusqu'ici, et vous pourriez avoir du mal à en suivre d'emblée le modèle. Il vous faudra, en quelque sorte, « désapprendre » ce que vous avez appris avant de commencer. Vous pourriez, dans ce cas, tirer un réel profit de la lecture d'ouvrages bien faits sur ce sujet³.

Pour bien faire comprendre ces principes, voici l'histoire du traitement d'une phobie simple selon ce modèle.



Gérard a 42 ans lorsqu'il vient consulter pour la première fois un spécialiste, sur les conseils de son médecin, afin de se débarrasser d'un problème qui devient de plus en plus pénible. Il est incapable de se rendre chez un dentiste depuis des années, alors que des soins s'imposent désormais. Ses tentatives pour prendre rendez-vous et passer la porte de la salle d'attente se sont soldées par des échecs et une anxiété

3. FONTAINE O., *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Mardaga, 1978.
COTTRAUX J., *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 1990.

intense. Il est bien conscient du caractère excessif de ses peurs, mais il constate que ça ne change rien à son problème. Il garde un souvenir pénible de soins très antérieurs, et se doute que cette première expérience a créé chez lui une appréhension devenue extrême maintenant. Il repousse toujours l'échéance, mais cette attitude renforce sa peur et touche désormais sa limite.

Dès les premières séances de TCC il établit, avec son thérapeute, la liste des situations qui l'inquiètent et les classe par ordre croissant de difficulté : prendre rendez-vous, entrer dans la salle d'attente du dentiste, s'asseoir sur le fauteuil, voir les instruments, ressentir l'air de l'aspirateur, le contact d'un instrument métallique sur une dent et, enfin, le contact de la roulette. Ces différentes situations sont alors abordées en imagination lors de séances de relaxation, afin de se familiariser avec ces images et d'apprendre à maîtriser l'anxiété qu'elles provoquent, en s'y habituant et en y associant un sentiment de détente agréable. Après cette phase des soins, il est alors possible pour Gérard de se rendre sur place, avec l'accord de son dentiste, et de reprendre chaque étape dans la réalité. Il ne passe à l'étape suivante que lorsqu'il se sent capable de supporter aisément la précédente. Progressivement, il arrive au terme de sa démarche et parvient à se faire soigner sans paniquer.

Cet exemple résumé illustre à la fois l'efficacité et la simplicité de la TCC dans la phobie simple, un domaine où elle a acquis ses lettres de noblesse. Il permet de comprendre comment le changement s'opère, par des actions concrètes, sur la situation présente. Ce sont, en partie, des processus de ce type qui seront employés dans cet ouvrage.

L'autothérapie et ses principes

L'autothérapie dans les différentes maladies

Un certain nombre de maladies peuvent être améliorées ou guéries par le recours à une autothérapie. Les objectifs sont alors de permettre un dépistage précoce (comme pour l'autopalpation dans la prévention du cancer du sein, par exemple), de promouvoir l'autonomie des sujets (comme dans la gestion du traitement du diabète) ou encore de se traiter soi-même (comme dans la migraine ou les douleurs chroniques). Le recours aux soins médicalisés est réduit au minimum et se voit remplacé par l'apprentissage d'une méthode adaptée et des contrôles plus ou moins espacés.

Apprendre à reconnaître un problème, savoir y répondre par une procédure standardisée et faire une prévention efficace des complications possibles, sont les grands principes de ces techniques. Donner aux personnes souffrant d'une maladie les moyens de la maîtriser en partie et de faire elles-mêmes les actes de soin nécessaires, c'est non seulement favoriser un effet sur leur santé physique, mais c'est aussi leur permettre d'être rassurées en connaissant mieux leur pathologie, et d'être moins dépendantes de leur entourage.

L'autothérapie dans les problèmes psychologiques

L'autothérapie présente un intérêt certain dans ce domaine. Elle s'applique à toutes sortes de situations où les personnes ont de la peine à engager une véritable psychothérapie, mais se sentent démunies, seules face à leur problème. La dépression, les phobies de toutes sortes, la « timidité » (phobie sociale) ou le trouble obsessionnel compulsif en sont des exemples notoires.

L'autothérapie dans les troubles des conduites alimentaires



J'ai commencé vers 17 ans à présenter des crises boulimiques. Je me souviens que j'étais dans l'année du bac de français et que j'étais à la fois perturbée et excitée par cette perspective. J'étais peu inquiète, au début, et je me disais que tout rentrerait dans l'ordre en juin, après les examens. Quand l'été est arrivé, je n'étais toujours pas débarrassée de mon problème de bouffe et le moral en avait pris un sacré coup. Je me sentais complètement nulle et incapable de me maîtriser et, en même temps, je cherchais à tout régler toute seule... j'avais bien trop honte pour aller en parler à mon généraliste, et encore plus à un psy ! C'est finalement trois ans après que j'ai fini par m'y résoudre. Le médecin que j'ai vu alors, à la fac, m'a aussitôt orientée vers un spécialiste... Et je m'en suis sortie en quelques mois. Pendant ces trois années de galère, j'aurais pu saisir mille occasions d'engager des soins tant j'en avais régulièrement marre de tout ça, mais rien ne s'est présenté. Il y avait pour moi un pas infranchissable entre cette attente inutile et une demande d'aide officielle.

Cette histoire ressemble à celle de nombreuses jeunes femmes et elle vient illustrer la nécessité de créer un moyen intermédiaire, l'autothé-

rapie, pour leur venir en aide. Depuis le début des années 80, les auteurs anglo-saxons ont développé divers ouvrages de ce type. Ils ont cherché à en évaluer l'intérêt par des études scientifiques de bonne qualité et dont les résultats convergent assez nettement. C'est dans le traitement de la boulimie et dans celui de l'hyperphagie boulimique⁴ que ces études ont montré l'intérêt particulier des techniques comportementales et/ou cognitives. Ainsi en est-il de la première d'entre elles, menée par Huon en 1985, portant sur 90 personnes souffrant de crises boulimiques. Parmi les plus récentes, on doit citer celle de Carter et Fairburn, en 1996, qui compare les résultats de trois groupes de sujets volontaires répartis comme suit :

1. Un groupe qui reçoit simplement le livre de Fairburn, intitulé *Overcoming Binge Eating*, avec une lettre invitant les sujets à suivre les étapes proposées.
2. Un groupe qui bénéficie, en plus, d'une série de rendez-vous auprès d'un soignant ayant eu une formation sommaire sur le traitement présenté dans cet ouvrage.
3. Un groupe qui accepte de rester en liste d'attente, sans traitement particulier.

Après 12 semaines, on trouve une nette supériorité des résultats dans les deux premiers groupes (avec un petit avantage pour le deuxième). Quant au troisième, on ne note aucune évolution favorable spontanée. La réduction sensible de la fréquence des crises chez les sujets ayant pu suivre le programme du livre s'accompagne d'autres changements très importants : une moindre préoccupation envers l'image du corps et une alimentation moins restrictive. Ces résultats sont restés stables lors d'une réévaluation, six mois après.

Cette méthode représente une alternative intéressante pour ceux qui ont vu s'installer cette maladie sans parvenir à la maîtriser par eux-mêmes et n'ont plus confiance en une guérison possible. Ils ont aussi couru le risque non négligeable de complications pénibles, voire dangereuses, au plan physiologique comme au plan psychologique. Ils ont surtout perdu beaucoup de temps et d'énergie, et bien souvent leur estime personnelle comme dans le cas relaté plus haut.

4. Voir la définition de l'hyperphagie boulimique au chapitre « Reconnaître et définir la nature de son trouble ».

Mise en garde

La méthode qui vous est proposée dans cet ouvrage est une véritable démarche thérapeutique. Elle pourrait être comparée à un traitement en vente libre en pharmacie. Elle n'en est pas moins susceptible d'avoir un impact sur votre santé et sur votre équilibre physiologique et psychologique. Il en découle que vous aurez toujours intérêt à en parler à votre médecin traitant dès que possible. Si vous êtes suivi(e) pour un autre problème de santé, c'est l'occasion de lui faire part de votre projet afin qu'il évalue avec vous son opportunité. Il est le mieux placé pour vous aider à faire le point sur la compatibilité de cette démarche avec votre statut médical.

Mode d'emploi de ce guide

Il existe plusieurs usages possibles de ce guide. Il est construit, en premier lieu, sur l'idée d'une véritable démarche autonome. Il permet à une personne présentant des signes de boulimie de suivre un programme adapté et efficace sans avoir recours à un soignant. Il peut aussi servir de support à une thérapie cognitivo-comportementale individuelle, conduite par un spécialiste, voire par un soignant formé à la méthode (médecin généraliste, psychologue, infirmier, etc.). Il est alors le support commun des deux partenaires de la démarche qui en suivent la logique et en parcourent les étapes ensemble. Cette pratique permet aux personnes qui se sentent assez motivées pour s'engager mais qui redoutent de fléchir devant certains écueils, de se donner une meilleure chance de succès. Il peut encore convenir à une thérapie de groupe. Dans ce dernier cas, les personnes qui suivent le traitement sont conviées à enchaîner les étapes dans l'ordre du livre sans passer par l'arbre de décision des paragraphes suivants. Il peut enfin permettre d'enrichir les informations transmises dans un groupe d'entraide constitué de personnes malades ou guéries, sans intervention d'un tiers extérieur. Tout est possible, comme on le voit, et chacun peut imaginer d'autres façons d'en tirer parti pour soi-même ou pour ceux qu'il souhaite aider.



En résumé

- 1. Autothérapie** : je me soigne moi-même en suivant les principes du livre, étape par étape.
- 2. Thérapie individuelle** avec l'aide d'un soignant : chacun se sert du livre comme d'un manuel commun.
- 3. Thérapie de groupe** : les étapes des soins sont abordées dans l'ordre et par l'ensemble des participants.
- 4. Groupe d'entraide** : les membres du groupe peuvent puiser dans ce livre des thèmes de travail et des références pour chaque séance.

Si vous avez décidé de vous lancer dans une autothérapie (cas n° 1), vous procéderez ainsi : après avoir lu les chapitres de généralités permettant de reconnaître et d'évaluer votre trouble de l'alimentation, après avoir fait le point sur votre motivation personnelle à vous engager dans un tel traitement, après avoir appris les principes biologiques, sociaux et psychologiques mis en jeu dans ces pathologies, il sera temps de faire une analyse fonctionnelle. Cette analyse se fait à partir d'exemples de sujets ayant vécu les mêmes difficultés et permet de reconnaître les facteurs de déclenchement et d'entretien de vos propres troubles. Lorsque ce travail aura abouti, il vous sera possible d'organiser votre démarche de façon personnalisée. Chacun pourra parcourir les étapes de ce traitement dans un ordre logique pour lui-même et conforme à ses besoins et limites personnelles. Certaines étapes sont recommandées au début mais toutes les combinaisons sont possibles. Les acquis d'une étape sont un gain de temps et d'efficacité pour les autres. L'idée générale est qu'on progresse toujours plus rapidement en commençant par ce qu'on maîtrise le mieux pour aller vers le plus difficile, pas à pas.

Dans le cas n° 2, un soignant qui connaît la méthode sera votre guide et vous aidera à franchir les écueils éventuels. Il s'agit alors d'une collaboration entre vous qui connaissez les faits intimes de votre vie et ce soignant qui sait comment se servir des modalités de soin décrites plus loin. Le guide sert alors de support en dehors des séances pour y retrouver les sujets abordés et en expliciter les notions les plus complexes. Il sert aussi de base pour les exercices entre chaque séance.

Dans les thérapies de groupe, il tient le rôle de la partition que chacun parcourt, guidé par les thérapeutes. Il permet de retrouver les modèles théoriques et les étapes pratiques de la démarche. Il contient les informations complémentaires qui n'ont pas pu être abordées pendant les

séances. Il facilite la communication au sein du groupe en lui proposant un langage commun : en améliorant la cohérence des discours il permet une meilleure cohésion entre tous.

Pour ce qui est des groupes d'entraide, les personnes qui y participent sont souvent à la recherche d'informations sur leur problème et ne souhaitent pas faire intervenir un professionnel. Cet ouvrage leur permet de trouver matière à leurs débats en donnant toutes les informations utiles. Il s'inscrit facilement dans les ouvrages de référence à consulter même par ceux qui ne souhaitent pas encore s'engager dans les soins. Ils seront surtout intéressés par les informations générales sur la maladie, ses facteurs et ses conséquences.

Reconnaître et définir la nature de son trouble

Qu'est-ce qu'une crise de boulimie⁵?



Après avoir réussi à me retenir une bonne partie de la journée, je suis souvent saisie d'une irréprensible envie de dévorer tout ce qui se présente. Je ressens un réel plaisir au tout début, au cours des toutes premières bouchées, d'autant qu'il s'agit alors d'aliments que je m'interdis d'habitude parce que je sais que je les aime trop. Ensuite je perds complètement le contrôle des événements et j'engloutis des quantités effarantes de nourriture jusqu'à ressentir une véritable douleur abdominale. Je suis bien forcée de m'arrêter alors mais je me sens systématiquement honteuse et affreusement sale.

Elle constitue l'élément de base de ces maladies que sont la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Elle est bien différente de ce que l'image populaire de la boulimie peut parfois faire croire. Il ne s'agit pas simplement de trop manger, comme au cours d'un repas de fête où nous pouvons absorber des quantités considérables de nourriture au point d'en être mal. Ce n'est pas non plus le fait de manger tout le temps, comme dans le grignotage. Dans ce cas, les repas sont remplacés presque entièrement par une alimentation sans horaires ni rythme et qui gomme la faim et la satiété⁶. Ces crises sont bien plutôt comparables à des moments aigus de

5. À lire : « Les crises de boulimie », p. 35 in *Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie*, du même auteur, éditions Favre, Lausanne, juin 2000.

6. La satiété est l'état dans lequel nous nous trouvons lorsque nous sommes rassasiés, repus, et que notre faim a disparu.

perte de contrôle de l'alimentation, au cours desquels la personne qui les subit perçoit une sorte d'urgence à manger qu'elle ne peut pas commander. Elle se voit alors contrainte d'absorber des quantités énormes d'aliments, en peu de temps (le plus souvent moins de deux heures).



Le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition) indique deux caractéristiques principales d'une crise de boulimie :

1. Absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

Ces données sont nécessaires et suffisantes pour parler de crise de boulimie, mais elles ne décrivent que partiellement les faits. Il existe de nombreuses autres caractéristiques entourant ce phénomène et qui méritent d'être connues.

L'état émotionnel

Les émotions qui accompagnent une crise sont complexes, mobiles et intenses. Il n'est pas rare que le tout début (les premières bouchées) procure une sensation agréable de soulagement. On le comprend bien lorsque la crise fait suite à une phase importante de restriction et de privation. Les aliments ont alors une saveur et un parfum intenses, et calmer sa faim est toujours source de satisfaction. Ce plaisir attendu suffit à expliquer la répétition des crises, mais il est de brève durée. Il cède bien vite la place à des réactions extrêmement désagréables comme le dégoût ou l'horreur. La personne se sentant perdre le contrôle et constatant l'absurdité de son comportement peut en être paniquée. Il s'y ajoute presque toujours la honte et la culpabilité. Ces crises sont perçues comme des attitudes bestiales ou immorales et toujours méprisables. Il n'est pas surprenant de constater qu'elles sont si souvent secrètes et solitaires.

Les signes physiques

Une sorte d'agitation prédomine, pouvant se traduire par une déambulation : la personne va et vient, marche en tous sens, tout en mangeant précipitamment. Elle a tendance à faire plusieurs choses en même temps.

Cette frénésie s'accompagne d'une série de manifestations physiologiques telles que la sudation, l'excès de salivation ou une rougeur de la face. Des douleurs sont fréquentes : au niveau de l'abdomen, le plus souvent, du fait de la distension des tissus, mais aussi des céphalées ou des crampes. Ces douleurs sont souvent le signe de la fin de l'épisode. On peut voir s'installer alors un état de prostration et de sidération allant jusqu'à l'obnubilation⁷.

Les aliments de la crise

On a longtemps cru qu'une crise de boulimie était prioritairement liée à un manque de sucre dans le sang (hypoglycémie) et que la compensation de cet état nécessitait l'absorption massive de glucides. Dans les faits, il n'existe pas vraiment de préférence pour le sucre et les études conduites sur ce sujet montrent une répartition équivalente entre les glucides, les lipides et les protides. Le plus frappant est qu'une même personne aura tendance à faire des crises toujours avec les mêmes types d'aliments. Ces aliments sont également, le plus souvent, ceux qu'elle tente d'éviter le reste du temps, ceux qu'elle exclut quand elle cherche à restreindre ses apports caloriques. Il s'agit donc d'un équilibre dynamique propre à chaque personne et qui oscille entre un déficit, voire une carence, à un certain moment et une surcompensation brutale lors de la crise.

La valeur calorique globale d'une crise peut varier considérablement : on trouve une moyenne proche de 3500 calories, mais avec des variations allant de 1000 à 10000 calories⁸.

Les circonstances

En général, c'est quand on est chez soi que les crises peuvent survenir le plus facilement. Il n'est pas rare pourtant qu'elles se produisent à l'école ou au travail (25 à 30 % des cas⁹). Une crise peut être initiée à l'extérieur et se poursuivre au domicile ensuite. Elle peut même s'interrompre momentanément quand les circonstances l'exigent (une visite, le retour du conjoint, etc.) et reprendre dès que possible. Ce qui semble le plus

7. État d'engourdissement et de ralentissement physique et intellectuel.

8. Pour mémoire, les repas quotidiens d'un adulte apportent entre 1800 et 2600 calories par jour environ.

9. Voir CORCOS M. *et al.*, « Caractéristiques des crises de boulimie », in FLAMENT M. et JEAMMET P., *La Boulimie, réalités et perspectives*, Masson, Paris, 2000.

constant, c'est la nécessité d'être seul(e). Il est très rare que des crises se produisent en présence d'un tiers. Il s'agit alors d'un intime ou d'un parent.

Elles ont le plus souvent lieu le jour, mais certaines personnes peuvent être amenées à se réveiller et à se lever en pleine nuit.

Les formes moins typiques

Il peut s'agir d'une crise « lente ». La personne va jusqu'à préparer les aliments et se mettre à table, mais elle ressent une détresse et une perte de contrôle du fait qu'elle mange sans parvenir à l'éviter. La crise peut même parfois s'intégrer dans un temps de repas normal. Il devient alors très difficile d'en discerner clairement les limites.

Il peut s'agir d'une crise « partielle ». La quantité d'aliments ingérée reste modérée ou faible. C'est le cas de personnes ayant une tendance ou des antécédents anorexiques et pour lesquelles une prise alimentaire devient une crise dès lors qu'elle est ressentie comme une rupture des règles diététiques strictes qu'elle s'était fixées.

Il peut s'agir, enfin, de vomissements survenant au décours d'un repas ou d'une prise alimentaire normale. Ce cas particulier, aux frontières de la boulimie, représente une des formes évolutives possibles de la maladie.

Quand peut-on parler de boulimie ?

La crise que nous venons de décrire représente le signe principal et nécessaire au diagnostic de cette maladie. Il n'est toutefois pas suffisant. Si nous comptons parmi les sujets souffrant de boulimie toutes les jeunes femmes qui ont eu le sentiment de perdre le contrôle en mangeant, il faudrait considérer que cette maladie affecte la majorité d'entre elles. Il n'en est rien heureusement. Trois autres critères doivent être présents : les mesures compensatoires, leur fréquence et leur impact sur l'estime de soi.

Les mesures compensatoires



Dès la fin de la crise, je ressens une pesanteur horrible et j'ai l'impression que mon estomac va exploser. Je me sens extrêmement mal et je me trouve énorme et difforme. Je n'ai plus qu'une idée en tête : me débarrasser de tout ce que je viens d'ingurgiter pour me soulager au plus tôt.

Faire une crise de boulimie conduit invariablement à craindre une prise de poids. Il n'est donc pas étonnant que cet événement soit suivi de diverses manœuvres pour l'éviter. Nous décrirons ici les plus importantes.

La première et la plus commune est certainement le vomissement

Il s'agit, en effet, d'un phénomène très fréquent et spectaculaire. Les récentes médiatisations dont ont fait l'objet les troubles des conduites alimentaires en ont montré cet aspect avec plus ou moins de complaisance. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une mesure compensatoire inquiétante par les risques majeurs encourus. Qu'il soit en apparence spontané et facile ou, à l'inverse, provoqué et douloureux, il a la même signification et représente un facteur de gravité supplémentaire de la maladie.

Les laxatifs (et les lavements)

Ils sont utilisés pour évacuer au plus vite cette nourriture ressentie comme néfaste et honteuse. Ils sont censés agir en chassant les aliments du tube digestif. Ils provoquent, au mieux, une perte d'eau et de sels minéraux, mais leur prise habituelle débouche sur une véritable dépendance bien difficile à interrompre.

Plus rares mais tout aussi toxiques : les diurétiques

Ils ont un effet sur le rein exclusivement et ne sont utilisés que parce qu'il existe une mauvaise connaissance de leur impact réel sur l'organisme. Ils sont, eux aussi, très dommageables pour les réserves en eau et en sels minéraux et ne font varier le poids que par un processus aigu et transitoire de déshydratation.

Vomissements, laxatifs et diurétiques représentent les trois conduites de purge auxquelles il est souvent fait recours dans cette maladie. Leur fréquence est élevée et leur association n'est pas rare.

À ces conduites de purge on oppose les mesures compensatoires qui visent à réduire l'effet de la crise en éliminant les calories. Il peut s'agir d'une activité sportive intense ou de la reprise d'un régime strict, par exemple. Ce sont les deux mesures les plus fréquentes et elles ont chacune leurs particularités.