

TROUBLES DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES ET TOXICOMANIES

S. FUCHS (1), I. GERONOOZ (2), L. CLEINGE (3), K. MEZZENA (3)

RÉSUMÉ : Le lien entre toxicomanie et troubles des comportements alimentaires est souvent noté dans la pratique et dans la littérature. Ce parallèle peut être établi sur base de leurs manifestations phénoménologiques, structurales et systémiques. Dans cet article, nous relevons ces multiples liens ainsi que l'impact de ces considérations sur le traitement des troubles des conduites alimentaires. Les conduites de dépendance sont depuis longtemps connues des praticiens et offrent un modèle de compréhension des mécanismes sous-jacents des Troubles des Comportements Alimentaires (TCA), sans toutefois tomber dans le travers d'une identification à la toxicomanie. Les TCA, tout comme les toxicomanies, sont des pathologies multifactorielles impliquant différents facteurs de vulnérabilité biologiques, psychologiques, familiaux et sociaux. Leur prise en charge nécessite, dès lors, un accompagnement multidisciplinaire.

MOTS-CLÉS : Toxicomanie - Troubles des comportements alimentaires - Dépendance comportementale - Traitement

EATING DISORDERS AND DRUG ADDICTION

SUMMARY : The link between drug addiction and eating disorders is often noted in clinical practice and in the literature. This may be due to their phenomenological, structural and systemic manifestations. In this paper, we shall underline these numerous links as well as their impact on the treatment of eating disorders. Addictive behaviour has long been well defined by clinicians and offers a model of understanding the underlying mechanisms of eating disorders without, however, identifying them with addiction. Eating disorders as well as addictions are multifactorial disorders implying different vulnerability traits, involving biological, psychological, familial and sociological factors. Their management therefore requires a multidisciplinary approach.

KEYWORDS : Drug addiction - Eating disorders - Psychological dependence - Treatment

INTRODUCTION

En dehors de sa fonction nutritionnelle, l'alimentation représente un carrefour entre le biologique, le social (dimension conviviale) et le psychologique (rôle important de la nourriture dans les échanges interpersonnels, premier étayage relationnel); elle peut, dès lors, constituer un domaine privilégié d'expression de trouble psychopathologique. La question du rapport entre toxicomanie et Troubles des Comportements Alimentaires (TCA) semble intéressante à poser pour aider notre compréhension de ce trouble via un phénomène plus connu de notre pratique : la dépendance.

La «toxicomanie» est donc le terme couramment employé pour parler de la dépendance à l'usage d'une substance psychoactive dont l'absence de consommation entraîne un malaise psychique, voire physique, incitant le consommateur devenu dépendant à reprendre sa consommation et à la pérenniser.

Des recherches conduites, dans les années 1970 dans les pays anglo-saxons, ont montré que la notion de dépendance est plus large et englobe aussi les «toxicomanies sans drogue»

(jeu pathologique, usage problématique des technologies de l'information et de la communication, achats compulsifs, troubles des conduites alimentaires). L'«assuétude» est une accoutumance de l'organisme engendrée par l'usage répété ou abusif d'une substance, d'un jeu ... La neutralité relative de ce terme le différencie de l'addiction. L'«addiction» est une notion synonyme de la dépendance, mais plus restrictive que cette dernière; par rapport à l'assuétude, elle possède une notion d'asservissement à une substance. La notion de «dépendance» est plus large et inclut tous les états de dépendance, y compris psychologique (dépendance affective) (1).

Notre article visera à explorer la dépendance comportementale (rituels, habitudes) et psychoaffective (fonction du comportement) liée aux TCA.

L'existence de comorbidité est fréquemment relevée entre les TCA et les toxicomanies. Par exemple, l'abus de substance (alcool, amphétamines, psychotropes, tranquillisants) est rapporté chez 30 à 37% des patientes souffrant de boulimie et chez 12 à 18% de celles présentant une anorexie mentale (2, 3). Néanmoins, la comorbidité entre dépendance et TCA n'est pas spécifique et la prévalence des conduites addictives est élevée dès qu'il existe une pathologie psychiatrique (4).

Au-delà de la possible coexistence de syndromes, notre propos sera plutôt de nous attacher au processus de maintien du problème qui est commun à la dépendance et aux troubles des conduites alimentaires.

(1) Psychiatre, Spécialiste en trouble des comportements alimentaires, Maître de Conférence à l'ULg, CHC-Liège (2) Endocrinologue, Spécialiste en trouble des comportements alimentaires, CHC-Liège.

(3) Psychologues, Psychothérapeutes Systémique et Familiale, Thérapie Brève Stratégique, CHC, Cabinet Médical Sauvenière et Centre Nadja à Liège.

DÉPENDANCE COMPORTEMENTALE ET TCA

Par leurs manifestations cliniques et leurs processus sous-jacents, les troubles alimentaires s'apparentent aux assuétudes, tant par la recherche de sensations en vue de combler un vide ou d'apaiser un état de tension interne ou externe, que par l'autorenforcement des conduites qu'entraîne l'absence de reconnaissance des répercussions bio-psycho-sociales de la maladie.

En ce qui concerne boulimie et addiction, le parallèle est aisé. La boulimie qui, étymologiquement signifie «faim de boeuf», correspond à des envies intenses et irrépessibles de se suralimenter, le plus souvent liées à une sensation de faim excessive; en conséquence, les patientes cherchent à éviter la prise de poids en provoquant des vomissements et/ou en abusant de laxatifs, de diurétiques ou de tout autre produit de contrôle du poids. La restriction des apports hydriques ou la pratique intense d'une activité physique sont d'autres tentatives pour minimiser l'impact des comportements alimentaires sur le poids.

On parle de crise de boulimie du fait du déclenchement brutal du comportement, de son caractère impérieux et de son déroulement ininterrompu jusqu'au malaise physique ou aux comportements d'évacuation (5). La durée et la fréquence des crises sont des critères indispensables pour le diagnostic de boulimie; les crises doivent survenir au moins deux fois par semaine depuis un minimum de trois mois (6).

Sur la base d'observations phénoménologiques, nous constatons des similitudes entre les comportements des patients souffrant de boulimie et ceux souffrant de dépendance :

- début à l'adolescence;
- état de tension interne (anxiété, frustration, conflit, ennui, solitude...);
- obsessionnalisation de la nourriture (collection de recettes, anticipation des repas, prise de contrôle de la cuisine);
- besoin impérieux, caractère d'urgence;
- contrôle excessif de la nourriture en dehors des crises (manières de table, restriction qualitative et/ou quantitative de la nourriture);
- recherche active de nourriture au moment de la crise;
- vécu de perte de contrôle;
- état de flottement post-crise;
- dégoût et honte (manger en cachette);
- rechute fréquente;

- persistance du comportement malgré les conséquences négatives personnelles, médicales et sociales;
- isolement social;
- tolérance : vomissements devenant spontanés;
- dépendance à la séquence plus qu'à la nourriture (rituel crise-vomissement).

Le «Binge Eating Disorder» (l'hyperphagie boulimique) est un trouble des conduites alimentaires apparenté à la boulimie; la consommation alimentaire s'étale dans la journée, se maintient malgré le vécu d'écoeurement, n'entraîne pas de stratégie de contrôle du poids et amène le patient au surpoids ou à l'obésité. Tout comme les patients souffrant de boulimie, le patient souffrant d'hyperphagie ressent une tension interne avec un passage à l'acte perçu comme hors de son contrôle. Un vécu de honte est également associé. La dépendance est plus directement liée à la sensation de remplissage par la nourriture que par une séquence associant un comportement compensatoire.

Sur le plan phénoménologique, tout pourrait séparer les patients toxicomanes des patientes anorexiques. Notamment tout semble opposer le laisser-aller, les difficultés à travailler, l'absence de fiabilité de la personne dépendante et l'efficacité, le contrôle, le perfectionnisme de la patiente anorexique. La composante addictive de l'anorexie reste discutée. Il n'existe pas à proprement parler de comportements compulsifs, mais bien une chronicisation de la restriction alimentaire. Pourtant, un vécu de jouissance lié aux effets du jeûne est décrit et renforcé par les effets biologiques d'un jeûne répété (7).

D'autres similitudes peuvent être pointées :

- début à l'adolescence;
- obsession de la nourriture (la nourriture organise les comportements et les relations aux autres de l'anorexique);
- euphorie du jeûne;
- phénomène de tolérance : accoutumance aux effets du jeûne ressenti avec plus de plaisir, «le jeûne appelle le jeûne»;
- renforcement de l'amaigrissement;
- absence de reconnaissance des conséquences négatives du jeûne;
- identité définie par la maladie;
- isolement social.

Sur le plan structurel, le modèle des troubles alimentaires est un modèle de maladie en deux temps. Le premier temps représente une expérience de bien-être liée à un comportement spécifique (restriction, crises de boulimie,

comportements d'évacuation...). L'expérience survient à un moment précis de l'évolution du sujet (adolescence, processus autonomie - individuation, transformation corporelle pubertaire, changement de configuration de la dynamique familiale). Différents facteurs de vulnérabilité (génétique, individuel, familial, social) convergent pour renforcer ces comportements. Dans le second temps de la maladie, le patient est pris dans un engrenage. Les comportements organisent le mode de pensée du patient de façon manichéenne et la dépendance devient un organisateur existentiel qui va structurer toute la vie du sujet. Les patients deviennent prisonniers d'un système dont ils ne sont plus maîtres et dont ils ne savent plus se sortir. A ce stade, on ne peut négliger les effets biologiques et psychologiques du jeûne. Il existe un seuil critique en dessous duquel la malnutrition entretient un état mental anormal (8).

Selon les modèles psychanalytiques et cognitifs, dans le premier temps de la maladie, l'accent est mis sur la problématique du corps et de l'identité. L'adolescence réactive les processus d'autonomie - individuation. Cette période est décrite comme un véritable deuil, deuil de l'image idéalisée des parents et de soi. Le corps occupe une place centrale par les transformations pubertaires et l'accès à la sexualité. Les Troubles des Comportements Alimentaires court-circuitent ce processus et apparaissent dans des situations où, du fait de vulnérabilités individuelles et/ou familiales, l'adolescent ne peut assumer les transformations corporelles propres à la puberté et au rôle génital. Cet aménagement assure une fonction défensive vis-à-vis d'affects et de représentations intolérables pour l'adolescent, en lien avec ce conflit d'autonomie - dépendance. Le symptôme lui procure, en effet, une illusion de maîtrise et réalise un compromis efficace entre ses désirs régressifs de dépendance et ceux d'autonomie. Le symptôme alimentaire fait écran à toute conflictualité consciente dans ce domaine. Les comportements de maîtrise parasitent les relations à autrui en apparaissant manipulateurs, voire pervers, alors qu'ils sont, pour l'essentiel, défensifs. Leur intensité est à la mesure d'un vécu de menace sur l'identité même du sujet. Le surinvestissement des sensations corporelles et sensorielles assure une fonction auto-calmante vis-à-vis d'affects négatifs. Ce mode de régulation des émotions permet leur mise à distance et leur négation, court-circuitant ainsi toute possibilité de mise en représentation. Le comportement s'impose progressive-

ment comme organisateur de la vie psychique et relationnelle, tenant lieu d'identité de substitution. Le symptôme alimentaire occupe ainsi une place et une fonction particulière : il apaise, dans un premier temps, toutes sortes de tensions psychologiques (anxiété, dépression, conflits familiaux, difficultés relationnelles). Le lien unissant symptôme alimentaire de maîtrise, estime de soi et insatisfaction corporelle, joue un rôle charnière. La quête d'excitation et de sensations d'apaisement protège le patient du vide interne en maintenant les autres à la périphérie, par peur d'être contrôlé.

Dans un second temps, le même symptôme aggrave le trouble par son inefficacité à soulager durablement et en profondeur les conflits intrapsychiques et/ou relationnels. Répondant aux besoins de s'affranchir de sa dépendance à autrui et de sa fragilité grâce au symptôme alimentaire, la patiente se retrouve en fait doublement contrainte : inefficacité du processus de résolution du conflit et apparition d'une symptomatologie dépressive secondaire amenant à l'auto - renforcement. La patiente devient prisonnière de sa pathologie, croyant maîtriser son alimentation, elle devient contrôlée par sa symptomatologie. Ce sentiment d'enfermement est une caractéristique propre des addictions (4, 9, 10). Les conduites addictives s'accroissent donc au fil du temps et produisent des effets négatifs sans que le patient soit en mesure d'y mettre un terme. La conduite devient un automatisme de plus en plus déconnecté de tout contrôle conscient. Le patient est sincère lorsqu'il prétend vouloir arrêter, mais sa conduite le dépasse et lui échappe (11).

Sur le plan systémique, le développement de l'adolescence se déroule en étroite interaction avec son environnement familial et social. Cela ne veut pas dire que les parents sont la cause du développement d'un Trouble des Comportements Alimentaires, mais bien qu'ils y réagissent d'une manière ou d'une autre, pouvant faire ainsi partie des facteurs de maintien de la problématique.

L'adolescence est en soi une période particulière de la vie d'une famille, volonté d'une individuation de l'adolescent tout en restant encore enfant. Il s'agit d'une période paradoxale difficilement gérable tant par les parents que par les adolescents. De plus, l'adolescence étant une période de changement et une source de tension, la souplesse adaptative de l'adolescent et de sa famille est mise à rude épreuve.

Comme énoncé précédemment, différents facteurs peuvent expliquer l'émergence des

TCA et de la dépendance en général. Parmi eux, ceux plus spécifiquement liés aux relations sont (12) :

- l'enchevêtrement : confusion des fonctions et des rôles dans les interactions familiales;
- l'existence dans la famille d'antécédents de la même pathologie;
- les événements relationnels stressants : début de la vie amoureuse, première relation décevante, déception amicale, quolibets émanant de la fratrie ou des pairs, changement de cadre de vie;
- un changement dans la dynamique familiale : divorce, deuil, crises ouvertes, départ d'un membre de la fratrie, changement des alliances;
- les attentes élevées des parents et l'impossibilité de leur réalisation;
- la réponse adaptative à une agression sexuelle.

L'entourage ressent souvent un sentiment d'impuissance et une peur forte face à la mise en danger de leurs proches. L'impuissance est liée au message du patient : «aide-moi sans m'aider, c'est-à-dire sans toucher à l'alimentation»; on retrouve ce type de demande ambivalente chez les patients souffrant de dépendance.

Parfois, face à cette impuissance, l'entourage peut adopter des attitudes qui peuvent maintenir et/ou aggraver les troubles alimentaires :

- contrôler : mise en place de règles de plus en plus strictes et rigides au sein de la famille et majoration de la «réactance» de l'adolescent;
- hyperprotéger : se substituer aux responsabilités de l'adolescent, renforçant la mésestime de soi de celui-ci;
- déléguer : sentiment d'inefficacité et délégation à d'autres, vécu d'abandon pour l'adolescent;
- changer d'attitudes : ambivalence familiale entrant en résonance avec l'ambivalence de la maladie, changement perpétuel de l'attitude familiale face aux comportements de l'adolescent; angoisse chez l'adolescent.

Chaque attitude du patient rigidifie alors la réponse de la famille qui, à son tour, maintient la pathologie dans un cercle vicieux. D'une manière générale, les personnes souffrant de TCA, tout comme les personnes dépendantes, fonctionnent sur un mode relationnel de type «tout ou rien».

La famille des patients présentant des TCA est le plus souvent à l'initiative de la demande thérapeutique, comme celle des patients dépendants. Au sein de notre équipe, nous avons pris le parti de répondre à cette demande même en l'absence du patient, mais avec le projet constant de l'intégrer dans la prise en charge multidisciplinaire.

INCIDENCE SUR LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Face aux difficultés de vie, la personne dépendante met donc en place une solution qui apaise les tensions de façon temporaire et devient un problème à part entière, comme décrit précédemment; la notion de cercle vicieux souligne l'enchaînement de processus et la tendance à un comportement en boucle qui n'a pour autant rien d'inexorable. Tous les éléments biologiques et psychosociaux, qui contribuent à la pathologie, sont autant de leviers possibles pour en sortir.

La notion de dépendance fait référence à un cycle d'évolution dans le temps de la maladie. Le modèle transthéorique de changement (13) de Di Clemente et Prochaska, bien connu dans la dépendance, décrit les stades d'évolution. Nous présenterons notre prise en charge multidisciplinaire à travers le descriptif des phases évolutives de ce modèle.

1. PHASE PRÉ-COMTEMPLATIVE

Lune de miel, déni de la pathologie et des conséquences, bénéfices de la pathologie.

Implications thérapeutiques

- développer la conscience des contradictions en thérapie individuelle;
- suivi médical des conséquences (déni du corps);
- suivi familial en présence ou non du patient, mise en place d'une alliance thérapeutique.

2. PHASE COMTEMPLATIVE

Le patient se reconnaît malade, mais hésite à changer et à renoncer aux bénéfices de la situation (ambivalence).

Implications thérapeutiques

- bilan des avantages et des inconvénients;
- suivi somatique;
- suivi familial intégrant le patient, mise en place d'une alliance thérapeutique.

3. PHASE PRÉPARATOIRE

Le patient souhaite changer et envisage des stratégies pour faire face au changement.

Implications thérapeutiques

- augmenter la confiance en soi et en ses capacités de changement, anticipation des bénéfices aux changements;
- suivi médical;
- thérapie familiale : identification des interactions familiales problématiques et détermination d'objectifs de changement.

4. PHASE DE CHANGEMENT

Le patient s'engage dans des comportements de changement.

Implications thérapeutiques

- suivi nutritionnel et médical;
- guidance familiale : consignes pratiques concernant l'alimentation;
- bilan des effets positifs et négatifs;
- thérapie familiale : mise en place de changements interactionnels (prescription de tâches), travail sur les résistances aux changements.

5. PHASE DE CONSOLIDATION

Le patient reste fragile car les tentations sont nombreuses de retourner aux comportements problématiques

Implications thérapeutiques

- renforcements des nouveaux comportements;
- amélioration de l'estime de soi : projet de vie, capacité d'affirmation, habilités sociales;
- maintien du suivi médical et nutritionnel;
- thérapie familiale : renforcement des changements; travail sur l'autonomie, le rôle et la place de chacun; renforcement des limites intergénérationnelles; développement des projets de vie de chacun.

6. PHASE DE RECHUTE

La rechute est une étape possible et normale de l'évolution du changement

Implications thérapeutiques

- ne pas banaliser, ni dramatiser: la rechute fera alors partie intégrante du processus de guérison;
- maintien du suivi multidisciplinaire.

Si nous nous accordons pour reconnaître des conduites addictives dans les TCA, nous devons souligner l'importance d'une prise en charge au stade de début de la maladie avant l'automatisation et le renforcement des comportements enfonçant toujours plus loin nos patients dans le déni. Les TCA atypiques, c'est-à-dire ne répondant pas à l'ensemble des critères diagnostiques de ces pathologies (poids limite, absence d'aménorrhée, non-réponse aux critères de fréquence ou de durée des crises...), doivent particulièrement attirer notre attention et sont les plus communément rencontrés.

sur la frontière entre le normal et le pathologique. Ces pathologies évoluent souvent sur plusieurs années et sont responsables de multiples complications, tant somatiques que psychologiques et sociales. Si le modèle de l'addiction peut apporter un éclairage intéressant sur les processus sous-jacents et est ressenti comme un soulagement par les patients et leurs familles, il faut toutefois ne pas négliger les aspects caractéristiques et spécifiques des TCA. Ces troubles nécessitent, dès lors, une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire: somatique, diététique, individuelle, systémique, psycho-corporelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fedito.— <http://www.feditowallonne.be> – consultation du 3 mars 2013
2. American Psychiatric Association (APA).— Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. *Rev Am J Psychiatry*, 2000, 1, 157
3. Roussaux J-P, Faoro-Kreit B, Hers D, et al.— L'alcoolique en Famille. Deuxième édition. De Boeck, Bruxelles, 2000, 293-304.
4. Corcos M, Lamas Cl, Pham-Scottez A, et al.— L'anorexie mentale : déni et réalités. Première édition. Doin, France, 2008, 48-49.
6. Jeammet Ph.— Anorexie Boulimie : les paradoxes de l'adolescence. Première édition. Hachette Littératures. 2004, 19.
7. DSM IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000, 697.
8. Brouwer A-C, Mirabel-Sarron C, Pham-Scottez A, et al.— Les troubles des conduites alimentaires, les addictions comportementales : aspects cliniques et psychopathologiques, Mardaga, Wavre, 2009, 133-203.
9. Hers D, Derely M, Devos M, et al.— Anorexie et toxicomanie : à propos des toxicorexies. *Acta Psychiatr Belg*, 1988, 88, 93-104.
10. Alvin P.— Anorexies et boulimies à l'adolescence. Troisième édition. Doin, France, 2007, 145-147.
11. Van Vreckem E, Vandereycken W.— Dépendance et nourriture, Dépendance et conduites de dépendance, Masson, Paris, 1995, 167-176.
12. Jeammet Ph, Bochereau D.— La souffrance des adolescents. Première édition. La découverte, France, 2007, 97-99.
13. Pauze R.— L'anorexie chez les adolescentes. Erès, Paris, 2001.
14. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross GC, et al.— In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol*, 1992, 47, 1102-1114.

CONCLUSION

Les conduites de dépendance sont celles qui nous interrogent le plus en tant que cliniciens

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr S. Fuchs, Service de Psychiatrie des Cliniques Saint-Joseph et Cabinet Médical Sauvenière, Liège, Belgique. Email : sonia.fuchs@chc.be