

# PERTINENCE DU CONCEPT D'ADDICTION EN MATIERE DE CONDUITES ANOREXIQUES- BOULIMIQUES

# PLAN

Le privilège de l'âge!

I - Pourquoi rapprocher anorexie-boulimie et autres addictions ?

- Arguments cliniques
- Arguments biologiques et physiopathologiques
- Arguments psychopathologiques
- Intérêt des critères transversaux de GOODMAN

II- Au delà des parentés, des différences

III - Implications thérapeutiques

# I - POURQUOI RAPPROCHER ANOREXIE-BOULIMIE ET AUTRES ADDICTIONS?

## 1) Au niveau clinique

a) La place centrale de la BOULIMIE qu'elle soit déjà agie ou seulement fantasmée

« Toutes les anorexiques sont des affamées » (M. SELVINI-PALLAZOLI)

« Rester vide mince et dure pour sauvegarder une intégrité, une valeur, voire une perfection et une puissance excitante qui est venue battre en brèche le besoin de se gaver comme le besoin de l'autre, le premier n'étant que le substitut pervers du second » (B. BRUSSET)

- *Historique : de LASEGUE à RUSSEL*
- *Liens avec l'anorexie : évolution des critères du D.S.M.*
- *Clinique de la boulimie*
  - la séquence comportementale
  - d'infinies variantes

### Autres rapprochements cliniques :

→ *la tranche d'âge concernée (cf. psychopathologie)*

→ *le discours sur le vécu personnel, ses articulations avec celui de l'entourage familial,*

→ *l'évolution de ce vécu au fil de la répétition de la conduite :*

→ lune de miel - envahissement de la vie, concrète et psychique, par la conduite.

→ auto sabotage - désinsertion

→ repli - risque vital

→ *la clinique contre transférentielle, entre fascination et rejet*

## b) L'association à d'autres conduites addictives

- *Beaucoup plus d'études évaluant la consommation de substances psycho-actives chez des patients suivis pour T.C.A. que l'inverse.*
- Environ 20 % de patients toxicomanes ou alcooliques présenteraient , ou auraient présenté , aussi un T.C.A.

1/4 à 1/3 des boulimiques auraient une histoire (actuelle ou passée) de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues.

## PERTINENCE DU CONCEPT D'ADDICTION DANS LES TCA

❖ *Bien que bien moindre chez les anorexiques restrictives, l'abus de substances psycho-actives diverses n'est pas négligeable : 10 à 20 % des cas selon les études.*

❖ *Indépendamment du diagnostic,*

→ la sévérité de la restriction calorique serait corrélée positivement avec la prise d'amphétamines

→ la gravité des conduites boulimiques avec la prise de tranquillisants

→ et les purges avec la prise d'alcool, de cocaïne et de tabac.

*En élargissant aux addictions comportementales, les associations sont encore plus fréquentes (jeu et achats pathologiques, T.S. à répétition...); ce qui a conduit à parler de formes multi-impulsives*

*(FAIRBURN)*

## 2) Au niveau physiopathologique et biologique

- Des mécanismes neurobiologiques communs

→ *les effets du jeûne, comme de la suralimentation, au niveau des systèmes endorphiniques et la voie dopaminergique mesocorticolimbique*

Notion de toxicomanie endogène!

*"le refus de toute dépendance conduit à une addiction en circuit fermé" (BRUSSET)*

→ *des articulations étroites avec l'axe corticotrope (physiopathologie du stress), comme dans l'ensemble des addictions comportementales.*

- Des questions sur le statut & la fonction de l'hyperactivité dans certaines formes de T.C.A. (cf les parentés soulignées il y a fort longtemps avec la course à pied compulsive - *YATES, BLUMENTHAL*).
- Des questions sur les propriétés pharmacogéniques propres de certains aliments.

### 3 ) Au niveau psychopathologique

On retrouve les caractéristiques du fonctionnement addictif, en référence à l'économie psychique et aux enjeux développementaux.

Dès 1945, Otto FENICHEL parlait de toxicomanie sans drogue à propos de la boulimie.

- *Notion d'agirs incorporatifs répétitifs s'organisant à l'adolescence*
- *Actes anti-éprouvés, court circuitant le champ de la mentalisation, avec une fonction défensive vis à vis d'affects dépressifs non structurés, renvoyant à une fragilité narcissique.*

→ *Cette fragilité narcissique se révèle à l'occasion des exigences de séparation-individuation de cette période .*

*(P.BLOS)*

→ *Notion d'antagonisme narcissico-objectal .*  
*(Ph. JEAMMET)*



Ce fonctionnement réalise un **compromis acrobatique** entre revendication d'autonomie et nécessité de l'esclavage de la dépendance, au prix d'un déni de la perception de celle-ci.

- Valeur de survie, de démarcation.
- auto-traitement de substitution comportementale d'une dépendance innélaborable à l'entourage le plus proche

→ **Déni de toute dépendance :**

- *au corps biologique (anorexie notamment)*
- *à la filiation instituée (pratiques ordaliques)*

On parle de processus anti-développemental.

## PERTINENCE DU CONCEPT D'ADDICTION DANS LES TCA

Comme à propos de l'ensemble des conduites addictives, on doit prendre en compte :

→ des effets de résonance et de sommation

de fragilités et facteurs impliqués multiples,

en proportions variables dans chaque situation :

individuels et collectifs,

biologiques,

psychopathologiques

et socio-culturels.

## II – DES CRITERES TRANSVERSAUX :

### Le modèle d'Aviel GOODMAN

- Elaboré pour théoriser les pratiques sexuelles addictives
- Critères selon les principes descriptifs du DSM voisins des critères de la *dépendance à une substance*
- 1990 : British Journal of Addiction  
Addiction : condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux « symptômes clés »
  - 1) échec répété de contrôler ce comportement («perte du contrôle » de JELLINEK)
  - 2) poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives

## Les critères du Trouble Addictif (A. GOODMAN, 1990)

### 4 critères principaux :

- A) Impossibilité de résister à impulsion de s'engager dans le comportement
- B) Tension croissante avant d'initier le comportement
- C) Plaisir ou soulagement au moment de l'action
- D) Perte du contrôle en débutant le comportement

E) Au moins cinq des critères suivants :

- 1) Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
- 2) Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
- 3) Efforts répétés pour réduire ou arrêter
- 4) Temps considérable passé à réaliser le comportement
- 5) Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
- 6) L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
- 7) Poursuite malgré les problèmes sociaux
- 8) Tolérance marquée
- 9) Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement

F) Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

### III – AU DELA DES PARENTES , DES DIFFERENCES

Surtout la remarquable efficacité du symptôme anorexique, dans les formes restrictives pures

→ Idéalisation du renoncement en lieu et place de l'idéalisation de l'objet drogue chez le toxicomane.

Jusqu'à l'ascèse mystique ( cf. Sainte Jeûneuse chrétienne )

En contre point, la rage destructrice du raptus boulimique, synonyme de défaite

→ "le pire c'est la boulimie"

## IV – IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

### 1) Une conception addictive des T.C.A. permet sans doute tout particulièrement

→ de désamorcer les risques de surenchère au rapport de force avec l'anorexique, en mesurant d'emblée la fonction de sa conduite vis à vis de ses peurs, ses doutes et son besoin effrayant de dépendance (d'où la nécessité d'ajuster en permanence la distance relationnelle),

→ d'apporter à tous ces patients les garanties de continuité, de sécurité qu'ils attendent à travers un étayage au long cours, à géométrie variable, dans le cadre d'un projet de soin pluridisciplinaire personnalisé et régulièrement évalué qui, au delà de la disparition de la conduite, vise à relancer et accompagner le processus de séparation-individuation.

→ d'assumer les réaggravations éventuelles, de même que la survenue d'autres conduites addictives comme une modalité évolutive parmi d'autres.

2) L'évolution récente des idées et pratiques en addictologie s'avère ici fort précieuse :

### Sortie d'un fonctionnement manichéen

- selon lequel hors la dépendance pas de problème
- et hors l'abstinence pas de solution !

### Ouverture vers :

- la RDR
- les entretiens motivationnels
- et le cheminement par étapes sur la durée (« step by step »)



### Différenciation plus claire des facteurs prédisposant et d'entretien

ce qui invite

- à conjuguer TCC , approches corporelles , psychothérapie analytique individuelle et systémique familiale.
  - à un abord pluridisciplinaire bien articulé (cf recos HAS 2010)
- d'où la place centrale d'un référent global de la prise en charge ,  
reconnu à cette place par l'ensemble des intervenants.

# PERTINENCE DU CONCEPT D'ADDICTION DANS LES TCA

Pr Jean-Luc Vénisse

Pôle de Psychiatrie

CHU NANTES

Service d'Addictologie

9 bis rue de Bouillé

44000 NANTES



Les indications de ces différentes approches s'appuient sur l'évaluation initiale (trois entretiens en général) qui doit notamment apprécier :

- ❖ La dimension plutôt impulsive ou compulsive des troubles (+ ou – « out off control »).
- ❖ Le niveau d'adaptation antérieure, en particulier au niveau relationnel (troubles précoces de séparation, tendances autistiques, susceptibilité pathologique ...).

### ❖ Les capacités d'étayage

→ sur certains éléments de l'entourage,

→ sur le consultant et l'espace thérapeutique embryonnaire entre deux consultations,

→ sur les propositions de soin antérieures.

❖ Les capacités de l'entourage de trouver la bonne distance entre inquiétude exagérée et banalisation, et à interroger ses propres fonctionnements.

Bien sûr on évaluera au passage, plus concrètement :

- \* l'ancienneté de la conduite
- \* sa forme clinique : anorexie restrictive ou A-B, avec ou sans conduites de purge
- \* le degré de conscience des troubles, c'est-à-dire l'importance du déni et ses spécificités
  - \* l'état somato-biologique (notamment B.M.I., rythme cardiaque, kaliémie)

## PERTINENCE DU CONCEPT D'ADDICTION DANS LES TCA

L'état psychologique (notamment recherche d'un état dépressif majeur, de la présence d'idées suicidaires, à différencier de la dépressivité habituelle et à traiter par un traitement anti-dépresseur, et recherche d'antécédents personnels et familiaux évocateurs d'un trouble bi-polaire de type I ou II, justifiant un traitement par thymo-régulateur).

- \* la place et la nature des conduites d'annulation (dont on sait quel facteur d'auto-entretien elles représentent)
- \* le degré d'adéquation entre poids idéal souhaité et poids théorique souhaitable

## PERTINENCE DU CONCEPT D'ADDICTION DANS LES TCA

- \* la préservation des rythmes fondamentaux.
- \* les antécédents addictifs et traumatiques familiaux (événements de vie)
- \* la notion d'enchevêtrement ou de dépression familiale, comme de crise ou défaillance de la fonction parentale

Les indications d'**Hospitalisation Temps Plein** se discutent en référence à l'intensité des mécanismes de déni, et en lien :

- soit à un état de gravité somatique
- soit à un état de gravité psychique

En dehors de ces situations plutôt urgentes, une Hospitalisation Temps Plein peut également être proposée dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire et cette fois de façon très programmée et anticipée :

- pour sevrage des vomissements dans les formes boulimiques très purgatives
- pour sevrage de l'hyperactivité dans les formes anorexiques restrictives particulièrement hyperactives



## PERTINENCE DU CONCEPT D'ADDICTION DANS LES TCA

	<b>Déni +</b>	<b>Déni -</b>
<b>gravité somatique :</b> BMI < 13 signes d'hypométabolisme troubles ioniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pointage clair du danger somatique (évocation précise de la mort)</li> <li>• accompagnement somatique prioritaire (généraliste ++)</li> <li>• sensibilisation ++ de l'entourage : création d'un réseau de vigilance</li> <li>• évaluations régulières et rapprochées : travail sur l'alliance thérapeutique minimale</li> <li>• HDT exceptionnellement</li> </ul>	Hospitalisation pour renutrition ; <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit service d'endocrinologie -nutrition (liens tissés depuis 25 ans et addictologie de liaison) puis unité Lou-Andréas Salomé</li> <li>• soit unité Lou-Andréas Salomé d'emblée</li> </ul>
<b>gravité psychique :</b> idées ou gestes suicidaires syndrome dépressif crise familiale aiguë	<ul style="list-style-type: none"> <li>• accompagnement psychologique d'évaluation régulière</li> <li>• rôle du généraliste et de l'entourage</li> <li>• H.D.T. si nécessaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hospitalisation à l'unité temps plein +/- séparation familiale temporaire</li> <li>• évaluation des difficultés et préparation ou reprise d'un soin ambulatoire en relais</li> </ul>
<b>absence de gravité somato-psychique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soins impossibles</li> <li>• évaluations à distance régulières et travail motivationnel</li> <li>• soins minimal : suivi somatique ou diététique, souvent suivi infirmier sur des objectifs mineurs (se reposer, prendre du temps pour soi, parler des difficultés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soins ambulatoires contractualisés et en réseau</li> <li>• pôle hospitalier : hôpital de jour, groupe thérapeutiques</li> <li>• pôle ville : suivis par généraliste, nutritionniste, psychiatre, psychothérapeute</li> </ul>

## QUANT AUX CONTRATS DE POIDS

Ils sont **DE FAIT INCLUS** dans la dynamique globale du **PARCOURS DE SOIN**

→ Poids minimum requis - pour participer à certains groupes  
- pour être admis en hôpital de jour

→ Poids minimum et maximum conditionnant

- hospitalisation temps plein Lou Andréas Salomé (et les
- groupes évolutifs en son sein)
- hospitalisation temps plein Endocrinologie

Ils s'avèrent **PARTICULIEREMENT UTILES**

en cas de stagnation pondérale alors

→ que l'alliance est bonne

→ que des évolutions globales sont perceptibles

Refus de complicité de

→ maltraitance

→ clivage

Ils peuvent devenir un PIEGE (mais surtout un **INDICATEUR** précieux)

quand le patient reste durablement juste en dessous du poids du seuil

**LES CONTRATS DE SEPARATION** visent avant tout à **CONCRETISER** et travailler la problématique de **SEPARATION-INDIVIDUATION** quand celle-ci s'avère **PEU ACCESSIBLE** par d'**AUTRES MOYENS**

- ❖ Ils sont **DEJA INSCRITS A MINIMA** au niveau des exigences du **CADRE DE SOIN** : réglementation des coups de téléphone, visites, permissions
- ❖ Ils restent **EXCEPTIONNELS** dans leur **MODALITE EXTREME** de suppression de tous contacts et alors **SYSTEMATIQUEMENT ASSOCIES** à un **TRAVAIL INTENSIF** avec les différents protagonistes du **LIEN A TRAITER**

## EN CONCLUSION

Citons Charles LASEGUE qui écrivait il y a plus d'un siècle

*« Malheur au médecin qui, méconnaissant le péril, traite de fantaisie sans portée comme sans durée cette obstination dont il espère avoir raison par des médicaments, des conseils amicaux, ou par la ressource encore plus défectueuse de l'intimidation »*

Pr Jean-Luc Vénisse

Pôle de Psychiatrie

CHU NANTES

Service d'Addictologie

9 bis rue de Bouillé

44000 NANTES