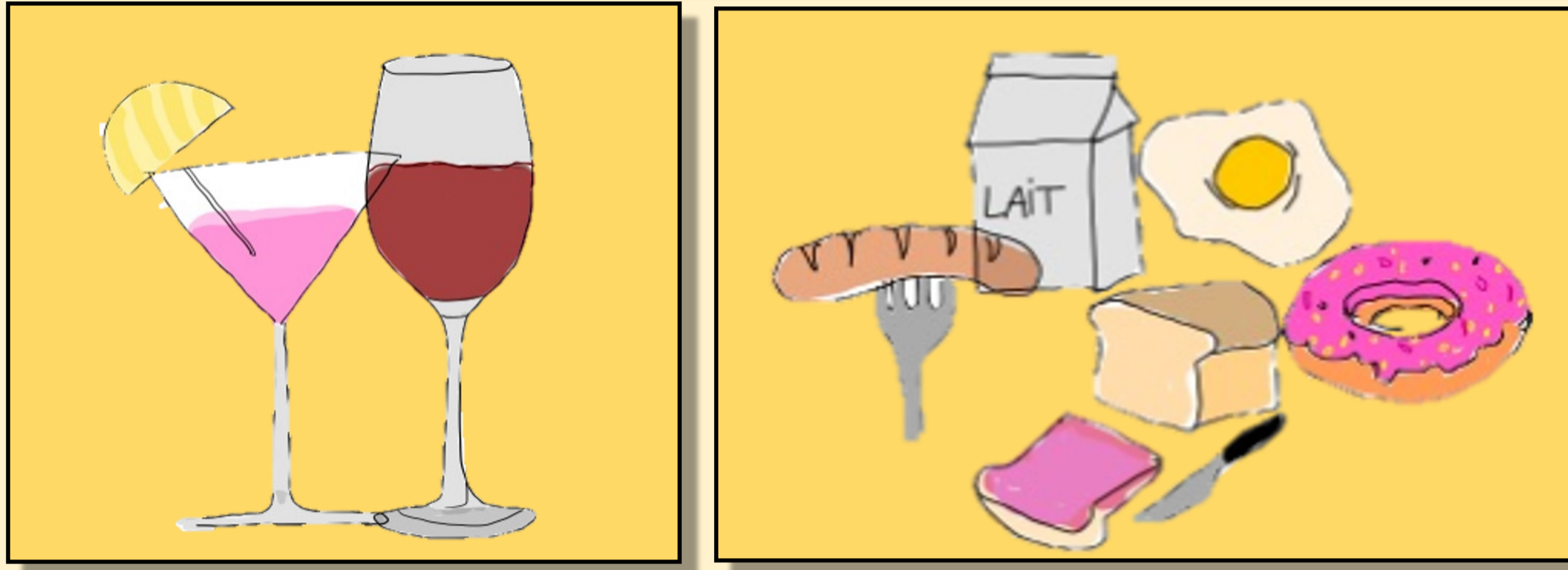




Boulimie et Alcoolisme

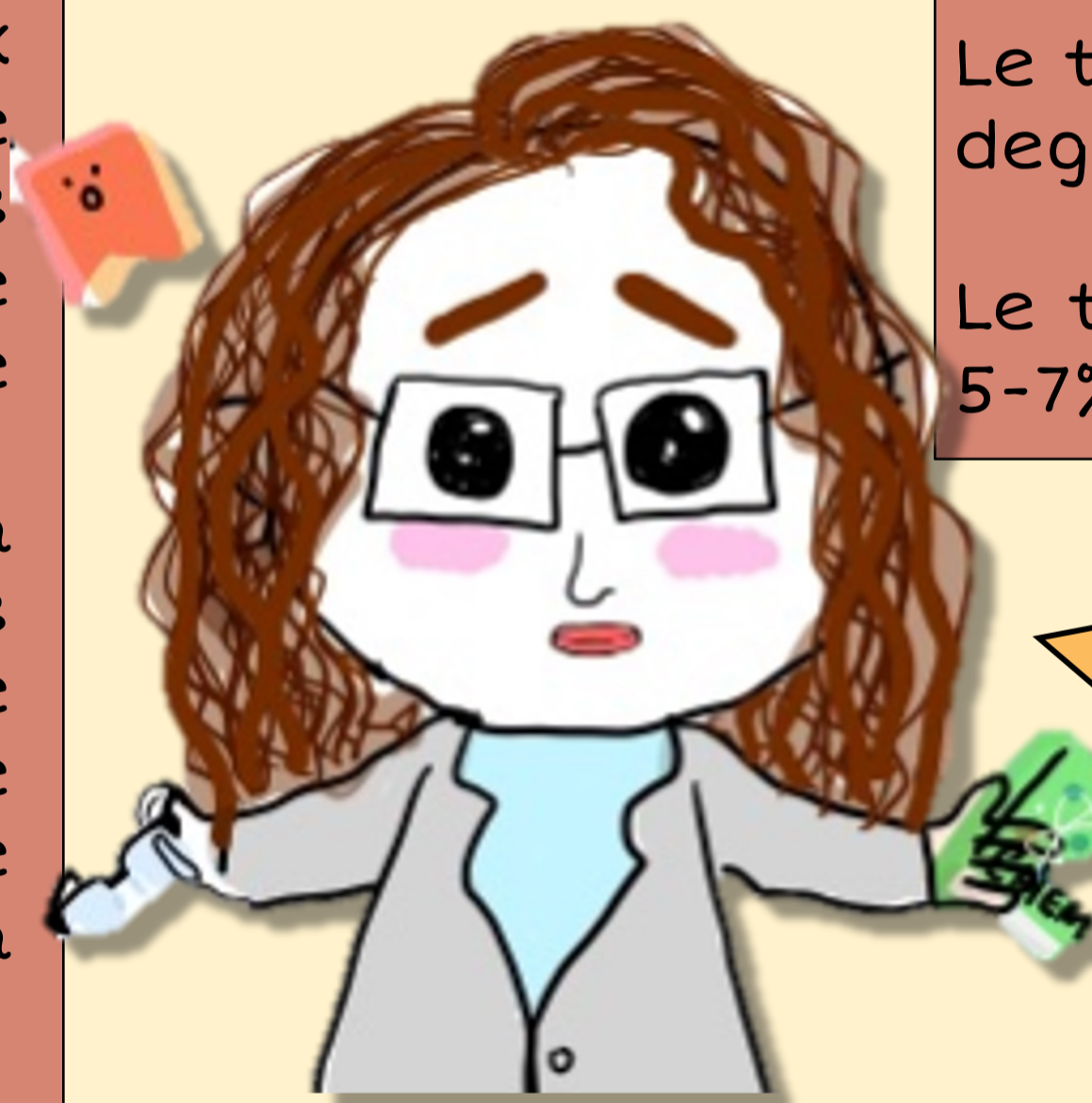
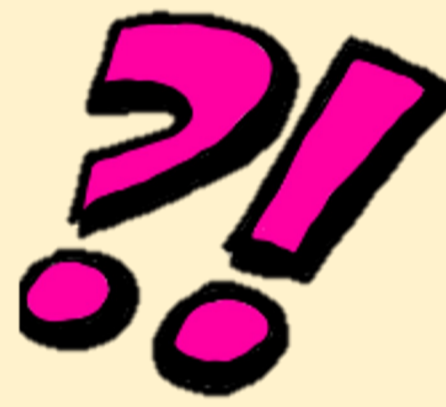
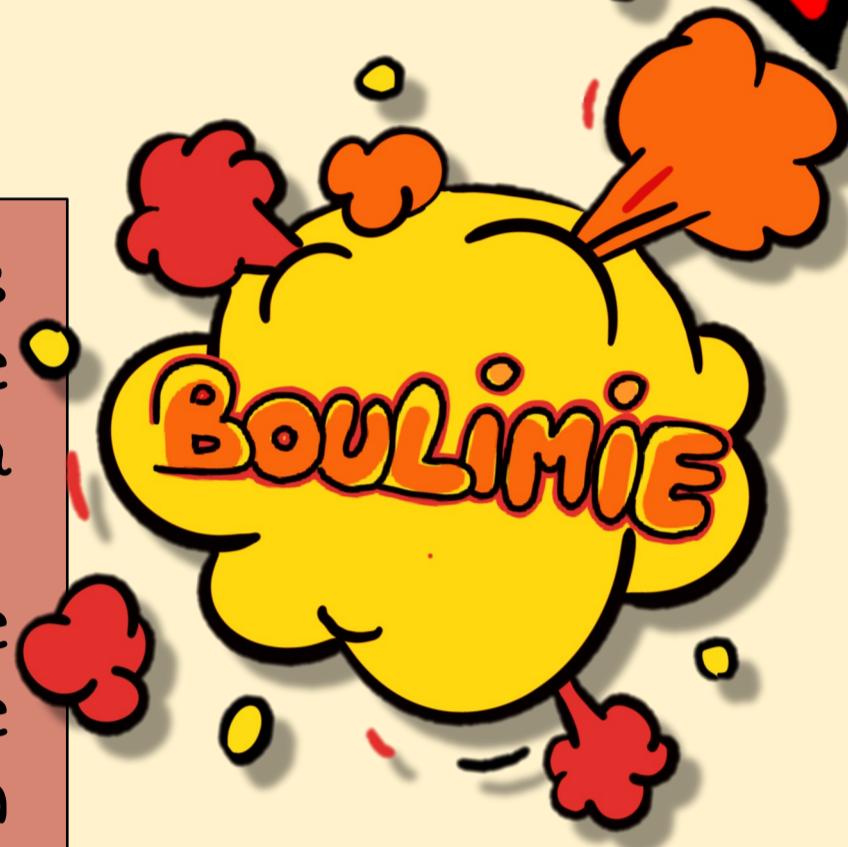
Liens Réciproques

Voici Josette. Josette est une étudiante de 18 ans. Malheureusement, cette jeune femme souffre de boulimie. De plus, depuis un certain temps, elle a de plus en plus de mal à contrôler sa consommation d'alcool. Celle-ci impacte sa vie avec son compagnon et elle ne va plus en cours depuis plusieurs semaines.



Bonjour ! Je suis la doctresse psychiatre de Josette. Il y a quelques temps, Josette est allée voir son médecin généraliste, car elle souffrait de crampes, de faiblesses et de douleurs musculaires. Son médecin est arrivé à la conclusion que Josette souffrait d'hypokaliémie, qui est une maladie menaçante liée à la perte de potassium dans les selles et les vomissements répétés (Mignot-Bedetti et al., 2015). Le docteur a conclu que Josette se faisait vomir régulièrement et utilisait en plus de cela des laxatifs. Afin de pouvoir soigner Josette, il l'a adressée vers moi, une doctresse psychiatre spécialisée.

En discutant avec Josette lors de notre premier entretien, j'ai compris qu'en plus de souffrir de boulimie, elle était atteinte d'un trouble de l'usage de l'alcool. Afin de mieux comprendre ces deux troubles et comment ils peuvent s'auto-influencer, voici une description sommaire de la boulimie ainsi que du trouble de l'usage de l'alcool.



Les caractéristiques premières du trouble de l'usage de l'alcool sont une consommation répétée d'alcool, le désir persistant de boire de l'alcool et la poursuite de ce comportement malgré les conséquences dommageables de ce dernier sur plusieurs sphères de vie.

La pathologie commence lorsque la consommation d'alcool n'est plus contrôlée et que la personne se trouve dans l'incapacité de s'acquiescer de ses obligations (professionnelles, familiales, scolaires, etc.) à cause de sa consommation d'alcool. L'usage problématique de l'alcool mène à une souffrance significative pour la personne, ainsi qu'une altération de son fonctionnement au quotidien. Le diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool se fait selon onze critères dont au moins deux se doivent d'être présents depuis douze mois ou plus. Le fait de consommer de l'alcool en quantité plus importante que prévu, passer énormément de temps à essayer de se procurer de l'alcool, tenter de baisser la consommation sans résultats, tous ces symptômes sont des exemples de manifestations d'un trouble de l'usage de l'alcool. Les troubles induits par une substance (ici l'alcool) peuvent être de natures diverses, telles que l'intoxication, les dysfonctions sexuelles et les troubles du sommeil (Nevid, Rathus, Greene, et al., 2017).

Le trouble de l'usage de l'alcool peut être diagnostiqué selon trois degrés de sévérité : faible, modéré ou sévère (Dano et al., 2014).

Le taux de prévalence de dépendance à l'alcool est de 13% contre 5-7% pour les autres substances psychoactives (Goodman, 1990).

Maintenant que nous avons une meilleure idée de la nature et des conséquences de ces deux troubles, voyons ensemble quels sont les liens entre eux, comment ils peuvent s'influencer mutuellement et comment nous pouvons les aborder en psychothérapie.

Ce trouble se manifeste par des crises alimentaires impulsives, excessives et répétitives, suivies de comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids (Godart et al., 2004). Cette maladie s'accompagne d'un soucis extrême de son propre poids, se manifestant par un sentiment de culpabilité intense après les crises d'ingestion démesurée de nourriture.

Les critères diagnostiques parlent également d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire lors des épisodes hyperphagiques.

Les comportements compensatoires se manifestent sous la forme de prise abusive de laxatifs, de diurétiques, de vomissements provoqués ou encore de médicaments coupe-faim (Arthuis & Duché, 2002).

De plus, les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent au moins une fois par semaine durant trois mois (APA, 2013). Cette maladie peut provoquer un déséquilibre électrolytique ainsi que de nombreux effets secondaires comme de l'arythmie cardiaque pouvant entraîner la mort. Ceci peut s'expliquer par les diagnostics tardifs car c'est un trouble qui ne se remarque pas visuellement, par exemple par une prise ou perte de poids excessive.

La prévalence de la boulimie est de 1% dans la population générale, et de 3% à 7% chez les jeunes femmes adolescentes (Guilbaud et al., 2003). Le taux de tentatives de suicide pour les personnes souffrant de ce trouble est également plus élevé que dans l'anorexie (Guilbaud et al., 2003). Ce taux peut être expliqué par la faible estime de soi qui accompagne ce trouble.

Un nombre important de femmes souffrant de boulimie indiquent souffrir aussi d'un trouble de l'usage de l'alcool. En effet, un sondage publié en 1983 indique que 13.3% des femmes étudiantes boulimiques témoignent souffrir d'alcoolisme ou de troubles liés à l'alcool contre seulement 3.6% des femmes étudiantes non boulimiques. De même, 6.7% des étudiantes boulimiques ont été traitées pour un problème d'alcoolisme contre seulement 1.9% des étudiantes non boulimiques (Pyle et al., 1983). Une autre recherche nous informe qu'un quart des personnes atteintes de TCA (trouble du comportement alimentaire) indiquent avoir souffert dans leur vie d'un trouble de l'usage de l'alcool (Franko et al., 2005).

Souvent, les personnes présentant les deux troubles affirment avoir voulu en premier lieu substituer l'abus de nourriture avec l'alcool ou l'abus d'alcool avec l'abus de nourriture, afin de s'échapper de la dépendance primaire (Brisman & Siegel, 1984). Cependant, il apparaît que l'influence des TCA sur les troubles liés à l'alcool est plus grande que l'inverse (Franko et al., 2005). Selon une étude de Ferriter & Ray (2011), le taux de comorbidité est particulièrement élevé chez les personnes avec des comportements de frénésie alimentaire (8-41%) en comparaison avec les personnes souffrant d'anorexie mentale ou de comportement alimentaire principalement restrictif (2-10%).

Dans une étude de Bulik et ses collègues (1997), 114 femmes souffrant de boulimie avec ou sans comorbidité de trouble de l'usage de l'alcool ont été testées. Les chercheurs et chercheuses ont découvert que les personnes boulimiques et dépendantes à l'alcool présentaient une prévalence plus élevée de tentatives de suicide, d'anxiété, de dépendance à d'autres substances psychoactives, de troubles des conduites ainsi que de troubles de la personnalité, en comparaison avec les femmes souffrant uniquement de boulimie (Bulik et al., 1997). Similairement, les personnes boulimiques et alcooliques ont des scores plus élevés en ce qui concerne l'addiction à la récompense que les personnes boulimiques sans comorbidité d'abus d'alcool (Bulik et al., 1994).

Un des points communs entre le trouble de l'usage de l'alcool et un trouble du comportement alimentaire (TCA) est le début de la maladie. En effet, la personne atteinte d'un de ces deux troubles niera avoir des difficultés. C'est uniquement lorsque la souffrance devient trop importante qu'une personne atteinte d'un TCA ou d'un trouble lié à l'usage de l'alcool va demander de l'aide autour d'elle. Il a été prouvé que la consommation d'alcool est liée à un risque élevé de développer un TCA, car la consommation excessive d'alcool implique une désorganisation du schéma d'alimentation, ainsi que des complications nutritionnelles (Ringuenet et al., 2014). Selon Ferriter & Ray (2011), les comportements de frénésie alimentaire et de consommation d'alcool partagent également plusieurs caractéristiques comportementales, personnelles et affectives.

En conclusion, il est important de pouvoir prendre en charge ces deux troubles, lorsqu'une personne comme Josette présente plusieurs symptômes comorbides. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est efficace pour traiter les deux troubles indépendamment, mais elle est également une solution optimale dans le traitement des deux troubles conjoints, en adaptant légèrement la prise en charge (Sysko & Hildebrandt, 2009). Pour ce faire, le dépistage de ceux-ci doit être fait le plus tôt possible. En effet, un dépistage tardif peut entraîner de graves problèmes de santé. Cette comorbidité entre les TCA et les troubles liés à l'alcool est un facteur de risque important de mortalité (Keel et al., 2003) et implique une récupération plus longue chez les personnes souffrant de TCA (Franko et al., 2005). Il est donc important que le personnel de santé prenne en compte cette comorbidité afin que la meilleure prise en charge soit offerte aux patients.e.s.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Arthuis, M., & Duché, D.-J. (2002). Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents: Anorexie mentale et boulimie nerveuse. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *186*(3), 699-707. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)34322-5](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)34322-5)
- Brisman, J., & Siegel, M. (1984). Bulimia and alcoholism: Two sides of the same coin? *Journal of Substance Abuse Treatment*, *1*(2), 113-118. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(84\)90034-5](https://doi.org/10.1016/0740-5472(84)90034-5)
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1997). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, *22*(4), 437-446. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00053-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00053-6)
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., McKee, M., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1994). Characteristics of bulimic women with and without alcohol abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *20*(2), 273-283. <https://doi.org/10.3109/00952999409106787>
- Dano, C., Le Geay, F., & Brière, M. (2014). Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool: Données récentes. *L'Encéphale*, *40*(3), 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.05.001>
- Ferriter, C., & Ray, L. A. (2011). Binge eating and binge drinking: An integrative review. *Eating Behaviors*, *12*(2), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.001>
- Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., Manzo, M. P., & Herzog, D. B. (2005). How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *International Journal of Eating Disorders*, *38*(3), 200-207. <https://doi.org/10.1002/eat.20178>
- Godart, N., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2004). Données épidémiologiques: Boulimie chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *17*(7), 366-369. <https://doi.org/10.1016/j.jpjpp.2004.06.004>
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *Addiction*, *85*(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Guilbaud, O., Berthoz, S., De Tournemire, R., & Corcos, M. (2003). Approche clinique et biologique des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *161*(8), 634-639. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.08.008>
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry*, *60*(2), 179-183. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.179>
- Mignot-Bedetti, M., Blanchet-Collet, C., & Moro, M. R. (2015). La boulimie nerveuse, une pathologie aux multiples complications. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, *36*(286), 22-25. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2015.07.004>
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., Greene, B., Blanchette, L., Legault, I., & Chevrier, M. (2017). *Psychopathologie: Une approche intégrée de la santé mentale* (2nd ed). Pearson.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., Eckert, E. D., Halvorson, P. A., Neuman, P. A., & Goff, G. M. (1983). The incidence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders*, *2*(3), 75-85. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:3<75::AID-EAT2260020307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:3<75::AID-EAT2260020307>3.0.CO;2-7)
- Ringuenet, D., Maria, A. & Gaha, N. (2014). Chapitre 15. Troubles des conduites alimentaires. Dans : A. Benyamina (éd.), *Addictions et comorbidités* (pp. 249-264). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.cpnfl.2014.01.0249>
- Sysko, R., & Hildebrandt, T. (2009). Cognitive-behavioural therapy for individuals with bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *European Eating Disorders Review*, *17*(2), 89-100. <https://doi.org/10.1002/erv.906>