



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

« Anorexie mentale restrictive et trouble de la personnalité : continuité ou comorbidité ? »

Présentée et soutenue publiquement le 02 avril 2014 à 16h

au Pôle Formation

Par LESAGE Audrey

JURY

Président :

Monsieur le Professeur THOMAS Pierre

Asseseurs :

Monsieur le Professeur DELION Pierre

Monsieur le Docteur JARDRI Renaud

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Introduction	p5
I- Continuité du concept d'anorexie mentale.....	p8
a) Les premières descriptions , les anorexiques mystiques	p9
b) Descriptions cliniques précises, diagnostic de l' « anorexie mentale »	p12
c) Classifications actuelles.....	p15
d) Modèle addictif de l'anorexie mentale.....	p21
II- Comorbidités psychiatriques associées à l'anorexie mentale.....	p31
a) Les troubles de l'humeur.....	p35
b) Idéations suicidaires et tentative de suicide.....	p38
c) Les troubles anxieux.....	p40
d) La schizophrénie.....	p46
e) Co addictions.....	p48
f) Les troubles de la personnalité (Axe II).....	p52
III- Discussion : anorexie et trouble de la personnalité : continuité ou comorbidité	p61
a) Approche dimensionnelle de la personnalité chez les anorexiques restrictives.....	p65
b) Modèles théoriques de la relation trouble alimentaire- Personnalité.....	p68
c) Facteurs familiaux.....	p72
d) Facteurs génétiques et biologiques.....	p75
e) Facteurs socio-environnementaux.....	p76
Conclusion.....	p82
Références bibliographiques.....	p85

Introduction

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique de plus en plus fréquent à notre époque, et pouvant avoir des conséquences dramatiques.

La prévalence est de l'ordre de 1%, mais ce chiffre a tendance à augmenter ces dernières décennies. Cette augmentation risque d'être également majorée ces prochaines années avec la parution de la version 5 du manuel diagnostique DSM, les critères diagnostics des troubles alimentaires ayant été modifiés.

L'anorexie mentale suscite de plus en plus d'intérêt, en parallèle à cette augmentation.

Et les caractéristiques de la personnalité de l'anorexique sont de plus en plus étudiées, avec une approche actuelle dimensionnelle.

C'est une pathologie complexe à appréhender, pour laquelle les descriptions et les tentatives d'explication étiopathogénique se sont multipliées et succédées.

Il s'agit d'un trouble poly factoriel : rôle de la psychopathologie individuelle, de la famille, et du contexte environnemental socio-culturel.

Nous pouvons parler de modèle bio-psycho-social.

Dernièrement, les patientes anorexiques étaient décrites comme des jeunes filles discrètes, réservées, « intellectuelles », issues d'une famille aisée.

Cependant, de nos jours, dans les services d'addictologie où sont prises en charge ces patientes, nous pouvons observer une description plus variée de ces patientes venant de tous milieux sociaux, et présentant souvent des comorbidités psychiatriques telles les troubles de la personnalité.

Est-ce qu'une structure psychique particulière existe au départ, et débouche sur le trouble alimentaire ? Est-ce qu'il existe une « personnalité type » de l'anorexique ou bien le trouble peut survenir chez des personnalités différentes, dans des environnements variables ?

Quels sont les facteurs de vulnérabilité pouvant être pris en compte dans le développement du trouble ?

Quel lien existe entre une personnalité fragile de départ, le trouble alimentaire et des comorbidités psychiatriques souvent associées, tel un trouble anxieux, un épisode dépressif ou encore un trouble

de la personnalité avéré ?

Nous essaierons de répondre à ces questions, et plus particulièrement à la dernière dans le cadre de l'anorexie restrictive, à travers ce travail en exposant l'évolution du concept d'anorexie mentale au travers des époques, puis les différentes comorbidités rencontrées de l'axe I et de l'axe II du DSM IV, et enfin en discutant la notion de personnalité chez ces patientes dans une approche polyfactorielle.

I – Continuité du concept d'anorexie mentale

L'anorexie mentale n'est pas une pathologie récente ; de tous temps ont été faites des descriptions plus ou moins détaillées de personne sujette à l'ascétisme, avant de faire partie des classifications concernant les troubles mentaux psychiatriques.

Nous pouvons parler de continuité du concept d'anorexie mentale au travers des différentes époques et approches, que nous exposerons dans cette partie.

a) Les premières descriptions, les anorexiques mystiques :

Au XI siècle, une première description historique de l'anorexie mentale a été faite par Avicenne, médecin philosophe, concernant un prince qui ne se nourrissait plus, dans un contexte dépressif.

Cependant, une description transmise par un moine en 895, relatait l'histoire d'une jeune fille, Friderada von Treuchtlingen, ayant plusieurs signes cardinaux de l'anorexie mentale (refus alimentaire, perte de poids...), associés à des symptômes de conversion hystériques (cécité, paraparésie), cédant à la prière.

Puis, vers les années 1350, dans le registre des anorexies mystiques, il faut évoquer Catherine de Sienne, qui jeûna jusqu'à la mort.

Catherine était une jumelle, née prématurément. C'est elle que sa mère choisit de nourrir ; l'autre jumelle, confiée à une nourrice décèdera rapidement.

Catherine est élevée dans la religion, comme tous les enfants à cette époque.

Vers 6-7ans, elle a sa première vision de Jésus, et commence à se priver de viande.

A sa puberté, elle s'impose des pénitences de toutes sortes (jeûne extrême, flagellation...).

Elle entre ensuite dans l'ordre des Dominicaines et soutien le pape en Avignon.

Malgré ses efforts, elle n'empêchera pas le schisme de l'Occident et l'élection d'un anti-pape. « C'est après ces événements dont elle se sent responsable qu'elle décide de sacrifier sa vie pour l'Eglise (...). Elle décide de ne plus s'alimenter du tout jusqu'à la mort, qui survient au bout de trois mois. »(1)

En 1667, une jeune fille anglaise, Marthe Taylor, provoqua un vif intérêt dans les milieux

scientifiques et religieux, en jeûnant de long mois. Dans la description clinique est faite mention d'une aménorrhée, précédant la perte de poids. Cependant, il existe un doute quant au côté primaire de l'anorexie, car la patiente présentait d'autres éléments psychopathologiques précédant celle-ci (symptôme conversif telle une paralysie des membres, un délire mystique...).

Les premières descriptions cliniques, l'ont été dans un contexte religieux, où jeûner avait pour objectif de se purifier, de libérer son âme de l'emprise du corps par le contrôle absolu de celui-ci. Les anorexiques mentales mystiques étaient donc volontaires et conscientes. Dans l'exemple de Catherine de Sienne, il y a la notion de don de soi, pour racheter une certaine culpabilité.

Illustrations de Catherine de Sienne :



(Illustration disponible : http://www.anorexiebulimie.fr/version_fr/historique.html)



(Evanouissement de Sainte Catherine de Sienne.
Giovanni Antonio BAZZI, dit SODOMA (1477-1549)
Détail des fresques de la chapelle de l'église San Domenico, Sienne, 1526)

b) Descriptions cliniques précises, diagnostic de l' « anorexie mentale » :

Au XVIIIème siècle, Morton fera des descriptions cliniques plus détaillées.

La première, sera celle de Miss Duke, âgée de 20 ans, présentant un état de cachexie avancée, avec perte de l'appétit, hyperactivité physique et hyperinvestissement intellectuel, associé à un déni de la maladie.

Cette description est évocatrice de l'anorexie mentale telle qu'on la voit de nos jours.

Cela aboutira en 1787, à la publication de Naudeau, en France, de « son observation sur une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments. »(1).

La question d'une névrose hystérique se pose à la lecture de son observation, ce qui la différencierait d'une anorexie mentale primaire, c'est-à-dire sans autre pathologie psychiatrique sous-jacente.

Enfin, le diagnostic sera fait par Lasègue en France, en 1873,(et Gull simultanément en Angleterre sous la dénomination d' « anorexia nervosa »), sous le terme d' « anorexie hystérie » chez la jeune fille adolescente ou au début de l'âge adulte. « Il distingue 3 phases, la première : l'allégation de douleurs gastriques tend à justifier la restriction alimentaire, mais celle-ci est poursuivie alors même que la patiente se dit bien portante.

La deuxième, dite morale, est caractérisée par le paradoxe d'une conduite anormale justifiée par un bon état de santé (puisque les douleurs ont disparu avec la cessation de s'alimenter). Cette aberration fait parler de « perversion mentale », à elle seule presque caractéristique et qui justifie le nom d' « anorexie hystérique ».

Dans la troisième phase, celle de la cachexie, l'indifférence de la patiente déconcerte (à rapprocher de « la belle indifférence » de l'hystérie décrite par Freud. »(1)

En outre, celui-ci écrira en 1895 que l'anorexie semble être une mélancolie survenant lorsque la sexualité est sous-développée.(2) Thèse qui sera abandonnée par la suite.

Illustration d'une patiente de Gull, avant et après prise en charge :



(Portrait de "Miss A—" en 1866 et en 1870 après le traitement. Elle était l'un des premiers cas décrits d'anorexie mentale.

William Withey Gull, Bart, M.D., F.R.S.; edited by Theodore Dyke Acland, M.D)

Par la suite, en France, les travaux de Huchard, en 1883, déboucheront sur la dénomination actuelle d' « anorexie mentale ». A cette époque, on insiste déjà sur l'importance de l'entourage et la nécessité de l'éloignement familial dans la prise en charge du trouble ; ce qui sera repris par Charcot en 1885.

Il est intéressant de voir une description en détails, d'une patiente, par Janet, en 1903, mettant en avant un point particulier : celui de l'obsession de la honte du corps.

En outre, Gilles de la Tourette, fera en 1908, les premières tentatives pour séparer l'anorexie primaire (d'origine psychogène avec refus alimentaire et trouble de la perception du corps) et secondaire.

Après cette période, où les descriptions cliniques mettaient l'accent sur l'origine mentale du trouble, s'en suivit une période où l'on recherchait une pathogénie endocrinienne.

Simmonds, en 1914, découvre la cachexie hypophysaire, et en fait une analogie avec l'anorexie mentale. L'équivoque sera levée par Sheehan en 1938, montrant que l'insuffisance hypophysaire d'origine ischémique est bien différenciée de l'anorexie mentale ; d'où la fin d'une hypothèse organique du trouble et le retour vers une approche psychologique.

Avant 1960, la plupart des tentatives d'explications psychopathologiques étaient basées sur le modèle de la névrose (dont le dysfonctionnement psychique de la personne était conscient, mais n'empêchait pas une bonne adaptabilité sociale).

A partir de 1960, on insiste sur la distinction à faire entre anorexie primaire, et secondaire à une pathologie psychiatrique sous-jacente comme l'hystérie, un délire d'empoisonnement, une dépression grave...

c) Classifications actuelles :

L'anorexie mentale a par la suite été « codifiée » et intégrée dans un cadre nosographique, en intégrant le manuel américain des diagnostics des troubles mentaux, le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Cette classification permet donc à n'importe quel professionnel de santé de mentionner une pathologie avec les mêmes critères internationaux.

Dans la version actuelle utilisée, le DSM IV, les critères diagnostiques de l'anorexie mentale sont, ou devrait-on dire maintenant « étaient » ; la version 5 du DSM ayant été publiée très récemment aux Etats-Unis :

Chacun des éléments suivants doivent être présents :

A : Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu)

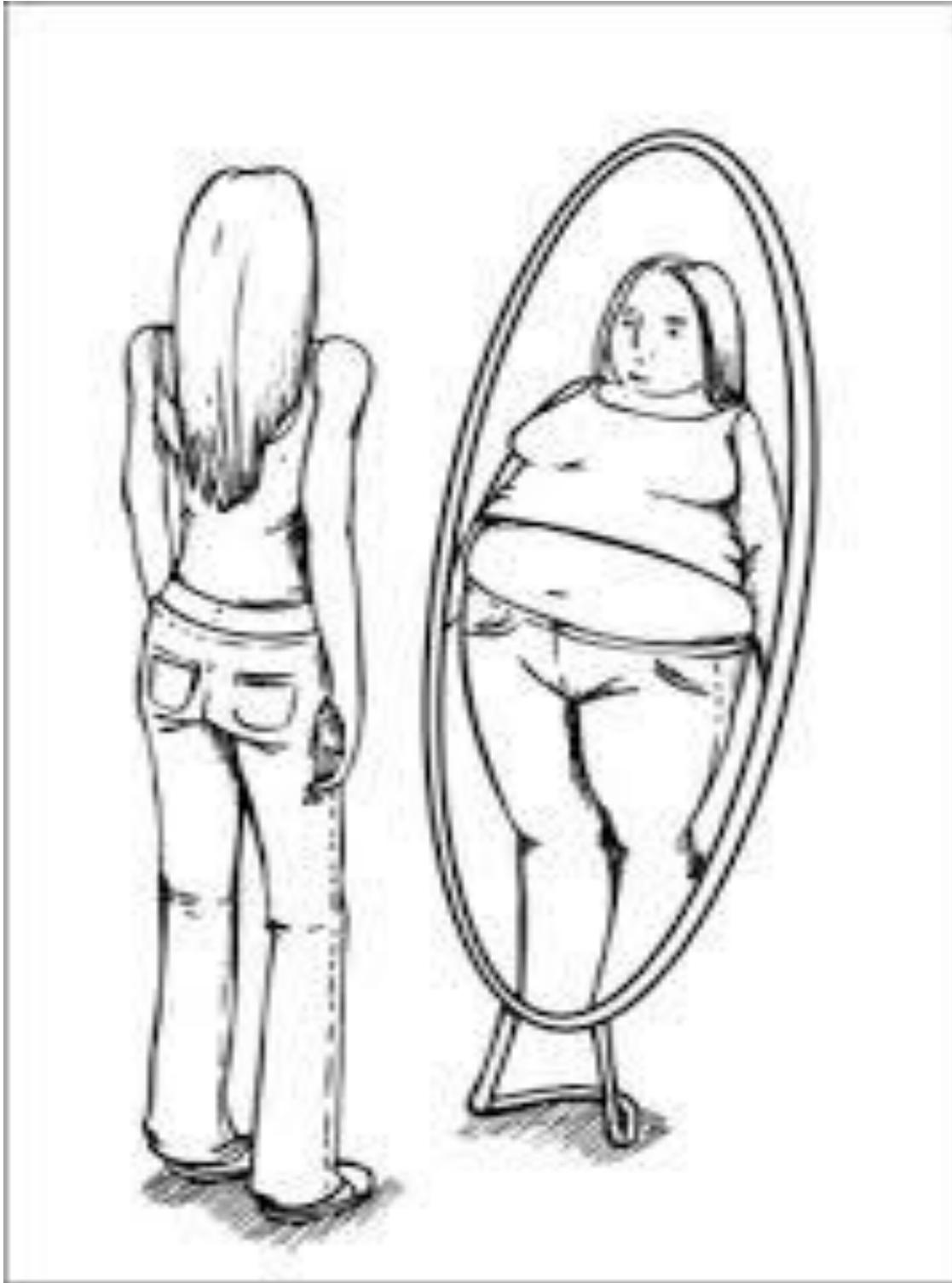
B : Peur intense de prendre du poids, ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C : Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.

D : Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes).

Type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Illustration de l'altération de la perception de la forme de son propre corps (distorsion cognitive) :



(Illustration disponible : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie>)

Selon une autre classification internationale, la CIM-10 (diagnostic F50.0) :

- A :** Poids corporel inférieur à la normale de 15% (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17.5.
Chez les patients pré-pubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
- B :** La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
- C :** Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
- D :** Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormones de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
- E :** Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Diagnostic différentiel :

Le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption. (3)

Il est intéressant de voir avec ce dernier item, qu'il n'est pas aisé de faire la part des choses entre le trouble du comportement alimentaire anorexique et une autre pathologie psychiatrique, qu'elle soit de l'axe I (par exemple la dépression, le trouble obsessionnel compulsif) ou de l'axe II (comme un trouble de la personnalité obsessionnelle).

Les diagnostics peuvent se suivre, s'additionner...

Les nouveautés, apportées par le DSM 5, concernant l'anorexie mentale touchent le critère A ; celui-ci se focalise sur les comportements comme le fait de restreindre la quantité de calories ingérées, et n'utilise plus le terme de « refus » de maintenir le poids... puisque cela implique une intentionnalité de la part du patient, qui peut être difficile à évaluer.

Le critère D, impliquant la présence d'une aménorrhée est supprimé (car il ne peut être appliqué aux hommes, femme sous contraception orale...). De plus, dans certains cas, des femmes montrent tous les autres symptômes de l'anorexie mentale, et gardent une certaine activité menstruelle.(4)

Les troubles du comportement alimentaire étant en expansion à notre époque et dans la société actuelle, et les conséquences pouvant être fatales, il est nécessaire de faire un diagnostic précoce de ces troubles. C'est pourquoi, pour une facilité de diagnostic (par exemple par les médecins généralistes), la Haute Autorité de Santé française a réalisé cette plaquette à partir de ces critères.



Infographie : Pascal Manseaud

(Illustration disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/jpeg/2011-02/has_ap_27_grand.jpg)

Ces classifications sont des repères diagnostics, une base pour le tableau clinique qui se caractérise, par :

-Un trouble restrictif :

Au départ, les patients entament ce qui paraît être un simple régime, puis les restrictions sont de plus en plus sélectives sur le plan quantitatif et qualitatif : évitement des aliments gras (ou découpage du gras visible), sucré, puis les assaisonnements, la viande et les féculents.(5)

Les calories sont scrupuleusement épluchées.

Il existe alors un tri alimentaire, une restriction des bouchées, un découpage de la nourriture en tous petits morceaux, une lenteur des repas, voire une dissimulation de la nourriture dans les vêtements, comme on peut le voir dans les services.

Les patients peuvent se peser plusieurs fois par jour.

Paradoxalement à ce comportement, il est fréquemment observé un hyperinvestissement dans la préparation des repas familiaux, sans y participer, un intérêt porté aux recettes de cuisine et leur collection...

Parallèlement, un hyperinvestissement intellectuel est très fréquemment remarqué.

-Une stratégie de contrôle du poids :

Par des vomissements, laxatifs, diurétiques, coupe-faim, ou conduite de potomanie (pouvant aller jusqu'à 10L d'eau par jour).

Il peut exister une hyperactivité physique ; on peut voir des patients marcher pendant des heures dans les couloirs, sautiller sur place...

Tout ce qui peut augmenter le métabolisme peut aussi être observé : se promener avec une tenue non adaptée à la saison (pas de manche en hiver), mettre la climatisation en continu, laisser les fenêtres ouvertes...

-Une distorsion cognitive :

Les patients restent persuadés que le corps ou une partie (cuisses, ventre...) est trop grosse. De même, ils ont des croyances erronées concernant les aliments ou le système digestif (« si je mange du chocolat, cela va se voir immédiatement sur mes cuisses »).

d) Modèle addictif de l'anorexie mentale :

Suite à cette description clinique, nous allons évoquer maintenant le champs des addictions, et insister plus particulièrement sur la notion de toxicomanie sans drogues, introduite par O.Fenichel en 1945, et dont font partie les troubles du comportement alimentaire.

Etymologiquement, ad-dicere signifiait « dire à », au sens de donner, attribuer quelqu'un à quelqu'un d'autre en esclavage. Si on le rapproche de la terminologie actuelle, nous pouvons dire que l'alcoolique est « dit à » l'alcool, le joueur « au » jeu...

L'accent est donc mis sur la contrainte avec perte d'une liberté, dépassant les capacités de contrôle de l'individu, et renvoie à des notions comme « l'esclavage », « l'aliénation »...

Dans ces classifications actuelles de la CIM-10 et du DSM IV, le concept d'addiction n'est pas présent. La plupart des comportements addictifs sont isolés et ne sont pas classés dans les mêmes rubriques.

Dans le DSM IV, l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie font partie des troubles liés à l'utilisation de substances. L'anorexie et la boulimie sont dans les troubles de l'alimentation, et le jeu pathologique appartient aux troubles du contrôle des impulsions.(6)

Le noyau des addictions était à la base constitué par les toxicomanies, mais il a été étendu à d'autres comportements sus-cités.

En 1990, Goodman proposa des critères afin de définir les différentes addictions :

A : Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B : Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C : Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D : Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E : Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :

1 :Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation

2 :Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine

3 :Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement

4 :Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre

5 :Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales

6 :Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement

7 :Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique

8 :Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité

9 :Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement

F : Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.(7)

Cette définition ne fait pas partie des classifications, mais est très utilisée en pratique.

Une étude a été publiée récemment, sur les troubles addictifs selon les critères de Goodman comparés aux troubles du comportement alimentaire (8):

Table 2 Comparison of eating disorders and substance-related disorders on personality measures and Goodman's addictive disorder criteria

	R-AN (N=68)	P-AN (N=42)	BN (N=66)	SRD (N=48)	Controls (N=201)	Statistics [†] F (p)
Sociodemographics						
Age (M ± SD)	22.8 (5.9)	22.9 (4.5)	24.1 (4.7)	25.1 (4.9)	23.0 (4.9)	2.22 (NS)
Education (bachelor's degree) (N, %)	63 (94%) ¹	42 (100%) ²	61 (96%) ³	32 (73%) ^{1,2,3,4}	195 (97%) ⁴	55.3 (<0.001)
Living in couple (N, %)	6 (9%)	9 (21%)	18 (28%)	13 (29%)	50 (25%)	8.3 (NS)
Unemployed (N, %)	8 (12%)	3 (7%)	2 (3%)	7 (16%)	13 (6%)	7.2 (NS)
Clinical characteristics						
BMI (M ± SD)	14.6 (1.9) ¹	15.8 (2.2) ²	21.5 (3.9) ^{1,2}	21.0 (3.2) ^{1,2}	21.4 (2.8) ^{1,2}	96.4 (<0.001)
Inpatient (N, %)	52 (76%)	23 (56%)	11 (17%)	18 (41%)	-	48.39 (<0.001)
Onset of illness (M ± SD)	19.2 (6.7)	18.4 (5.7)	20.0 (6.5)	22.0 (8.3)	-	2.32 (NS)
Duration of illness (M ± SD)	4.8 (5.5)	4.9 (4.6)	5.8 (4.9)	5.9 (3.4)	-	0.69 (NS)
Binge-eating behaviours (N, %)	3 (4.5) ^{1,2}	30 (71.4) ^{1,3}	66 (100) ^{2,3}	-	-	125 (<0.001)
Purging behaviours (N, %)	2 (3.1) ^{1,2}	33 (78.6) ^{1,3}	66 (100) ^{2,3}	-	-	134 (<0.001)
Clinical Global Impression (M ± SD)	5.1 (0.9) ¹	5.2 (1.0) ²	4.3 (1.1) ^{1,2}	4.7 (1.1)	-	8.79 (<0.01)
Beck Depression Inventory (M ± SD)	13.0 (7.1) ^{1,2}	15.2 (6.4) ^{3,4,5}	11.4 (6.3) ^{3,6}	8.6 (5.3) ^{1,4,7}	3.1 (3.8) ^{2,5,6,7}	83.7 (<0.001)
Personality measures						
MMPI Addiction Potential Scale (M ± SD)	55,6 (8.5) ^{1,2}	56,1 (8.0) ^{3,4}	57,4 (9.9) ⁵	62,4 (10.0) ^{1,3,6}	50,4 (9.2) ^{2,4,5,6}	20.0 (<0.001)
Sensation Seeking Scale (M ± SD)	16,0 (5.9) ^{1,2,3}	20,0 (5.7) ^{1,4}	20,2 (6.3) ^{2,5}	25,3 (4.9) ^{3,4,5,6}	18,0 (6.3) ⁶	16.3 (<0.001)
Goodman's addictive disorder (N, %)	24 (35%) ^{1,3}	20 (48%)	43 (65%) ¹	29 (60%) ³	-	13.9 (0.003)

T-scores above 65 are considered pathological. Results of the comparisons for Addiction Potential Scale and Sensation Seeking Scale are adjusted on Beck Depression Inventory scores. Significant differences between groups are indicated by the same superscripted numbers. MMPI scores are presented as T-scores.

R-AN, restricting anorexia nervosa; P-AN, purging anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; SRDs, substance-related disorders; NS, not significant; BMI, body mass index; MMPI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

[†]χ² or analysis of variance with Bonferroni correction.

Table 3 Percentage of individuals meeting Goodman's addictive disorder criteria according to eating disorder subtypes

Criteria	R-AN	P-AN	BN	SRD	Statistics [†]	Group differences *
	(N=68)	(N=42)	(N=66)	(N=48)	χ^2	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	F (p <)	
A. Recurrent failure to resist impulses to engage in a specified behaviour.	56 (82%)	41 (98%)	62 (94%)	41 (85%)	8.71 (0.03)	R-AN < P-AN
B. Increasing sense of tension immediately prior the initiation of behaviour.	47 (69%)	38 (90%)	59 (89%)	35 (73%)	10.8 (0.02)	R-AN < P-AN/BN
C. Pleasure or relief at the time of engaging in the behaviour.	50 (73%)	29 (69%)	55 (83%)	42 (87%)	6.45 (0.09)	-
D. A feeling of a lack of control while engaging in the behaviour.	40 (59%)	37 (88%)	64 (97%)	37 (77%)	32.1 (0.001)	R-AN < P-AN/BN/SRD
E. At least five of the following:	56 (82%)	37 (88%)	53 (80%)	41 (85%)	1.32 (0.72)	-
1. Frequent preoccupation with the behaviour or preparatory activities	53 (78%)	39 (93%)	49 (74%)	36 (75%)	3.75 (0.18)	-
2. Frequent engaging in the behaviour to a greater extent or over a longer period than intended	48 (71%)	32 (76%)	44 (67%)	35 (73%)	1.24 (0.74)	-
3. Repeated efforts to reduce, control or stop the behaviour	48 (71%)	35 (83%)	55 (83%)	36 (75%)	4.16 (0.24)	-
4. A great deal of time spent in activities necessary for the behaviour, engaging in the behaviour or recovering from its effects	48 (71%)	29 (69%)	42 (64%)	31 (65%)	0.94 (0.81)	-
5. Frequent engaging in the behaviour when expected to fulfil occupational, academic, domestic or social obligations	40 (59%)	25 (59%)	41 (62%)	21 (44%)	4.33 (0.23)	-
6. Important social, occupational or recreational activities given up or reduced because of the behaviour	<u>57 (84%)</u>	31 (72%)	41 (62%)	37 (77%)	8.51 (0.04)	R-AN > BN
7. Continuation of the behaviour despite knowledge of having a persistent or recurrent social, financial, psychological or physical problem that is caused or exacerbated by the behaviour	62 (91%)	36 (86%)	53 (80%)	40 (83%)	3.33 (0.34)	-
8. Tolerance: need to increase the intensity or frequency of the behaviour in order to achieve the desired effect or diminished effect with continued behaviour of the same intensity.	34 (50%)	19 (45%)	32 (48%)	40 (93%)	19.0 (0.00)	R-AN/P-AN/BN > SRD
9. Restlessness or irritability if unable to engage in the behaviour	59 (87%)	34 (81%)	56 (85%)	44 (92%)	6.98 (0.07)	-
F. Some symptoms of the disturbance have persisted for at least 1 month or have occurred repeatedly over a longer period of time.	63 (93%)	42 (100%)	65 (98%)	42 (87%)	6.41 (0.09)	-
Diagnosis of addictive disorder	24 (35%)	20 (48%)	43 (65%)	29 (60%)	13.9 (0.003)	R-AN < BN/SRD

R-AN, restricting anorexia nervosa; P-AN, purging anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; SRDs, substance-related disorders.

[†] χ^2 -test followed by Fisher's exact test between groups.

* $p < 0.05$.

Ces tableaux nous montrent les similitudes entre les troubles du comportement alimentaire, quel que soit le sous type du trouble (R-AN : anorexie restrictive, P-AN : anorexie purging-type, BN : boulimie) et la prise de substance addictive (SRD). Dans le premier tableau, les patients présentant des troubles du comportement alimentaire présentent, à de plus ou moins hauts degrés, des scores plus élevés pour les traits de personnalité addictive que le groupe contrôle.

Dans le deuxième tableau, l'accent est mis sur les critères de Goodman. On observe que le critère E: 6 (activités sacrifiées du fait du comportement) est prépondérant pour l'anorexie restrictive (1^e colonne).

Les addictions offrent aussi une parenté avec les conduites à risque, et la recherche de sensations, qui est un trait de personnalité.

Un des problèmes posés par l'addiction réside dans ses rapports avec les autres troubles présents chez le sujet : l'addiction est-elle primaire, symptomatique d'une autre affection ou associée à une autre pathologie (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité...).

La dépendance à une substance, est évaluée expérimentalement assez facilement, cependant il n'existe pas les mêmes dispositifs concernant les addictions sans drogue ; se posent les questions des frontières entre normal et pathologique.

Brusset écrit dans l'un de ses ouvrages, « Psychopathologie de l'anorexie mentale » que « le processus addictif a des conditions externes et internes d'apparition, des facteurs évolutifs et des risques propres qui sont à la fois communs à toutes les addictions et propres au type d'addiction dont il s'agit ».(9)

C'est-à-dire que les addictions ont un socle commun, mais que selon les vulnérabilités de l'individu, et la substance ou le comportement utilisé, les présentations cliniques peuvent être extrêmement variées.

Concernant l'anorexie mentale, il parle d'excitation paradoxale du jeûne, qui entraîne une production intracérébrale d'endorphine, évoquant le terme de toxicomanie endogène.

Dans ces troubles, s'entremêlent donc des facteurs psychologiques individuels, biologiques, environnementaux...

Concernant la fonction du symptôme addictif de l'anorexie mentale, P.Jeammet écrit :
« Telle une drogue, le comportement anorexique peut alors acquérir une fonction thérapeutique pour la patiente(...), mais comme avec la drogue, cet effet thérapeutique n'est qu'un palliatif et ne résout aucun des problèmes sous-jacents(...) A partir du moment où cette fonction est surinvestie, elle devient un lien privilégié de cristallisation des conflits ».

« Dès qu'elle se sentiront en difficultés, certaines adolescentes auront tendance à recourir à ce comportement qui s'autorenforce et réorganise peu à peu toute la personnalité »(10)

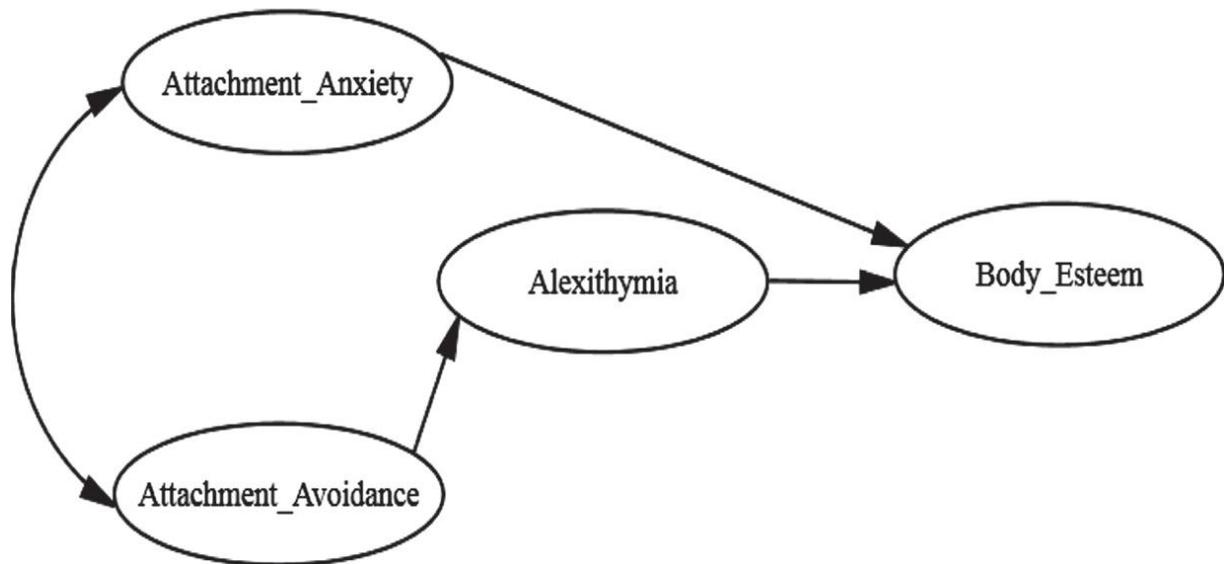
Le symptôme addictif, a certainement une fonction pour l'individu puisqu'il est maintenu malgré ses effets pathologiques. Il est l'expression d'une vulnérabilité.

Il s'agirait d'une « défense contre des affects dépressifs non structurés, pressentis dangereux (...), un sentiment de vide désorganisateur ».

Les différentes conduites addictives ont des points communs : début à l'adolescence, avec réactivation d'évènement de l'enfance, compulsivité avec obsessions idéatives, sentiment de manque ou de vide, impulsivité, substitution à l'objet humain d'une dépendance à un objet inanimé, disponible et manipulable, vécu de dépersonnalisation, culpabilité, dépressivité, maintien de la conduite malgré les effets délétères, faille narcissique, structuration psychique précaire, actes anti-éprouvé et anti-pensée, mécanismes neurobiologiques de dépendance similaires et fréquence des co-addictions dans l'évolution.(11)

Dans les troubles du comportement alimentaire, il y a apparition d'une dépendance au comportement, avec un besoin irrépessible d'aller toujours plus loin dans la restriction. Puis, le comportement devient de plus en plus mécanique, comme une accoutumance, et apparaît un besoin de sensations violentes pour se sentir exister et non pour éprouver du plaisir, ainsi qu'un contrôle de la distance relationnelle, associé à une dimension alexithymique importante où les patientes ne savent pas identifier et décrire les émotions. Un article récent, a mis en évidence un lien entre un attachement insécure dans l'enfance, l'alexithymie et l'estime de soi chez des patientes avec des troubles du comportement alimentaire.(12)

La pathologie du lien et des relations y est mise en avant.



Modèle relationnel issu de l'article « Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders », Eating Behaviors, 2013.

L'attachement anxieux est directement et négativement lié à l'estime de soi, et est associé à des symptômes plus sévères chez les patientes ayant des troubles du comportement alimentaire.

L'alexithymie n'expliquerait pas la relation entre l'attachement anxieux et l'estime de soi, mais celle entre l'attachement évitant et l'estime de soi.

L'attachement inséure, se manifesterait par une insécurité dans les relations sociales, et une insatisfaction de son aspect corporel.

Ce modèle actuel de l'alexithymie, vise à encourager les cliniciens à travailler en psychothérapie, les représentations relationnelles, et les stratégies de régulation affective, afin de recréer une base sécuritaire.

Concernant le modèle addictif des troubles du comportement alimentaire, une question reste importante : comment ce qui était- dans une conduite à risque active, volontaire, assumée plus ou moins consciemment et démonstrative dans l'auto-destruction- devient-elle une conduite mortifère, stéréotypée, de dépendance dénuée de sens ?

Ce modèle de dépendance tente de contrôler des états anxieux, des angoisses psychotiques destructurantes, des angoisses paniques et phobiques, des états dépressifs, voir mélancoliformes. L'adolescent s'impose cette conduite pour se dégager de l'ennui mortel ou du vide. Elle a pour but, de lui fournir une identité de substitution. « Ainsi , le bruit et la fureur de l'acte sont à la mesure du risque de désorganisation, mais aussi d'immobilisation ». (13)

Nous revenons donc à la place du symptôme, qui entraîne un soulagement psychique (défense contre l'intrusion ou l'abandon de l'objet), des bénéfices relationnels secondaires, au prix d'une modulation du fonctionnement sur la durée, mettant en cause des mécanismes biologiques (bêta endorphines et activation dopaminergique) d'auto-renforcement.

Ceci entraîne une dépendance physique.

La mise en place de substituts relationnels (conduite addictive), permet à l'adolescent de reprendre le contrôle de ce qui risque de le déborder de l'intérieur en exerçant une emprise de plus en plus grande sur l'objet externe ou, à défaut, sur ce qui le remplace (l'objet addictif), en commençant par l'idéaliser.

L'aliment cherche donc à remplacer une relation interhumaine par un objet matériel perçu comme maîtrisable, renouvelable à volonté et donc indestructible.

Il a donc une utilité pour l'équilibre psychique et au maintien de la cohésion du Moi, mais il n'a pas d'autre fonction.

« Le comportement symptôme a ainsi une double valeur narcissique et objectale : objet primitif, « archaïque », asexué, toujours à la disposition du sujet dans une relation d'emprise réciproque et en même temps pare-excitation et enveloppe protectrice qui le met à l'abri des excitations tant internes qu'externes. »(13)

Ainsi, les conduites addictives renvoient à une pathologie majeure du narcissisme avec des angoisses archaïques autour desquelles va se structurer une organisation dépressive (favorisée par la chronicisation), témoignant d'une vulnérabilité de la personnalité. Cette vulnérabilité, lorsqu'elle rencontre d'autres déterminants (biologiques...), et qu'il n'existe pas d'étayage suffisamment bon, peut être à l'origine des conduites addictives. S'en suit, toute une série d'aménagements, chez l'individu, favorisant une stabilité identitaire, qui reste toujours transitoire.

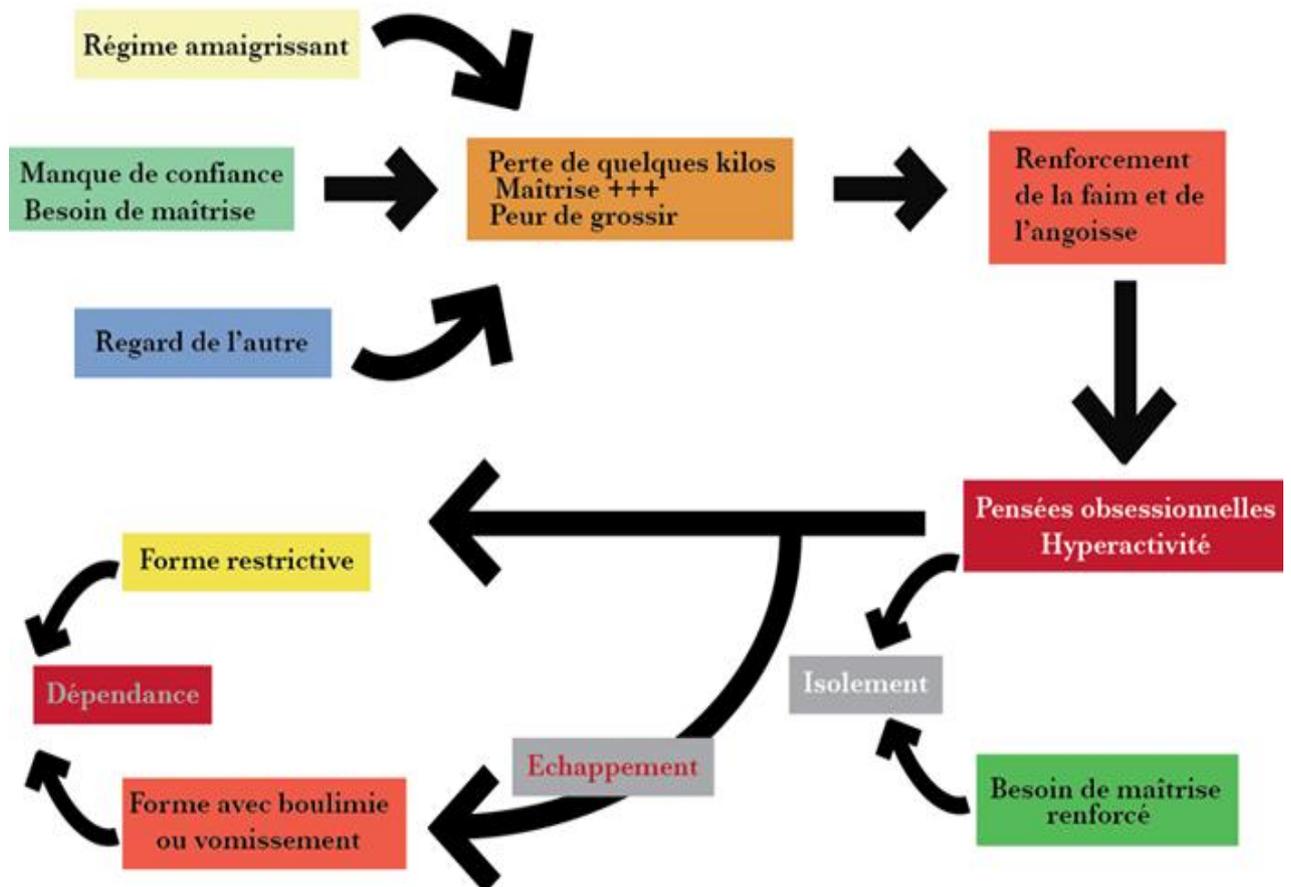
Toute conduite addictive, constitue une attaque et une auto-destructivité du corps, où la partie de soi attaquée ou rejetée apparaît toujours être une partie désinvestie par les parents ou surinvestie et parasitée par leur problématique.

Le symptôme, dans le système familial, vient sanctionner la non résolution d'anciens conflits, qui empêche le processus d'identification de l'adolescent, et l'enferme dans un mode d'expression symptomatique marqué par la rupture, face à une famille, restant incompréhensive face à ce symptôme qui lui est pourtant directement adressé.

Il s'agit là d'une adaptation des systèmes de régulation du relationnel, à l'origine d'un grave rétrécissement existentiel, aggravant la dimension alexithymique que nous avons évoquée précédemment. Les patients se retrouvent enfermés dans leur conduite qui devient de plus en plus ritualisée, et obsessionnalisée, mettant tout le système familial au service du symptôme, l'entourage social s'amenuisant en même temps que la progression de l'amaigrissement. En effet, le risque d'une chronicisation, outre les complications somatiques, est celui d'un appauvrissement majeur du relationnel.

Nous terminerons cette première partie sur ce schéma explicatif et synoptique des grands mécanismes de l'anorexie mentale.

MECANISMES DANS L'ANOREXIE MENTALE



(Illustration disponible : <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-84-mecanismes-des-troubles-alimentaires.htm>)

Après ce survol historique du trouble, nous allons passer à la deuxième partie de ce travail, en exposant les comorbidités rencontrées lors de l'anorexie mentale. En effet, il est fréquent que ce trouble ne soit pas isolé, et il est important de les prendre en charge simultanément.

II- Comorbidités psychiatriques associées à l'anorexie mentale

Nous avons pu constater dans la première partie, que dès les premières descriptions cliniques, se posait la question du côté primaire ou secondaire de l'anorexie mentale.

Y a-t-il une autre pathologie psychiatrique sous-jacente, ou même associée ?

Certains cas, par exemple, rapportaient des symptômes conversifs, évoquant un diagnostic d'hystérie, associés aux signes d'anorexie mentale. D'où, l'apparement de l'hystérie au diagnostic d'anorexie mentale à l'époque de Lasègue, comme approche compréhensive du trouble. Il en a été de même pour l'approche mélancolique avancée par S.Freud.

Il n'est pas aisé de faire la part des choses entre une comorbidité, ou une pathologie psychiatrique faisant le lit de troubles du comportement alimentaire, telle l'anorexie mentale. Cependant, certaines études ont tenté de faire des liens avec la chronologie d'apparition des troubles.

En outre, certains symptômes somatiques apparaissant avec l'évolution chronique du trouble anorexie mentale, telle la dénutrition, peuvent aggraver certains troubles psychiques, telle une dépression ; et réciproquement.

Les symptômes peuvent être à la fois cause et effet.

A l'époque actuelle, il n'est pas rare du tout de voir plusieurs diagnostics co-exister avec un trouble du comportement alimentaire.

Il est important de savoir les repérer et les prendre en charge spécifiquement, car ils peuvent être de mauvais pronostic pour la maladie anorexique.

Dans cette deuxième partie, seront abordées les principales comorbidités associées à l'anorexie mentale, qu'elles soient de l'axe I (pathologie psychiatrique avérée, comme un état dépressif majeur) ou de l'axe II (troubles de la personnalité) du DSM, ainsi que des co-addictions.

Table 1. Axis I (lifetime) and axis II disorders in total sample and by ED diagnosis

	Total sample n = 248		AN n = 77		BN n = 137		EDNOS n = 34	
	%	n	%	n	%	n	%	n
<i>Axis I lifetime</i>								
Any Axis I disorder	71	177	77	59	74	101	50	17
Two or more Axis I disorders	44	110	53	41	46	63	18	6
Affective disorder	50	124	→ 53	41	52	71	35	12
Substance-related disorder	22	55	→ 22	17	26	36	6	2
Anxiety disorder	52	128	→ 62	48	51	70	29	10
Other	2	5	1	1	3	4	–	–
<i>Axis II</i>								
Any Axis II disorder	68	168	71	55	69	94	56	19
Disorders in more than one cluster ¹	31	77	36	28	30	41	24	8
Cluster A: odd-eccentric	8	20	9	7	9	12	3	1
Cluster B: dramatic-emotional-erratic	23	58	16	12	29	40	18	6
Cluster C: anxious-fearful	52	130	→ 61	47	48	66	50	17
Depressive personality disorder ²	23	57	27	21	23	31	15	5
Negativistic personality disorder ²	5	12	5	4	6	8	–	–
<i>Axes I and II combined</i>								
No comorbidity	17	42	13	10	15	20	35	12
Only Axis I	15	38	16	12	17	23	9	3
Only Axis II	12	29	10	8	12	16	15	5
Axes I and II comorbidity	56	139	61	47	57	78	43	14

¹ Depressive and negativistic personality disorders were combined into a cluster.

² DSM-IV Appendix B disorders for further study.

(14)

Concernant l'anorexie mentale, dans cette étude concernant 248 patientes, 77% présentent au moins un trouble de l'axe I. Les troubles de l'humeur (53%) et les troubles anxieux (62%) sont les plus fréquemment rencontrés.

71% présentent un trouble de la personnalité dans au moins un cluster de personnalité.

Le cluster C (personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive...) est retrouvé dans 61% des cas d'anorexie mentale.

Il est à noter que les études ayant cherché à mettre en avant la co-occurrence de pathologies sont à interpréter avec attention car les résultats sont parfois hétérogènes, et qu'il peut exister certains biais (15):

- Certaines études se font sur de petits échantillons, ce qui rend moindre la significativité des résultats.

- Les instruments diagnostics utilisés ne sont pas forcément les mêmes d'une étude à une autre, et d'une époque à une autre. Ainsi, les critères diagnostics ne sont pas exactement les mêmes, ce qui peut expliquer certaines différences de prévalence.
- Les intervalles de confiance des résultats sont rarement donnés.
- Les patients refusant de participer à l'étude, constituent un possible biais de sélection.
- L'inclusion à la fois d'hommes et de femmes, sans différencier les résultats (les troubles du comportement alimentaire étant plus fréquent chez les femmes et moins bien décrits chez les hommes).
- Les études n'incluent pas toutes des groupes témoins, appariés pour l'âge et le statut socio-économique, afin de réaliser une comparaison avec la population générale. De plus, certaines pathologies peuvent dépendre de l'âge.

Après cette introduction, nous pouvons passer aux comorbidités les plus fréquemment décrites, associées plus spécifiquement à l'anorexie mentale, en commençant par les troubles de l'humeur.

a) Les troubles de l'humeur :

La fréquence importante des troubles de l'humeur, chez les personnes souffrant de trouble du comportement alimentaire a été décrite. Elle varie de 31% à 88.9% chez celle souffrant d'anorexie mentale(15). Mais dans la mesure où les troubles de l'humeur (et majoritairement la dépression) sont l'un des troubles psychiatriques les plus fréquent chez les femmes, il est difficile de dire si ceux-ci sont plus fréquents chez celles souffrant de trouble du comportement alimentaire.

De plus, les patients soignés, représentés dans les études, ne représentent pas l'ensemble des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

A noter que les troubles de l'humeur sont les comorbidités les plus fréquentes, rencontrées chez les adolescents présentant des troubles du comportement alimentaire.(16)

Ils sont représentés, dans cette étude récente à hauteur de 34.5%, suivi par les troubles anxieux (10.8%).

Table 3 Current and premorbid psychiatric disorders according to DSM-IV ('premorbid' defines the time before onset of the eating disorder)

	Current <i>n</i> (%)	Premorbid <i>n</i> (%)
affective disorders	→ 51 (34.5)	9 (6.1)
major depressive disorder	47 (31.8)	9 (6.1)
dysthymia	7 (4.7)	0
anxiety disorders	16 (10.8)	12 (8.1)
social phobia	10 (6.8)	0
generalized anxiety disorder	1 (0.7)	0
obsessive-compulsive disorder	5 (3.4)	6 (4.1)
specific phobia	1 (0.7)	2 (1.4)
childhood anxiety disorder	0	5 (3.5)
others	2 (1.4)	2 (1.4)
attention hyperactive deficit disorder	2 (1.4)	0
adjustment disorder	0	1 (0.7)
acute alcohol intoxication	0	1 (0.7)
no diagnosis	78 (58.8)	124 (83.8)

(16)

Dans un article de 2005 de Godart et al, est faite une revue de la littérature sur les comorbidités troubles alimentaires et troubles de l'humeur (15). Nous nous pencherons plus particulièrement sur l'anorexie mentale restrictive :

- Concernant le diagnostic d'au moins un trouble de l'humeur (dépression majeure, trouble bipolaire,...) :

La prévalence vie entière, dans des échantillons cliniques est évaluée à 40% et 38.1% dans 2 études, chez les anorexies mentales restrictives. Dans les études de suivi de sujets anorexiques, la prévalence vie entière des troubles de l'humeur a été estimée de 64.1% à 96%.

- Concernant le diagnostic de trouble dépressif majeur :

En population clinique, la prévalence vie entière de dépression majeure chez les anorexies restrictives, est rapportée entre 9.5% pour des patients suivis en ambulatoire et 64.7% pour des patients demandeurs de soins.

La prévalence vie entière a été trouvée significativement plus élevée chez les anorexies restrictives que chez les sujets témoins.

-Concernant le trouble bipolaire :

La fréquence de ce trouble a été rarement évaluée.

Dans les échantillons cliniques, aucun cas n'a été retrouvé chez les anorexies restrictives.

-Concernant le trouble dysthymique :

Les estimations varient pour les anorexies restrictives, de 10% de 62 sujets, 28.6% de 21 sujets, et 92.9% de 14 sujets.

-Concernant le trouble cyclothymique :

Une seule étude en population clinique d'anorexie restrictive, n'a pas trouvé de cas de trouble cyclothymique.

Dans cet article, les auteurs concluent à une absence de différence de prévalence des troubles de l'humeur dans les sous-groupes d'anorexie (restrictive pure, et boulimique : purging-type).

En outre, dans cette revue de la littérature sur les troubles du comportement alimentaire, toutes les prévalences observées sont plus élevées.

En revanche, la comorbidité importante observée dans les échantillons cliniques ne reflète pas la comorbidité entre les troubles du comportement alimentaire en général et la dépression. Les patients ayant recours aux soins, ne représentent pas du tout la prévalence totale d'un trouble quel qu'il soit, ni sa représentation clinique, qui est souvent à un stade plus avancé de la pathologie.

Quant à la chronologie d'apparition des troubles, ils constatent qu'au moins un trouble de l'humeur précède le début de l'anorexie, dans 25% des cas.

Cependant, il est fait mention des précautions à prendre dans l'interprétation des résultats de telles études, de par les biais potentiels, que nous avons évoqués dans l'introduction de cette deuxième partie.

De plus, il est bien connu, que la dénutrition peut causer ou entretenir des dysfonctionnements cérébraux tels des symptômes dépressifs. D'où la complexité d'interprétation de cette comorbidité.

Une longue évolution de la maladie complique les tentatives de faire la part des choses concernant les comorbidités psychiatriques : étaient-elles présentes avant le trouble du comportement alimentaire, sont-elles survenues pendant ou après l'apparition du trouble ? Dans tous les cas, il est important de faire le diagnostic d'une comorbidité, tel un épisode dépressif majeur, pour le traiter spécifiquement et rapidement, afin d'améliorer ainsi le pronostic du trouble alimentaire, qui s'en trouve aggravé .

b) Idéations suicidaires et tentative de suicide :

Parallèlement, les troubles de l'humeur peuvent entretenir une certaine vulnérabilité, et entraîner la présence d'idéations suicidaires ou de passage à l'acte ; d'où l'importance de les prendre en charge.

En effet, le suicide est une cause importante de mortalité chez les anorexiques.

L'étude sur les comorbidités psychiatriques chez les adolescentes présentant le diagnostic d'anorexie mentale (16), a démontré ce lien :

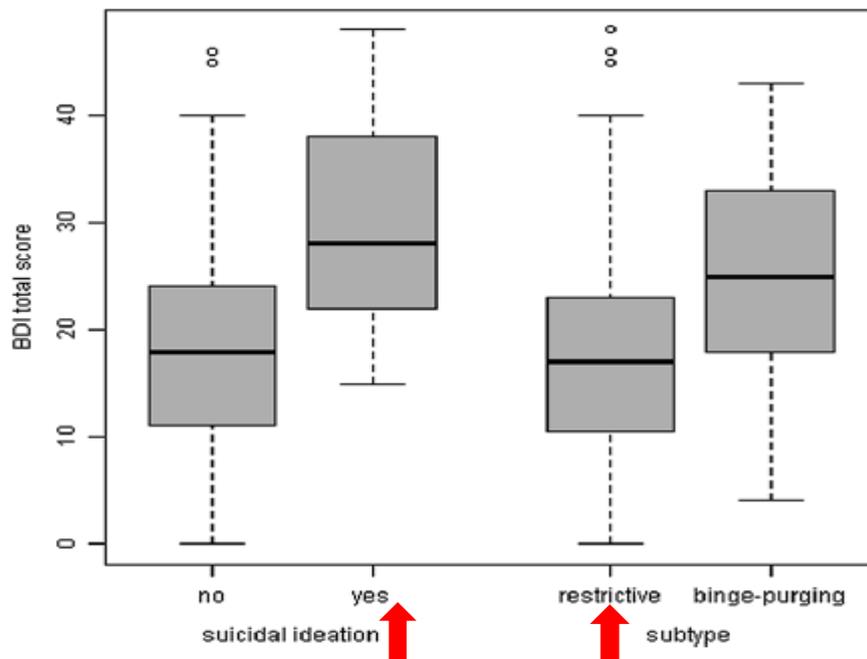


Figure 2 Association between BDI (Beck Depression Inventory 2) total score, suicidality and anorexia nervosa subtype in adolescent patients with AN

(16)

Il existe une forte relation entre les idées suicidaires et la sévérité des symptômes dépressifs, représentés ici par les scores à l'échelle Beck Depression Inventory 2.

A noter que la symptomatologie dépressive et suicidaire, n'est pas la même selon les sous-types d'anorexie, et qu'elles sont moins élevées pour l'anorexie restrictive que boulimique.

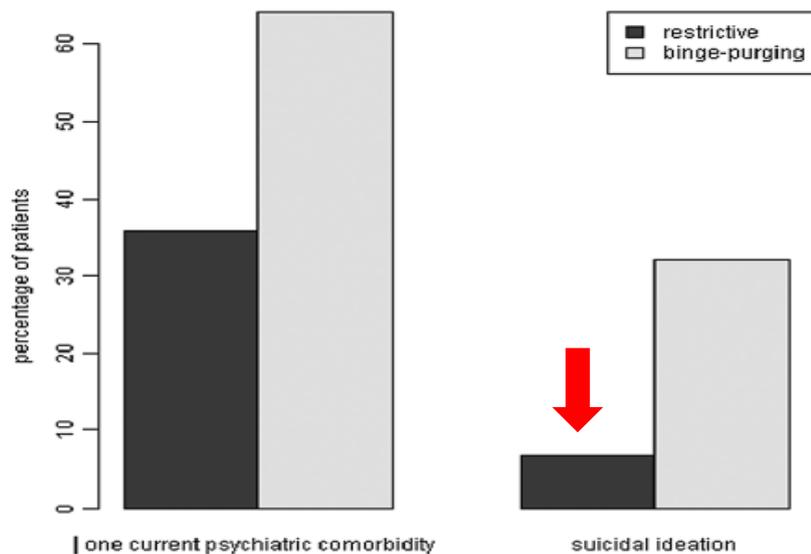


Figure 1 Association between subtype of anorexia nervosa (AN), the presence of at least one current psychiatric comorbidity and suicidal ideation in adolescent patients with AN ($n = 148$ adolescent patients with first-onset AN) (16)

Nous voyons qu'il existe fréquemment une comorbidité psychiatrique (quelle qu'elle soit) chez les adolescentes anorexique, associée à des idéations suicidaires, qui sont moins fréquentes chez les anorexiques restrictives que boulimiques.

Sur 148 patientes, 11.5% ont rapporté des idéations suicidaires et 4.1% des passages à l'acte auto-agressifs avec ou sans intentionnalité suicidaire.

Chez ces patientes, 16.2% présentaient une comorbidité psychiatrique pré-existante au trouble du comportement alimentaire.

D'où le questionnement qui peut se poser, sur l'éventuelle continuité d'un état vulnérable vers un trouble du comportement alimentaire.

c) Les troubles anxieux :

Evoquons maintenant une autre comorbidité psychiatrique fréquemment rencontrée chez les anorexiques, les troubles anxieux.

En effet, les prévalences des troubles anxieux sont généralement 2 à 3 fois plus importantes chez les patients souffrants de troubles du comportement alimentaire qu'en population générale, même si parmi celle-ci, chez les femmes, les troubles anxieux sont l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents.

En outre, dans la majorité des cas, la survenue du trouble anxieux précède la survenue d'un trouble du comportement alimentaire. (17)

Cette fréquence implique une prise en charge adaptée et concomitante des deux troubles.

La prévalence, vie entière, d'au moins un trouble anxieux chez les anorexiques varie de 23% à 75%. (18)

On peut donc se poser la question d'une prédisposition individuelle, d'une vulnérabilité au développement du trouble alimentaire.

Parmi les troubles anxieux, les plus fréquemment rencontrés sont les troubles obsessionnels-compulsifs et la phobie sociale.

Dans un article de Godart et al,(17) est évaluée la présence de six troubles anxieux suivants : anxiété généralisée, agoraphobie, trouble panique, phobie simple, phobie sociale, les troubles obsessionnels compulsifs, et l'anxiété de séparation chez une population d'anorexiques et de boulimiques. Il est bien précisé que les anorexiques sont restrictives.

Prévalence sur la vie et âge de début des troubles anxieux et du trouble anxiété de séparation chez les sujets AN* ou BN**

Diagnostic sur la vie	AN (n = 29)	BN (n = 34)	AN (n=29) âge de début	BN (n = 34) âge de début
	N (%)	N (%)	M ± SD (Intervalle)	M ± SD (Intervalle)
Au moins un trouble anxieux	24 (83 %)	24 (71 %)	-	-
Phobie sociale	16 (55 %) 	20 (59 %)	11,1 ± 4,9 (4-19)	10,3 ± 5,6 (2-22)
Phobie simple	13 (45 %)***	7 (21 %)	8,0 ± 5,4 (2-20)	5,7 ± 2,0 (4-10)
Trouble anxiété généralisée	7 (24 %)	8 (23 %)	16,7 ± 3,1 (12-22)	16,9 ± 4,0 (12,37)
Trouble panique	10 (34 %)	5 (15 %)	13,5 ± 4,0 (6-20)	21,4 ± 9,5 (12-37)
Trouble panique et agoraphobie	2 (7 %)	3 (9 %)	2,0 ± 7,1	21,7 ± 4,5 (17-26)
Agoraphobie	1 (3 %)	2 (6 %)	9,0	18,0 ± 0 (18-18)
Trouble obsessionnel compulsif	6 (21 %)***	0	14,0 ± 6,7 (3-20)	-
Trouble anxiété de séparation	19 (65 %)	17 (50 %)	-	-
Possible	14 (48 %)	12 (35 %)	-	-
Définie	5 (17 %)	5 (15 %)	-	-

*AN = anorexie mentale ; **BN = boulimie nerveuse ; ***p < 0,05 comparaison avec BN

(17)

La phobie sociale est le trouble anxieux ayant la prévalence la plus élevée.

Les autres troubles fréquents sont la phobie simple (45%), le trouble panique (34%),

l'anxiété généralisée (24%), le trouble obsessionnel compulsif (21%).

L'étude d'antécédent de trouble anxieux de séparation dans l'enfance est particulièrement intéressante chez les anorexiques, car on peut remarquer qu'il est très fréquemment retrouvé.

En ce qui concerne la chronologie d'apparition des symptômes, pour 75% des anorexiques, au moins un trouble anxieux s'est présenté avant le début de leur trouble alimentaire.

Nombre de troubles anxieux sur la vie chez les AN et les BN

	AN (n = 29) N (%)	BN (n = 34) N (%)
Pas de trouble anxieux	5 (17 %)	10 (29 %)
Un trouble anxieux	8 (28 %)	12 (35 %)
Deux troubles anxieux	4 (14 %)	6 (18 %)
Trois troubles anxieux	8 (28 %)	3 (9 %)
Quatre troubles anxieux	4 (14 %)	3 (9 %)

AN = anorexie mentale ; BN = boulimie nerveuse ; AN comparés à BN :
NS

(17)

Il est intéressant de constater que la plupart des anorexiques présentaient plus d'un trouble anxieux comorbide. En effet, seulement 17% d'entre elles n'en présentaient aucun et 14%, en associaient quatre.

En outre, 62% des patients ayant un trouble anxieux comorbide, avaient au moins une pathologie anxieuse qui a précédé le début de leur trouble alimentaire.

Dans un autre article présentant une revue de la littérature des comorbidités anxieuses associées aux troubles du comportement alimentaire, nous pouvons extraire les données suivantes d'un tableau (18):

Dans une étude américaine de Halmi et al. (2003), il existe 68% de trouble obsessionnel-compulsif, vie entière, chez les anorexies restrictives.

Dans une autre étude, japonaise, de Matsunaga et al. (1999), 40% des anorexies restrictives ont présenté un trouble obsessionnel-compulsif (après avoir exclu les symptômes obsessionnel-compulsifs typiques des troubles alimentaires). Il est précisé que cette comorbidité est associée à des symptômes plus sévères du trouble alimentaire.

Table 3. Summary of research papers investigating AN and AD comorbidity

Reference & country	Subject	N	Diagnostic criteria & instruments	Summary of results	Limitations of research
Halmi et al. (1991) USA	AN	62	DSM-III-R; DIS;	AN:SP33.9%; OCD25.8%; AG14.5%;	No specific ED diagnostic instrument; No Ax PTSD
	NC	62	RDC-FH	Ph12.9%;PD8.1% NC:Ph14.5%; PD8.1%; OCD6.5%; AG3.2%; SP3.2% Higher lifetime AG in AN vs NC	
Halmi et al. (2003) USA	ANR	147	DSM-IV; SIAB; YBOCS	AN-R: 68% lifetime OCD	Modified criteria for AN; Sample may not be representative (family cases)
	ANBP OCD	177 116		AN-BP: 79.1% lifetime OCD	
Herpertz-Dahlmann et al. (1996) Germany	AN	34	DSM-III-R; Morgan	SP21%; Ph17.6%; PD11.8%; AG5.9%;	Standardised measures not used at each time period; Small sample size and varying ages of sample; No control group; Males and females included
	adolescents		Russell; SIAB-P; CID-I; BDI; ANIS; SCL-90	OCD0% 12% of sample had obsessive compulsive behaviour without meeting DSM-III criteria for OCD	
Matsunaga et al. (1999) Japan	ANR	53	DSM-III-R; DSM-IV;	40% met criteria for OCD after excluding	Small sample size; No specific ED diagnostic instrument
	OCD	23	MAS for AD; SDS; SCID-II; SCID-P	OC symptoms typical of ED; Comorbid OCD assoc with more severe ED symptoms	
Pollice et al. (1997) USA	AN	48	DSM-III-R; HRSD; BDI;	Anxiety and obsessionalism most severe in	Small sample; Mixed longitudinal and cross sectional design; No specific ED diagnostic instrument
	NC	18	HARS; STAI; YBOCS; YBOCS-ED	underweight state, symptoms reduced after short term and long term weight restoration	
Råstam et al. (1995) Sweden	AN	51	DSM-III-R; SCID-II	Sig more AN subjects (31%) met criteria for	PTSD not assessed; No specific ED diagnostic instrument
	NC	51		lifetime OCD compared with NC (8%). 20% of the AN group continued to meet OCD diagnosis at follow up compared with 6% of NC. Other than OCD there was No sig diff b/w AN and NC in AD prevalence	

Les troubles obsessionnel-compulsifs (TOC):

Une relation entre l'anorexie mentale et les TOC a bien été démontré.

En général , ceux-ci précèdent le trouble alimentaire, suggérant ainsi qu'ils pourraient être un facteur de risque d'un trouble du comportement alimentaire.

Ces deux pathologies ont également beaucoup de points communs, ce qui pourrait être le reflet d'éléments neurobiologiques, génétiques, ou psychologiques communs à la base.

C'est pour cela qu'il faut bien distinguer les comportements obsessionnel-compulsifs et rituels typiquement retrouvés dans les troubles du comportement alimentaire en ce qui concerne la nourriture, le poids..., d'autres comportements faisant la distinction avec un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif.

En effet, de nombreuses anorexiques ont des symptômes obsessionnels ou compulsifs, sans lien avec l'alimentation (rituels de lavage, vérifications...).

Comme pour les symptômes dépressifs, la perte de poids avec dénutrition aggraverait également la symptomatologie obsessionnelle et compulsive.

La phobie sociale :

De nombreuses études montrent que la phobie sociale est fréquente chez les patients ayant un trouble du comportement alimentaire.

Le syndrome de stress post traumatique :

Un traumatisme est considéré comme un facteur de risque non spécifique de développer un trouble du comportement alimentaire, donc un stress psychologique peut déclencher sa survenue, sans qu'il en soit directement la cause.

Concernant l'agoraphobie, le trouble panique, les phobies, et le trouble anxieux généralisé, les résultats sont variables.

En conclusion, il faut retenir que les troubles anxieux sont significativement plus fréquents chez les patients avec troubles alimentaires que dans la population générale.

d) La schizophrénie :

Il est difficile de poser le diagnostic de schizophrénie chez des patients présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA), avec idées bizarres ou croyances erronées concernant l'alimentation ou l'image corporelle. (19)

En effet, le fait de se trouver gros alors que le poids est très faible, ou le fait de penser qu'un aliment n'est fait que de beurre et qu'il va se loger directement sur les cuisses après avoir été ingéré, sont des croyances auxquelles les anorexiques se raccrochent fréquemment.

L'entourage ne les partage pas du tout et peut même parfois penser qu'il s'agit d'idées délirantes, complètement coupées de la réalité, qui pourtant saute aux yeux.

L'anorexique perçoit « sa réalité », celle de son corps et de tout ce qui concerne l'alimentation.

Elle ne cherche pas à mentir, elle est persuadée de la véracité de ce à quoi elle croit ; d'où la difficulté à entrer en alliance avec les soins au début d'une prise en charge, qui souvent est vécue comme une trahison de la part de famille. L'anorexique se sent « persécutée » : « je vais bien, pourquoi est-ce qu'ils me posent toujours les mêmes questions, pourquoi ils me parlent toujours de mon poids, pourquoi est-ce qu'ils veulent m'hospitaliser...? »

L'anorexie mentale a déjà été rapprochée de la symptomatologie délirante du schizophrène par certains auteurs.

Ce qui peut impliquer l'exploration de nouvelles stratégies thérapeutiques.

En effet, il existerait des résultats sur l'action de la clozapine dans le traitement d'un trouble alimentaire : la potomanie réfractaire, chez les schizophrènes.

L'utilisation de l'olanzapine dans l'anorexie faciliterait la réalimentation et l'adhésion aux traitements, associées à une diminution des angoisses.

Mais qu'en est-il de la comorbidité entre TCA et schizophrénie ?

La prévalence de la schizophrénie dans une population de patients TCA varie selon les études, mais reste inférieure à 10%.(19)

En revanche, la prévalence des TCA chez les patients schizophrènes est assez peu connue.

Les troubles alimentaires chez les schizophrènes seraient quantitativement moins importants comparés aux patients répondant exclusivement à un diagnostic de TCA.

Les problématiques alimentaires les plus fréquemment retrouvées chez les schizophrènes sont la peur intense de devenir gros, et surtout les épisodes récurrents de « glotonnerie » et d'ingestion d'aliments hypercaloriques.

Les difficultés diagnostic résident dans le fait que pour les patients présentant des TCA, associés ou non à une schizophrénie, la présence d'idées irrationnelles concernant l'alimentation et le fonctionnement digestif, est constamment retrouvée.

Concernant l'image corporelle, il existe une altération de sa perception dans les « TCA purs » (surestimation de la corpulence), alors que les schizophrènes ont des perceptions plus altérées (visage déformé...), qui ne sont pas retrouvées dans l'autre cas.

e) **Co addictions :**

Des études ont démontré que les patients présentant des troubles du comportement alimentaire, présentaient souvent des consommations d'alcool et de substances illicites supérieures aux groupes témoins ou à la population générale.

L'abus ou la dépendance à une substance a été rapportée à plus de 23% chez les anorexiques.

L'alcool et les stimulants sont les produits les plus communément utilisés.(20)

De plus, dans la majorité des cas, la survenue du trouble alimentaire a précédé l'apparition d'une consommation de substance.

La relation entre les troubles alimentaires et la consommation de substance peut être appréhendée comme une prédisposition commune aux deux psychopathologies. (21)

L'hypothèse de traits de personnalité addictive, pourrait prédisposer à une poly-addiction.

Le trouble du comportement alimentaire étant considéré comme une addiction à des substances endogènes (endorphines...), et les abus de substance, comme des addictions à des substances exogènes.

Cependant cette hypothèse, n'est pas suffisante pour expliquer cette relation :

« la présence d'une personnalité addictive, une vulnérabilité partagée entre une addiction à une substance endogène ou exogène, une histoire familiale de consommation de substance, ainsi qu'une vulnérabilité aux stressors de l'adolescence, ont été proposées comme explication au développement des deux troubles, alimentaire et consommation de substances, et de leur fréquente comorbidité ».(21)

La consommation de drogue peut être à visée anxiolytique, en tant qu'auto médication, dans un contexte de troubles anxieux ou d'angoisses résultant du trouble alimentaire, ou les deux.

Cet article nous montre la répartition chez les adolescentes et chez les femmes, de mésusages de certains produits :

Table 2. Odds ratios (and 99% confidence intervals) for diagnoses of eating disorders and substance misuse in adolescent girls and women

Group	Adolescent girls (<i>n</i> = 672)		Women (<i>n</i> = 710)	
	Bulimic ED	Restricting ED	Bulimic ED	Restricting ED
Nicotine misuse	1.83 (.55, 6.11)	1.70 (.59, 4.85)	1.85 (.88, 3.90)	2.68 (.75, 9.58)
Alcohol misuse	1.99 (.55, 7.12)	1.60 (.50, 5.10)	2.78* (1.11, 7.03)	1.62 (.27, 9.68)
Illicit drug misuse	1.59 (.27, 9.30)	1.60 (.35, 7.29)	1.27 (.46, 3.46)	3.26 (.84, 12.81)

Note: Bulimic eating disorders (ED) = bulimia nervosa, binge eating disorder, or binge eating/purging type of anorexia nervosa; Restricting ED = restricting anorexia nervosa
* $p < .01$.

(20)

Chez les adolescentes, anorexiques restrictives, le risque relatif n'est pas significatif.

En revanche, les femmes, anorexiques restrictives, ont 2.68 fois plus de risques d'avoir un mésusage de tabac, et 3.26 fois plus de risques de présenter un mésusage de drogues illicites.

Les adolescentes présentant un trouble alimentaire, qu'il soit boulimique ou restrictif, ont plus de probabilités d'avoir une histoire de consommation de substance ou de dépendance au tabac.

Chez les femmes anorexiques restrictives, il a été remarqué une association avec une utilisation de tabac, d'alcool et de drogues, ainsi qu'avec un mésusage de drogues.

Il est souvent indiqué que les patients avec une symptomatologie boulimique, ont généralement plus de probabilité d'abuser de l'alcool ou d'autres drogues que ceux souffrant d'une symptomatologie anorexique restrictive.

En effet, cet autre article nous montre, la fréquence de consommation de produits parmi une population d'anorexiques restrictives, anorexiques purging-type, et boulimiques.

La recherche d'une association avec une histoire familiale de consommation d'alcool y est également faite.

Table 1. Subject details by eating disorder diagnostic subtype

		AN-R (n = 130)	AN-BP (n = 119)	AN-Cross (n = 122)	P	Eating disorder group differences
Sociodemographics						
Marital status (%)	Single	66.6	60.2	43	0.002	AN-Cross < AN-R = AN-BP
Education (%)	Primary	20.8	21.5	27.1	0.33	N.S
	Secondary	54.1	58.0	58.4		
	University	23.3	16.8	11.9		
Employment status (%)	Employed	31.1	30.5	47.4	0.02	AN-Cross > AN-R = AN-BP AN-BP > AN-Cross = AN-R AN-R > AN-Cross = AN-BP
	Unemployed	12.6	21.9	12.1		
	Student	34.5	25.7	27.6		
Age (years)	Mean ± SD	24.12 ± 6.19	24.85 ± 5.59	25.38 ± 5.36	0.22	N.S
Clinical features						
Age of onset (years)	Mean ± SD	19.97 ± 4.63	18.44 ± 4.42	17.48 ± 4.37	<0.001	AN-R > AN-BP = AN-Cross
Duration of disorder	Mean ± SD	3.99 ± 3.88	6.47 ± 4.94	8.16 ± 5.11	<0.001	AN-R < AN-BP < AN-Cross
No. previous treatments	Mean ± SD	0.96 ± 1.16	1.38 ± 1.51	1.07 ± 1.45	0.10	N.S
Current BMI	Mean ± SD	16.16 ± 1.88	16.55 ± 1.91	20.90 ± 2.47	<0.001	AN Cross > AN-R = AN-BP
Maximum BMI	Mean ± SD	21.67 ± 2.88	22.58 ± 3.14	24.13 ± 3.57	<0.001	AN Cross > AN-R = AN-BP
Minimum BMI	Mean ± SD	15.12 ± 1.64	15.33 ± 1.72	16.45 ± 1.46	<0.001	AN Cross > AN-R = AN-BP
Weekly no. binges	Mean ± SD	0	1.94 ± 4.08	8.41 ± 8.00	<0.001	AN-R < AN-BP < AN-Cross
Weekly no. vomits	Mean ± SD	0	5.13 ± 6.49	9.17 ± 9.56	<0.001	AN-R < AN-BP < AN-Cross
Weekly use of laxatives	Mean ± SD	0	7.37 ± 14.42	7.06 ± 29.13	0.01	AN-R < AN-BP = AN-Cross
Substance abuse (%)	Present	8.8	26.3	35.2	<0.001	AN-R < AN-BP = AN-Cross
Family alcohol abuse/ dependence (%)	Present	19.4	29.9	34.7	0.04	AN-R < AN-BP = AN-Cross
TCI-R novelty seeking score	Mean ± SD	95.57 ± 15.13	99.35 ± 15.12	108.47 ± 15.40	<0.001	AN-Cross > AN-BP = AN-R

AN-BP, anorexia nervosa purging–bingeing subtype; AN-Cross, anorexia nervosa to bulimia nervosa; AN-R, anorexia nervosa restrictive subtype; BMI, body mass index; TCI-R, Temperament and Character Inventory–Revised.

(22)

La prévalence d’une consommation de produits chez les anorexies restrictives est de 8.8%, avec une histoire familiale d’abus/dépendance d’alcool de 19.4%.

Ces chiffres sont effectivement moins élevés que pour la population boulimique.

Il reste important de repérer ses co-addictions et de les prendre en charge afin d’améliorer le pronostic du trouble alimentaire.

Un point peut être fait également sur la relation entre l'addiction au sport et l'anorexie :

Les relations entre activités physiques et comportement alimentaire sont importantes à prendre en compte chez les anorexiques, dont l'activité sportive peut être exacerbée, voire toucher les limites possibles que leur corps peut supporter.

En effet, il n'est pas rare de voir des anorexiques déambuler sans cesse dans les couloirs d'un service, ou bien encore sauter sur place jusqu'à ce que leurs talons saignent.

Chez elles, elles peuvent passer plusieurs heures dehors, chaque jour, à courir quel que soit le temps.

Certains critères de dépendance à l'exercice peuvent être attribués à certaines anorexiques : Une activité physique stéréotypée surinvestie, sevrage avec tristesse à l'arrêt de l'exercice, besoin compulsif, conflits avec la famille...

Cependant, cela doit être différencié de l'addiction au sport ou « obligate running », caractérisée par une course hebdomadaire supérieure à 40km, avec le maintien de cette activité en dépit des blessures.(23)

Egalement, « l'anorexie athlétique », est décrite comme un trouble du comportement alimentaire secondaire à une activité sportive excessive (exemple de la danse). Elle doit être différenciée de l'anorexie mentale, même si les deux peuvent être associées. C'est pourquoi, il est parfois difficile de les distinguer.

La fréquente association de co-addictions avec les troubles du comportement alimentaire, peut nous faire nous interroger sur le fait que ces comorbidités fassent partie d'une dimension addictive de la personnalité.

Nous évoquerons en dernier point de cette deuxième partie sur les comorbidités, les troubles de la personnalité.

f) Les troubles de la personnalité (Axe II) :

Les troubles de la personnalité sont définis par la CIM 10, comme des comportements étant l'expression de la manière caractéristique de vivre d'un individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui.

Ces troubles représentent des déviations des perceptions, des pensées, des sensations, des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée.

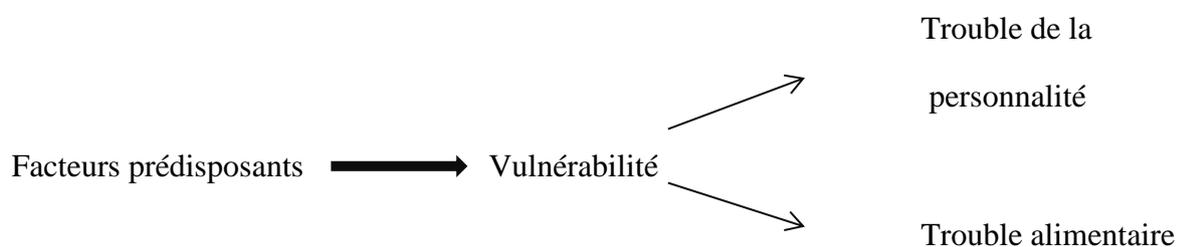
Ces comportements sont généralement stables et touchent de multiples domaines, avec souvent une altération du fonctionnement social d'intensité variable.(24)

Certains troubles de la personnalité sont fréquemment associés aux troubles du comportement alimentaire, en fonction des sous-types.

Pour les anorexies restrictives, il s'agit des troubles du cluster C, personnalités anxieuses (avec la personnalité évitante, dépendante ou obsessionnelle-compulsive).

Il est important d'en faire le diagnostic, même si une comorbidité de l'axe I, peut fausser celui-ci. C'est pourquoi, avant de rechercher un trouble de la personnalité, il faut faire les autres diagnostics de l'axe I.

En général, le trouble de la personnalité est présent avant la survenue du trouble alimentaire. Mais il pourrait exister des facteurs de prédisposition entraînant une vulnérabilité aux deux troubles.



Aussi, un évènement intercurrent sur un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive, peut engendrer la survenue d'une anorexie mentale

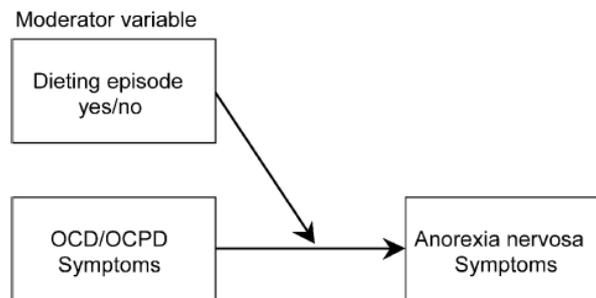


Fig. 1. Dieting episode as a moderator of the relationship between anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder/obsessive-compulsive personality disorder.

(25)

Par exemple, un épisode de régime peut être considéré comme une variable modératrice, qui, survenant sur un terrain de personnalité obsessionnelle-compulsive, peut favoriser l'apparition d'une symptomatologie anorexique.

Concernant le sous-type anorexique des troubles du comportement alimentaire, la prévalence de trouble de la personnalité a été évaluée entre 21% et 90%.

Les études sont nombreuses et cet écart, peut être dû aux différences méthodologiques de celles-ci. (26)

Par exemple, pour le diagnostic de trouble de la personnalité, si des auto questionnaires sont utilisés, cela peut surestimer la prévalence du diagnostic, par rapport à celui fait lors d'un entretien individuel réalisé par un professionnel.

La prévalence d'un trouble de la personnalité chez les personnes présentant un trouble alimentaire est plus élevée que dans les groupes témoins ou dans la population générale.

Cette étude montre les rapports entre anorexie mentale et trouble de la personnalité :

TABLE 1. Frequency and percentage of eating disorders across six personality categories ($n = 2887$) and MDD ($n = 379$)

	AVPD	BPD	PDNOS	PPD	DEPD	OCPD	MDD	Chi-Square PD + MDD df = 6	Chi-Square PD Only df = 5	Chi-Square All PD vs. MDD df = 1	Chi-Square All PD Except BPD df = 4	Chi-Square All PD Except OCPD df = 4
Total PD	$n = 2887$	$n = 737$	$n = 626$	$n = 276$	$n = 119$	$n = 116$	$n = 379$					
Any ED	386 (13.3%)	155 (21%)	68 (10.8%)	22 (8.0%)	15 (12.6%)	15 (12.9%)	19 (5.0%)	78.6 [†]	53.4 [†]	21.6 [†]	3.3	53.4 [†]
AN	21 (0.7%)	7 (0.9%)	6 (1.0%)	2 (0.7%)	1 (0.8%)	4 (3.4%)	0 (0%)	23.6 [†]	18.4 [*]	2.79	19.8 [†]	7.10
BN	146 (5.1%)	62 (8.4%)	24 (3.8%)	7 (2.5%)	2 (1.7%)	4 (3.4%)	7 (1.8%)	36.5 [†]	26.7 [†]	7.82 [*]	4.5	25.7 [†]
EDNOS	219 (7.6%)	86 (11.7%)	38 (6.1%)	13 (4.7%)	12 (10.1%)	7 (6.0%)	12 (3.1%)	38.8 [†]	26.9 [†]	10.1 [*]	4.2	23.4 [†]
Female PD	$n = 2093$	$n = 631$	$n = 437$	$n = 191$	$n = 85$	$n = 74$	$n = 280$					
Any ED	359 (17.1%)	148 (23.5%)	62 (14%)	19 (9.9%)	14 (16.6%)	14 (18.9%)	17 (6.0%)	54.7 [†]	29.9 [†]	22.7 [†]	4.9	29.9 [†]
AN	20 (1.0%)	7 (1.1%)	6 (1.4%)	2 (1.0%)	1 (1.2%)	3 (4.1%)	0 (0%)	17.6 [*]	13.2 [*]	2.71	13.9 [*]	6.20
BN	139 (6.6%)	60 (9.5%)	23 (5.3%)	7 (3.7%)	2 (2.4%)	4 (5.4%)	7 (2.5%)	23.7 [†]	15.2 [*]	7.39 [*]	3.9	14.9 [†]
EDNOS	200 (9.6%)	81 (12.8%)	33 (7.6%)	10 (5.2%)	11 (12.9%)	7 (9.5%)	10 (3.6)	28.1 [†]	15.9 [*]	11.05 [*]	5.3	15.8 [†]
Male PD	$n = 794$	$n = 106$	$n = 189$	$n = 85$	$n = 34$	$n = 42$	$n = 99$					
Any ED	27 (3.4%)	7 (6.6%)	6 (3.2%)	3 (3.5%)	1 (2.9%)	1 (2.4%)	2 (2%)	4.8	4.1	0.55	0.3	3.8
AN	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.4%)	0 (0%)	—	—	0.13	—	—
BN	7 (0.9%)	2 (1.9%)	1 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.6	3.3	0.89	2.3	2.7
EDNOS	19 (2.4%)	5 (4.7%)	5 (2.6%)	3 (3.5%)	1 (2.9%)	0 (0%)	2 (2%)	5.4	5.2	0.06	2.8	3.9

AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; EDNOS, eating disorder not otherwise specified; AVPD, avoidant personality disorder; BPD, borderline personality disorder; PDNOS, personality disorder NOS; PPD, paranoid personality disorder; DEPD, dependent personality disorder; OCPD, obsessive-compulsive personality disorder; MDD, major depressive disorder.

* $p \leq 0.05$.

[†] $p \leq 0.01$.

Une précision a été apportée pour différencier les résultats hommes-femmes.

Il est clair qu'il existe une association entre les différents sous-types de troubles alimentaires et certains troubles de la personnalité. Ici, il existe une nette association entre l'anorexie mentale et la personnalité obsessionnelle-compulsive. Elle est présente quel que soit le sexe ; même si elle est plus forte chez les femmes.

Les traits obsessionnels et compulsifs ont été associés à un pronostic négatif de l'anorexie.

-Une revue de la littérature de 2005, sur les troubles de la personnalité et les troubles alimentaires, montre les résultats suivants (27):

Table 2
Prevalence rates (in percent) of personality disorders as assessed by diagnostic interview in individuals with eating disorders

Study	Participants	Cluster A			Cluster B				Cluster C		
		PA	SZ	SC	AN	BO	HI	NA	DE	AV	OC
<i>Anorexia nervosa, restricting type</i>											
Diaz-Marsa et al. (2000)	25 female outpatients	10	nr	nr	nr	nr	nr	nr	5	25	20
Gillberg et al. (1995)	48 female community 3 male community	6	0	2	0	6	0	14	8	14	30
Godt (2002)	48 female outpatients	2	2	0	0	4	2	2	4	10	2
Herzog, Keller, Lavori, Kenny, and Sacks (1992)	31 female in/outpatients	3	0	0	0	0	0	0	3	10	10
Karwautz, Collier, and Treasure (2002)	43 female in/outpatients	2	9	nr	nr	nr	0	nr	14	nr	nr
Maranon et al. (2004)	16 female outpatient	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
Overall		4	3	1	0	3	1	6	7	14	15
<i>Bulimia nervosa</i>											
Ames-Frankel et al. (1992)	83 female in/outpatients	4	0	2	0	23	10	7	12	11	4
Bulik et al. (1995)	76 female in/outpatients	28	nr	nr	nr	37	nr	nr	nr	36	nr
Carroll, Touyz, and Beumont (1996)	30 female outpatients	7	0	3	0	10	0	3	7	10	7
Diaz-Marsa et al. (2000)	30 female outpatients	5	10	nr	nr	33	14	nr	24	19	14
Godt (2002)	81 female outpatients	4	1	0	0	6	7	1	14	19	4
Herzog et al. (1992)	91 female in/outpatients	2	0	2	0	8	7	1	1	2	3
Maranon et al. (2004)	21 female outpatient	0	0	0	0	24	0	0	0	19	14
Mulder et al. (1999)	130 female outpatients	23	2	5	5	28	17	5	13	30	18
Rossiter et al. (1993)	71 female outpatients	3	0	1	11	21	7	10	14	14	10
van Hanswijck de Jonge, van Furth, Lacey, and Waller (2003)	35 female outpatient	3	3	0	6	26	0	0	0	23	9
Overall		10	1	2	3	21	9	4	10	19	9
<i>Binge eating disorder</i>											
Telch & Stice (1998)	61 female community	5	0	0	0	7	0	0	3	7	5
Wilfley et al. (2000)	134 female outpatients 28 male outpatients	4	1	1	1	9	0	3	1	12	14
Yanovski et al. (1993)	33 female community 10 male community	0	nr	nr	nr	14	nr	nr	nr	9	7
van Hanswijck de Jonge et al. (2003)	15 female outpatients	13	0	0	0	0	0	0	0	13	0
Overall		4	1	1	1	9	0	2	1	11	10

Figures are rounded to the nearest whole number. Overall rates were computed using sample-size weighted averages. PA—paranoid; SZ—schizoid; SC—schizotypal; AN—antisocial; BO—borderline; HI—histrionic; NA—narcissistic; DE—dependent; AV—avoidant; OC—obsessive-compulsive. nr—prevalence rate not reported in original article.

Une nette association entre l'anorexie restrictive et le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive y est démontrée. La personnalité évitante y est également très représentée.

-Dans cette autre étude (28), est montré le lien entre anorexie mentale restrictive et les personnalités du cluster C :

Evitant : évitante/ dépendant :dépendante/ obsessionnelle-compulsive.

Les personnalités évitante et obsessionnelle-compulsive y sont majoritairement représentées, et cette dernière est vraiment représentative du sous type restrictif, par rapport aux autres sous types de troubles alimentaires.

En outre, la prévalence de troubles de la personnalité, dans cet échantillon général est proche de 30%.

Table 1. Prevalence of PD diagnoses in ED subtypes and in the total population

	ANR		ANB		BNP		BNNP		EDNOS		All	
	N = 59		N = 79		N = 212		N = 21		N = 174		N = 545	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Paranoid	0	—	1	1.3	4	1.9	0	—	2	1.1	7	1.3
Schizoid	0	—	0	—	1	0.5	0	—	2	1.1	3	0.6
Schizotypal	0	—	0	—	0	—	0	—	2	1.1	2	0.4
Cluster A	0	—	1	1.3	4	1.9	0	—	4	2.3	9	1.7
Borderline	0	—	3	3.8	23	10.8	1	4.8	7	4.0	34	6.2
Narcissistic	0	—	0	—	6	2.8	1	4.8	2	1.1	9	1.7
Histrionic	1	1.7	0	—	6	2.8	1	4.8	4	2.3	12	2.2
Antisocial	0	—	0	—	1	0.5	0	—	0	—	1	0.2
Cluster B	1	1.7	3	3.8	32	15.1	2	9.5	11	6.3	49	9.9
Avoidant	5	8.5	7	8.9	27	12.7	3	14.3	24	13.8	66	12.1
Dependent	1	1.7	2	2.5	10	4.7	1	4.8	10	5.7	24	4.4
Obs.-com.	2	3.4	2	2.5	4	1.9	2	9.5	9	5.2	19	3.5
Cluster C	7	11.9	11	13.9	33	15.6	6	28.6	36	20.7	93	17.1
Depressive	1	1.7	6	7.6	12	5.7	1	4.8	11	6.3	31	5.7
Pas.-agg.	0	—	0	—	3	1.4	0	—	2	1.1	5	0.9
Selfdefeat.	0	—	0	—	1	0.5	0	—	2	1.1	3	0.6
PDNOS	4	6.8	6	7.6	15	7.1	1	4.8	13	7.5	39	7.2
At least 1 PD	10	16.9	20	25.3	71	33.5	8	38.1	52	29.9	161	29.5

ANR: anorexia nervosa—restricting type, ANB: anorexia nervosa—bulimic type, BNP: bulimia nervosa—purging type, BNNP: bulimia nervosa—non-purging type, EDNOS: eating disorder not otherwise specified, PDNOS: personality disorder not otherwise specified.

Ou bien encore dans cette étude (29) :

Le même lien y est reporté entre les personnalités obsessionnelles-compulsives ou évitante et l'anorexie restrictive, chez les patients de sexe masculin et féminin, même si pour ce dernier le lien est plus fort.

Table 1. Frequency and percentage of co-occurrence of current and lifetime DSM-IV eating disorders in the five study groups (N = 668)

Current/Lifetime Eating Disorders	N	Total (%)	n	STPD (N = 86)	BPD (N = 175)	AVPD (N = 158)	OCPD (N = 154)	MDD (N = 95)	Chi-Square 5 Groups (4PD+MDD) (N = 668)		Chi-Square 4 PD Groups (N = 573)		Chi-Square All PD vs. MDD (N = 668)	
									(%)	p	(%)	p	(%)	p
All patients (N=668)														
Anorexia nervosa	40	(6.0)	4	(4.7)	13	(7.4)	10	(6.5)	3	(3.2)	2.37	.67	0.74	.86
Bulimia nervosa	56	(8.4)	4	(4.7)	23	(13.1)	13	(7.8)	4	(4.2)	9.00	.07	5.99	.11
EDNOS	118	(17.7)	9	(10.5)	38	(21.7)	29	(17.5)	15	(15.8)	5.32	.26	4.99	.17
Female patients (N=423)														
Anorexia nervosa	35	(8.3)	3	(7.7)	12	(9.2)	9	(8.7)	8	(5.3)	0.88	.93	0.08	.99
Bulimia nervosa	51	(12.1)	3	(7.7)	22	(16.8)	12	(12.0)	3	(5.3)	5.98	.20	2.89	.41
EDNOS	94	(22.2)	5	(12.8)	32	(24.4)	25	(20.7)	13	(22.8)	2.70	.61	2.70	.44

Note: DSM-IV = 4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; STPD = schizotypal personality disorder; BPD = borderline personality disorder; AVPD = avoidant personality disorder; OCPD = obsessive-compulsive personality disorder; MDD = major depressive disorder without any personality disorder; EDNOS = eating disorder not otherwise specified.

-D'autres études ont été faites dans la population adolescente, et retrouvent quasiment les mêmes résultats, même s'il est plus difficile de parler de troubles de la personnalité chez les adolescents (le diagnostic n'étant pas considéré comme stable).

Dans cette étude (30), 24.8% des anorexiques présentent au moins un trouble de la personnalité, et 2.9% en présentaient deux.

Il est intéressant de voir que ces patientes peuvent présenter un diagnostic multiple de trouble de la personnalité.

Par rapport au sous-type purging-type, le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive est significativement plus représenté pour l'anorexie restrictive.

Dans cet échantillon, 24.8% des adolescentes présentaient un trouble de personnalité, ce qui était corrélé à une sévérité plus importante du trouble alimentaire.

TABLE 2. Prevalence of Personality Disorders in Outpatients With Anorexia Nervosa and in the Control Group

Personality Disorders	AN-r (n = 57)		AN-bp (n = 44)		Statistic	p	Total AN (n = 101)		Controls (n = 71)		Statistic	p
	n	%	n	%			n	%	n	%		
At least one PD	13	22.8	12	27.3	0.27 ^a	.61	25	24.8	3	4.2	12.89 ^a	<.001
Cluster A	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0	—	—
Paranoid	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0	—	—
Schizoid	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0	—	—
Schizotypal	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0	—	—
Cluster B	1	1.8	8	18.2	—	.009 ^b	9	8.9	2	2.8	—	.13 ^b
Borderline	0	0.0	8	18.2	—	.001 ^b	8	7.9	0	0.0	—	.02 ^b
Narcissistic	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	1	1.4	—	.41 ^b
Histrionic	1	1.8	0	0.0	—	1.0 ^b	1	1.0	1	1.4	—	1.0 ^b
Antisocial	0	0.0	0	0.0	—	—	0	0.0	0	0.0	—	—
Cluster C	14	24.6	5	11.4	2.83 ^a	.09	17	16.8	1	1.4	—	<.001 ^b
Avoidant	8	14.0	5	11.4	0.16 ^a	.69	13	12.9	1	1.4	—	.009 ^b
Dependent	1	1.8	0	0.0	—	1.0 ^b	1	1.0	0	0.0	—	1.0 ^b
Obsessive-compulsive	5	8.8	0	0.0	—	.07 ^b	5	4.9	0	0.0	—	.08 ^b

PD = personality disorder; AN = anorexia nervosa; AN-r = anorexia nervosa restrictive type; AN-bp = anorexia nervosa binge-purging type.

^a χ^2 test.

^b Fisher exact test.

Il a été dit plus haut, qu'une comorbidité de l'axe I, pouvait modifier le diagnostic de trouble de la personnalité. Donc, nous pouvons nous poser la question du fait que le trouble alimentaire puisse modifier de manière temporaire la personnalité et ne pas représenter celle-ci de manière durable.

C'est pourquoi, cette étude s'est intéressée aux troubles de la personnalité persistant chez des patientes ayant guéri d'un trouble alimentaire (31).

Il y est mentionné le taux important de 26%, de patients atteignant le seuil de diagnostic de trouble de la personnalité.

Même après guérison, il existe toujours le même lien entre anorexie restrictive et trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive ou évitante.

Table 1. Comparison of personality disorders

	 RAN (N = 10)	BAN (N = 16)	NWB (N = 28)
Cluster A			
Thr	0	2 (13)	0
Total	1 (10)	3 (19)	2 (7)
Cluster B			
Thr	0	4 (25)	4 (14)
Total	0	7 (44)*	11 (39)*
Borderline			
Thr	0	2 (13)	2 (7)
Total	0	4 (25)	7 (25)
Cluster C			
Thr	1 (10)	7 (44)	3 (11)
Total	4 (40)	8 (50)	11 (39)
Obsessive-compulsive			
Thr	1 (10)	3 (19)	1 (4)
Total	<u>3 (30)</u>	6 (38)	8 (29)
Avoidant			
Thr	0	1 (6)	1 (4)
Total	<u>2 (20)</u>	3 (19)	3 (11)
Self-defeating			
Thr	1 (10)	2 (13)	3 (11)
Total	1 (10)	5 (31)	4 (14)

Note: Values are expressed as numbers (%). Thr = threshold diagnoses; Total = total numbers of threshold and subthreshold diagnoses. RAN = recovered from anorexia nervosa; BAN = recovered from anorexia and bulimia nervosa; NWB = recovered from bulimia nervosa.

* $p < .05$ compared to the anorexia nervosa group. Comparisons are made using chi-square tests with 1 *df* and Yate's correction for discontinuity. Fisher's exact tests were also used for factors with expected cell frequencies of less than 5.

Nous venons, dans cette partie, de voir les différentes co morbidités psychiatriques, les plus fréquemment rencontrées parmi les patients atteints de troubles du comportement alimentaire, et plus particulièrement dans ce travail, de l'anorexie mentale restrictive.

Les prévalences peuvent varier selon les études et leur méthodologie.

Les troubles de l'humeur sont souvent liés à ce trouble alimentaire, et plus particulièrement un épisode dépressif majeur.

Parmi les troubles anxieux, nous retrouvons surtout la phobie sociale.

La schizophrénie reste difficile à évaluer mais resterait à moins de 10%, dans cette population.

L'abus ou la dépendance à une substance serait assez fréquente ici, représentant 23%.

« L'anorexie athlétique » peut également être co diagnostiquée à un épisode d'anorexie mentale.

Concernant les troubles de la personnalité, le cluster C (personnalité anxieuse) est le plus souvent rencontré en cas de co diagnostic.

Après avoir vu l'évolution du concept d'anorexie mentale, au travers des différentes représentations cliniques, ainsi que les comorbidités psychiatriques, nous allons passer à la troisième partie de ce travail. Il s'agira d'essayer de faire la distinction entre une possible personnalité de départ, prédisposée au trouble anorexique, dans un certain continuum, et une pathologie psychiatrique « de novo » chez la patiente, pouvant avoir de multiples autres pathologies associées, telles les troubles de la personnalité, sans liens entre elles.

III- Discussion :
anorexie et trouble de la
personnalité :
continuité ou comorbidité ?

Nous avons pu voir dans les deux précédentes parties que l'anorexie mentale était une pathologie complexe à appréhender et que de multiples tentatives d'approche théorique se sont succédées.

A l'heure actuelle, cette pathologie suscite encore fréquemment un grand intérêt, voire de la fascination parmi les psychiatres.

Comment des jeunes filles souvent brillantes, se laissent emporter dans le tourbillon macabre de la maladie ?

Dans les études médicales, le cas classique de l'anorexie mentale est représenté par une adolescente avec d'excellents résultats scolaires, étant décrite comme une enfant tranquille n'ayant jamais mis en difficulté les parents, et étant issue d'une classe sociale favorisée.

Nous pourrions nous poser la question d'une « patiente type », avec une « personnalité type » vulnérable à la survenue du trouble alimentaire, qui s'inscrirait dans la continuité de celle-ci.

Cependant, dans les services d'addictologie où sont hospitalisées ces patientes, leur observation est un peu différente. Nous pouvons actuellement décrire des patientes de tous milieux sociaux, avec de multiples comorbidités psychiatriques associées, dont les troubles de la personnalité.

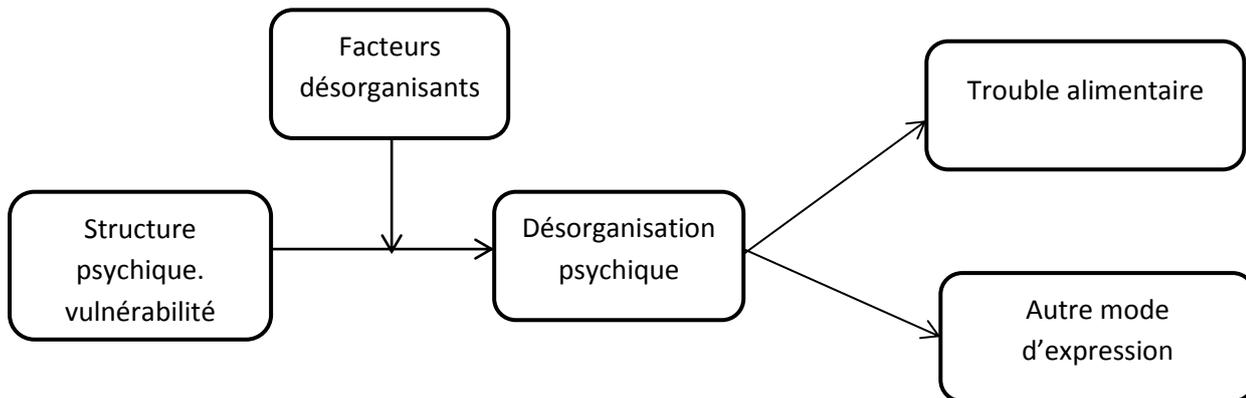
L'anorexie mentale est donc bien plus problématique à appréhender que ce qu'il pourrait sembler au départ, et s'inscrit pleinement dans un modèle bio-psycho-social, où de multiples facteurs sont à prendre en considération : génétiques, familiaux et environnementaux.

« L'apparition de troubles du comportement alimentaire reflète l'instabilité de l'organisation psychique, mais ne signe pas en elle-même la présence d'une structure psychique particulière. En revanche, elle témoigne d'une vulnérabilité de la personnalité à la fois suffisamment spécifique pour être une condition nécessaire à l'apparition de telles conduites, mais pas assez pour que celles-ci soient une réponse inévitable ni même la seule possible. »(32)

Pour ces auteurs, il n'y a pas d'organisation psychique spécifique au départ, mais une

vulnérabilité, qui s'exprimerait en présence de certains facteurs « désorganisateur ».

Et le trouble alimentaire en serait un mode d'expression parmi d'autres.



La puberté est la période où se forme la personnalité et où survient, la plupart du temps, les troubles du comportement alimentaire.

Il existe donc un lien entre ces deux entités, et leurs différents modes d'expression, plus ou moins pathologiques.

En effet, la période de puberté, correspond à une période où des changements physiques surviennent. Ils sont plus ou moins bien acceptés, et entraînent des changements psychiques, qui peuvent également avoir des répercussions sur les relations sociales.

Prenons l'exemple d'une jeune fille entrant dans l'adolescence, et qui remarque l'émergence d'une pilosité plus importante. Elle peut être perturbée dans son schéma corporel, et avoir des difficultés à accepter ces changements, en pleine période de questionnement identitaire. Une insatisfaction de son image, avec perturbation de l'estime de soi peut alors survenir. La répercussion sociale peut en être l'isolement.

A noter que les troubles du comportement alimentaire sont les troubles les plus sexe-dépendants dans notre nomenclature psychiatrique actuelle.

Il est souvent fait mention de 10% de cas masculins d'anorexie mentale.

La question d'un rôle des hormones gonadiques dans le risque d'un trouble du comportement alimentaire pendant la puberté peut se poser.

En effet, cette étude expose qu'une activation précoce de la puberté, avec circulation d'œstrogènes très tôt (sous-tendue par une cause génétique), augmenterait le risque de développer un trouble du comportement alimentaire. (33)

Il existe un certain nombre de facteurs de risques identifiés dans l'anorexie mentale ; des facteurs de vulnérabilité. Ceux-ci ont une part plus ou moins importante dans le développement du trouble.

Nous allons les aborder maintenant, afin d'essayer de faire la distinction entre une prédisposition et une association de troubles ; et d'essayer d'évaluer le degré d'implication d'une personnalité prémorbide.

a) Approche dimensionnelle de la personnalité chez les anorexiques restrictives :

Comme nous avons pu le voir dans la deuxième partie, les anorexiques restrictives, sont souvent reliées à un trouble de la personnalité du cluster C des personnalités anxieuses (évitante et obsessionnelle-compulsive).

Nous pouvons nous interroger sur le lien de causalité entre personnalité pathologique et anorexie mentale.

En effet, existe-t-il un état prémorbide ?

Cependant, le taux de trouble de la personnalité reste plus élevé chez les anorexiques rétablies qu'en population générale.

L'approche dimensionnelle est de plus en plus utilisée en pratique clinique et permet une certaine complémentarité avec l'approche catégorielle classique.

En effet, cela permet de faire une évaluation pronostique de réponse au traitement, ainsi que du risque de comorbidité avec un autre trouble de l'axe I.

Cette approche a d'ailleurs été reprise dans la cinquième version du DSM, où le système multiaxial est refondu en un seul axe.

Concernant les troubles de la personnalité, le modèle « hybride » catégoriel-dimensionnel permet de faire un diagnostic de trouble de la personnalité, lorsqu'il est considéré présent mais qu'il n'existe pas tous les critères de troubles spécifiques de la personnalité (34) ; dans un certain continuum normal-variation-pathologie.

Modèle dimensionnel de tempérament et de caractère de Cloninger (35) :

Cloninger modélise les différentes composantes de la personnalité en quatre dimensions de tempérament : *Recherche de nouveauté, Evitement de la douleur, Dépendance à la gratification et Persistance*, et trois de caractère : *Détermination, Coopération et Transcendance*.

Concernant les anorexiques restrictives, on retrouve des scores plus bas de recherche de nouveauté que les autres sous-types d'anorexie et que les sujets témoins.

Le score d'évitement de la douleur est moins élevé que pour les autres sous-types, mais plus élevé que pour les sujets témoins.

Le score de Dépendance à la gratification est plus bas que celui des sujets témoins, en revanche, celui de persistance est plus élevé.

« Ce profil de tempérament suggère une anxiété, un isolement social, une rigidité altérant les capacités d'adaptation et de récupération face à un stress ; un évitement des situations nouvelles, un conformisme et une moindre impulsivité, une sensibilité au rejet et à la désapprobation, une plus grande persévérance, un perfectionnisme et une plus grande détermination. Le profil de caractère est aussi fait d'intolérance, de sentiment d'inefficacité et d'impuissance, d'insatisfaction et du désir de maintenir le contrôle »

Cela nous permet de dire qu'il existe un profil de personnalité caractéristique de l'anorexie mentale restrictive, défini par le profil de tempérament et de caractère, permettant d'appréhender la personnalité des patientes ne présentant pas tous les critères diagnostics de trouble de la personnalité et ainsi d'adapter la prise en charge.

Cette autre étude a réalisé une approche dimensionnelle des troubles de la personnalité chez les patients atteints de troubles du comportement alimentaire.(36)

Table 2
Comparison of factor scores in three clusters of eating-disordered women and a general population control group

Factor	Group				F-value
	→ Rigid (N = 67)	Severe (N = 25)	Mild (N = 44)	Control (N = 68)	
Neuroticism	52.48 ^a	58.36 ^b	47.47 ^c	35.77 ^d	59.14*
Psychopathy	48.10 ^a	59.35 ^b	47.58 ^a	49.17 ^a	9.33*
Compulsivity	<u>54.58^a</u>	41.58 ^b	47.81 ^c	48.23 ^c	16.77*
Interpersonal Difficulties	<u>56.52^a</u>	47.82 ^b	41.31 ^c	42.87 ^c	48.09*
Behavioral Disturbance	48.55 ^a	61.72 ^b	45.56 ^{ac}	43.08 ^c	33.83*

Note. For all *F* ratios d.f._{numerator} = 3, d.f._{denominator} = 200; and **P* < 0.001. Means sharing common superscripts do not differ significantly at the 0.05 level.

Trois cluster de personnalité sont représentés : « rigid », « severe », « mild ».

Le cluster « rigid » représente 49% de tous les patients étudiés et il est composé à 78% de patients présentant une anorexie restrictive.

Il est caractérisé par une « compulsivité » et des « difficultés interpersonnelles ».

Table 3

Comparison of mean DAPP-BQ dimension scores in three clusters of eating-disordered women and a general population control group

Dimension	Group				F-value
	 Rigid	Severe	Mild	Control	
Affective Instability	53.7 ^a	66.52 ^b	47.77 ^c	42.66 ^c	28.23
Anxiousness	62.23 ^a	67.64 ^a	48.02 ^b	41.21 ^{ac}	46.61
Callousness	28.51 ^a	36.64 ^b	27.41 ^a	29.72 ^a	8.09
Compulsivity	 60.94 ^a	51.52 ^b	50.34 ^b	52.60 ^b	8.85
Conduct Problems	26.72 ^a	40.88 ^b	24.64 ^a	25.46 ^a	22.57
Identity Problems	58.55 ^a	60.68 ^a	41.30 ^b	32.34 ^c	68.26
Insecure Attachment	39.40 ^a	59.76 ^b	42.16 ^a	33.13 ^c	25.09
Intimacy Problems	 46.09 ^a	35.12 ^b	28.07 ^b	30.91 ^b	31.58
Narcissism	50.63 ^a	59.28 ^b	52.39 ^{ab}	44.84 ^c	10.01
Passive Oppositionality	40.88 ^a	58.88 ^b	39.64 ^a	36.15 ^a	28.39
Perceptual Cognitive Distortion	42.48 ^a	54.96 ^b	32.18 ^c	30.82 ^c	33.94
Rejection	38.13	45.44	38.36	41.48	3.65*
Restricted Expression	 55.76 ^a	50.84 ^a	39.25 ^b	37.40 ^b	41.23
Self-Harming Behaviours	28.04 ^a	31.72 ^a	17.77 ^b	14.66 ^b	31.03
Social Avoidance	55.81 ^a	56.76 ^a	39.18 ^b	35.96 ^b	45.17
Stimulus Seeking	 38.28 ^a	50.72 ^b	43.00 ^a	40.18 ^a	7.85
Submissiveness	51.71 ^a	52.84 ^a	41.25 ^b	38.18 ^b	24.52
Suspiciousness	33.45 ^a	41.36 ^b	26.11 ^c	25.24 ^c	21.32

Note. For all F ratios $d.f._1 = 3$, $d.f._2 = 200$; * $P = 0.014$; and for all other F ratios $P < 0.0028$. Means sharing common superscripts do not differ significantly at the 0.05 level.

Ce cluster est également représenté, en comparaison avec les autres clusters, par un mode d'expression limité, des problèmes concernant les relations intimes, ainsi qu'un bas niveau de recherche de la nouveauté.

b) Modèles théoriques de la relation trouble alimentaire-personnalité :

Une étude de 2006 a proposé plusieurs modèles pour tenter d'expliquer la relation entre la personnalité et ses désordres avec les troubles du comportement alimentaire.(37)

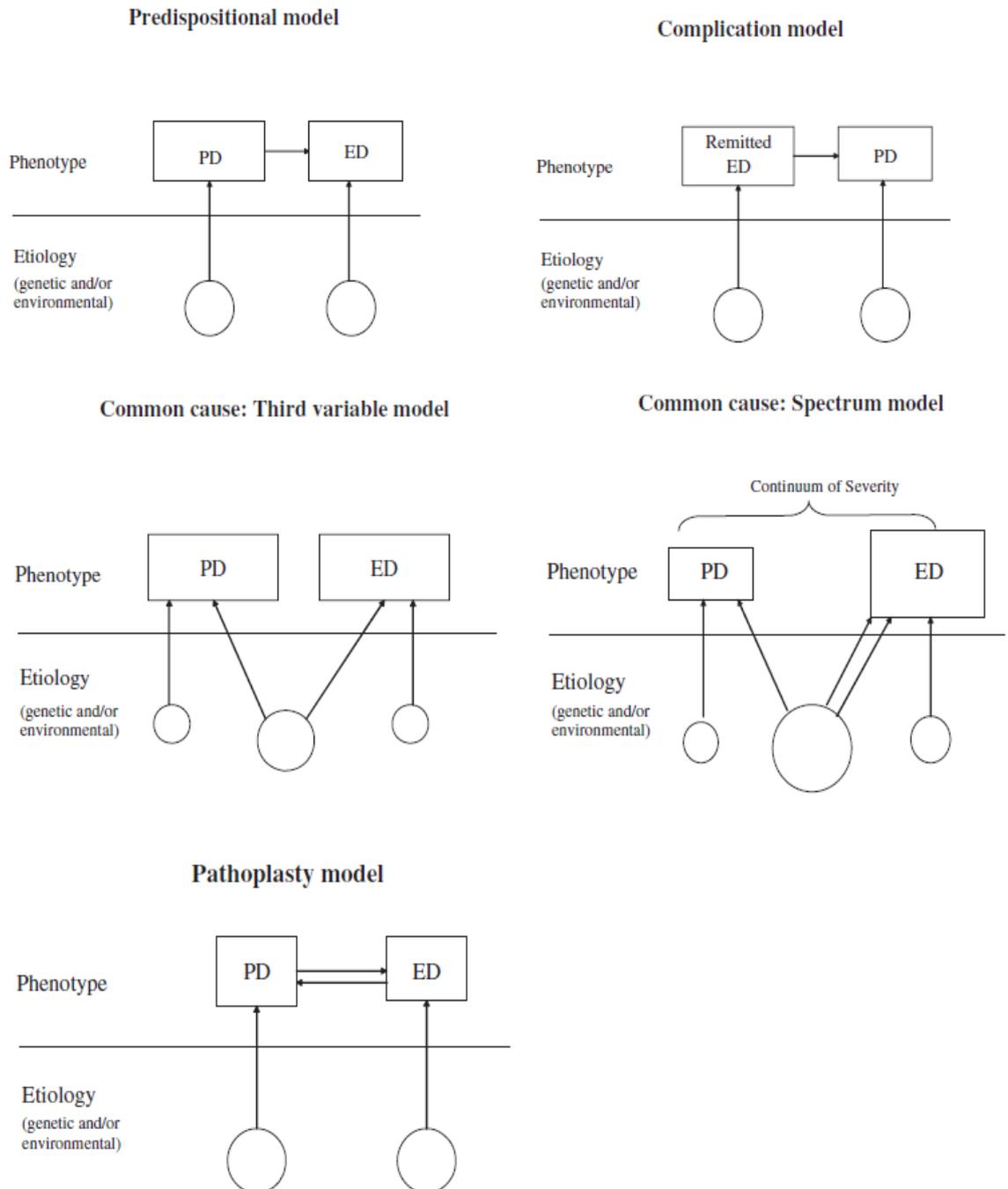


Fig. 1. Five theoretical models of the eating disorder-personality (disorder) relationship.

Cinq modèles y sont représentés :

- « Predispositional model » :

Une construction de personnalité précède et augmente le risque de développer un trouble du comportement alimentaire, tels ces caractéristiques dans l'enfance :
compliance, perfectionnisme et dépendance.

Ces deux troubles sont indépendants, et pour lesquels l'étiologie et la physiopathologie sont distinctes.

Les traits de personnalité retrouvés sont un bas niveau de recherche de nouveauté, un haut niveau d'évitement de la douleur, et de dépendance à la récompense.

Ainsi que des traits névrotiques, une pauvre conscience intéroceptive, un perfectionnisme, une inefficacité, une recherche de la minceur et des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive.

Ce dernier, serait spécifique de l'anorexie mentale restrictive.

- « Complication model » :

Les variations de personnalité comme la rigidité et les traits obsessionnels, sont considérées comme la conséquence du trouble alimentaire lui-même, dû à la dénutrition par exemple.

Cependant, ce modèle n'explique pas qu'il persiste parfois des troubles de la personnalité, après la résolution du trouble alimentaire.

- « Commun cause model » :

Les traits ou désordres de personnalité, et les troubles alimentaires sont deux états causés par un ou des facteurs identiques sous-jacents (par exemple génétique : un génotype de départ peut donner plusieurs expressions phénotypiques)

« Third variable model » : les deux pathologies sont considérées indépendantes, et découlent d'une même cause (par exemple un facteur génétique augmente le risque

d'une anorexie mentale et d'un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive).

« Spectrum model » : les deux pathologies sont considérées comme des variations d'une même étiologie et physiopathologie sous-jacente. Les troubles ne sont donc pas indépendants (exemple du perfectionnisme dans l'anorexie mentale).

Cet article (38), par exemple, a tenté d'explorer le lien entre anorexie mentale et obsession, en se posant la question suivante : « La question est de savoir si les deux pathologies sont différentes expressions d'une même vulnérabilité familiale et/ou génétique ».

Il y distingue trois situations :

« On peut d'abord repérer une contiguïté, c'est-à-dire des cas où les signes de la série anorexique et ceux de la série obsessionnelle semblent coexister et évoluer de manière indépendante.

A l'inverse, pour un groupe de patients ces troubles s'installent dans la continuité, le thème alimentaire étant un choix possible d'obsession. (...) Entre ces deux groupes indiscutables, reste un ensemble flou où on peut parler de proximité »

Les symptômes les plus fréquemment rencontrés chez les anorexiques sont les rituels autour de l'alimentation (comptage des calories...), le besoin de rangement et d'ordre, de précision et de nettoyage.

Chez les patients obsessionnels il s'agit plutôt de rituels de vérification, de peurs excessives de contamination et de maladie.

- « Pathoplasty model » :

Ce n'est pas un modèle causal. Une fois que les traits de personnalité et le trouble alimentaire sont établis, ils interagissent et modifient la présentation et l'évolution de chaque état.

Les troubles de la personnalité sont associés à une moins bonne réponse au traitement et à un moins bon pronostic

Ces modèles sont intéressants, mais la personnalité n'est qu'une partie du puzzle à appréhender concernant les troubles alimentaires.

De plus, le développement de la personnalité repose sur un enchevêtrement de variables (génétique, familiale, environnementale...), qui contribuent à sa constitution.

Nous allons aborder ces variables dans la population de patientes anorexiques mentales.

c) Facteurs familiaux :

Les facteurs familiaux sont toujours recherchés, par exemple lors du premier entretien où l'on recherche les antécédents familiaux.

Il a été décrit un modèle familial des patientes anorexiques, où les membres de ces familles ont davantage de problèmes anxieux et de maîtrise, avec une référence à un idéal contraignante.

« Le tableau le plus fréquemment décrit est celui d'une famille conventionnelle, fixée rigidement sur les apparences, fermée sur elle-même, avec une peur du monde externe et surtout une volonté d'éviter les conflits internes. »(32)

Mais ce déni des conflits entraîne une absence de parole, pour être conforme à l'image que se donne la famille, comme unie et sans problème.

La personnalité de l'enfant se construit comme un moi adaptatif au sein de cette famille, aux dépens de lui-même.

L'enfance de ces patientes est marquée par la rareté des conflits, le fait d'être des élèves modèles, répondant aux exigences des adultes, une volonté de réussite et de perfection.

La fragilité de la personnalité antérieure rend compte de leur susceptibilité et de l'importance que peuvent prendre certaines remarques sur leur physique.

Pour B. Brusset, « c'est beaucoup plus en fonction de cette personnalité antérieure que la crise d'adolescence prend cette tournure dramatique, qu'en fonction des expériences, des relations et des événements qui sont l'actualité de l'adolescence. » (9)

Des études ont été faites dans des familles, dont l'un des enfants seulement est atteint d'anorexie mentale, afin d'évaluer les facteurs protecteurs de ceux pouvant favoriser le trouble. De plus, si tous les membres d'une même fratrie ne sont pas atteints, cela sous-entend qu'il n'existe pas que des facteurs de risques familiaux.

Dans cette étude par exemple (39), il est fait mention que les filles atteintes d'anorexie mentale ont rapporté plus de taquineries concernant le développement de leur poitrine pendant la période pubertaire que leur sœur. En outre, les moqueries paternelles semblaient favoriser les moqueries venant des autres membres de la famille, avec des conséquences négatives pour ces filles.

Les femmes atteintes d'anorexie manquent d'autonomie au sein de la famille, et perçoivent un contrôle maternel plus grand.

En effet, l'environnement familial perçu par ces patientes est caractérisé par un défaut de soin maternel, associé à une surprotection maternelle.

Ces patientes développent un attachement insécure et expriment des traits de personnalité pouvant influencer la qualité d'ajustement aux parents.

Pour la fratrie qui ne présente pas le trouble, deux traits de personnalité, la « transcendance », et le « faible besoin d'approbation », joueraient un rôle protecteur auxiliaire contre l'anorexie, en réduisant l'impact négatif d'une parentalité inadaptée sur l'attachement et le développement de la personnalité.

De plus, les traits de personnalité des patientes anorexiques, persistent également après guérison. En effet, comparées à leurs sœurs, elles sont plus scrupuleuses, consciencieuses, rigides, hyper-conformistes.

Cette approche du système familial explique la grande place des thérapies familiales utilisées actuellement dans la prise en charge des troubles alimentaires.

Parmi les facteurs familiaux, les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou comorbidités, chez les patientes anorexiques, semblent également jouer un rôle dans cette pathologie.

Un article a réalisé une revue de la littérature des antécédents familiaux de troubles de l'humeur et de troubles anxieux chez les sujets anorexiques afin de mettre en lumière ce rôle.(40)

Il est difficile de conclure avec certitude concernant les troubles de l'humeur et anxieux chez les apparentés des sujets anorexiques car les études sont peu nombreuses, que les méthodologies ne sont pas les mêmes, et que les résultats peuvent parfois diverger.

Cependant, il existe des arguments, en faveur d'une augmentation de l'épisode dépressif majeur dans la famille des sujets anorexiques.

Concernant les troubles anxieux, le trouble obsessionnel compulsif est le plus étudié, et il apparaît plus fréquent dans la famille des anorexiques.

La comorbidité familiale peut être un facteur de pérennisation du trouble alimentaire et donc influencer son pronostic.

En effet, la pathologie mentale peut altérer les liens parents-enfants. A l'adolescence, lors du début de l'anorexie, les attitudes des parents peuvent influencer et intervenir dans

l'évolution du trouble. Or, cela peut poser problème si ceux-ci sont également en difficulté.

C'est pourquoi, il est important de rechercher ces comorbidités familiales, afin d'adapter la prise en charge de ces patientes.

d) Facteurs génétiques et biologiques:

Le modèle le plus souvent relevé par les études est un polymorphisme du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5HT2A.

En outre, le système dopaminergique interviendrait également : effet anorexigène des agonistes dopaminergiques, mais aussi liaison avec l'aménorrhée, l'hyperactivité, la distorsion de l'image corporelle et les tendances addictives.(38)

Le système opiacé serait également mis en cause, avec la notion de « dépendance au jeûne » via la libération de béta-endorphines.

D'autres systèmes seraient aussi impliqués (noradrénergique, peptides...)

En outre, le perfectionnisme est une caractéristique clinique discriminante dans l'anorexie et elle renverrait à une vulnérabilité génétique.

Cependant, l'anorexie mentale est une pathologie très complexe et polygénique, associée à des facteurs environnementaux ; ce qui explique une certaine dispersion au cours des générations et que la transmission ne soit pas directe.

e) Facteurs socio-environnementaux :

Les derniers facteurs de risque à évoquer, intervenant dans l'apparition du trouble alimentaire poly factoriel qu'est l'anorexie mentale sont les facteurs sociaux et culturels environnementaux.

En effet, les adolescentes sont soumises au poids culturel de la société dans laquelle elles vivent et se réfèrent toujours à un idéal, qui a évolué à travers les époques.

L'image de la femme à travers les époques (1):

Les premières représentations de la femme datent du néolithique, où elles étaient représentées obèses.



Venus de Willendorf, Paléolithique supérieur, vers 24 000–22 000 av JC
(Illustration disponible : http://fr.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus_de_Willendorf)

Cet idéal a changé d'un siècle à l'autre, imposant aux femmes des efforts, des contraintes, parfois une véritable lutte contre la nature, pour pouvoir parvenir à se rapprocher de l'idéal esthétique de leur temps.

Actuellement, les adolescentes sont captivées par la minceur qui leur est toujours montrée, pour ne pas dire imposée et véhiculée par les médias.

De plus, il existe un paradoxe dans la société occidentale actuelle, où il n'existe plus de

période de famine, et où les troubles alimentaires ne font que croître.

Tout comme le paradoxe de l'anorexie où les patientes tirent satisfaction de la non satisfaction de leur désirs et de leurs besoins.

« L'idéal de sobriété et de minceur est né dans les classes favorisées, comme si, alors qu'on peut tout se permettre, la restriction volontaire devenait un luxe supplémentaire. »(1)

Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, cet idéal semble avoir envahi l'ensemble de la société, avec l'augmentation du niveau de vie général. En effet, nous pouvons observer des patientes anorexiques venant maintenant de tous milieux et associées à des troubles psychiatriques divers.

La place de la femme a évolué dans la société ; elle est dite plus « libérée » et a maintenant le choix. Du moins, ce qui apparaît initialement comme un choix, pour se rapprocher de leur idéal, se révèle être une contrainte qui les enferme.

De plus, P. Jeammet notait la rareté des cas d'anorexie dans les populations noires africaines et américaines. Cette absence ne peut donc pas s'expliquer par les seuls facteurs socio-économiques ; même si l'anorexie mentale apparaît être liée à un certain type de culture : occidentale, européenne.

Nous pouvons évoquer également le rôle du corps médical, qui baisse le poids idéal des femmes pour être en bonne santé. Dans nos sociétés, minceur est synonyme de beauté et de réussite sociale.

Une place de plus en plus grande est accordée à l'hygiène de vie et à la diététique ; place largement reprise par les médias.

Tout au long de l'année, et en particulier avant les vacances d'été ou en périodes de fêtes...les médias sur-exposent des images de femmes très minces voire maigres, ainsi que des conseils diététiques, des exercices sportifs, des régimes « miracles »...

Certains métiers sont particulièrement concernés par l'importance de l'image corporelle et sont donc plus à risque d'entraîner un trouble du comportement alimentaire, telle la danse ou le mannequinat.



(Illustration disponible : <http://maladiesalimentaires.wordpress.com/2011/12/22/anorexie-mentale-definition/>)

Comment faire « barrage » à tout cela pendant la période vulnérable qu'est l'adolescence, où la quête identitaire est au premier plan ?

« C'est dans le balancement entre structure de personnalité qui « prépare », et une offre sociale qui « déclenche » que se situe le trouble du comportement alimentaire. »(1)

De plus, l'adolescence est une période où se construit la personnalité au sein de la société ; et le trouble du comportement alimentaire se situe au carrefour de tout cela.

« Il y a une analogie entre la nourriture nécessaire au développement du corps et les échanges affectifs et relationnels nécessaires au développement de notre personnalité. »(10)

La place de l'adolescent n'est pas universelle et homogène, elle diffère selon les époques, les cultures et les milieux sociaux.

Nous pouvons également évoquer le rôle de l'évolution du système familial entre 1960 et 1990, où le cadre social et éducatif n'est plus aussi contenant et organisateur qu'avant.

Celui-ci « donnerait à l'extérieur, une place prédominante en favorisant l'idéalisation de stéréotypes socio-culturels et en court-circuitant les conflits identificatoires nécessaires à la construction du sujet. »(11)

Cependant, tous les individus soumis au contexte socio-culturel ne développent pas systématiquement un trouble du comportement alimentaire. Il reviendrait à une simplification réductrice de rattacher l'anorexie à un seul conditionnement socio-économique défavorable.

La société intervient pour précipiter la survenue d'une pathologie, sur un type de personnalité prédisposée.

Il existe d'autres facteurs, évoqués plus haut, telle la famille...

- Approche ethnopsychiatrique :

Cette approche permet de mettre en lien les facteurs individuels et environnementaux (culturels), pouvant s'appliquer au modèle de l'anorexie mentale.

Les « troubles ethniques » ont été définis par Devereux(41), et repris dans le livre de

A. Guillemot et M. Laxenaire, « Anorexie mentale et boulimie : le poids de la culture »(1)

« Leurs caractéristiques sont les suivantes :

1 :Le trouble est d' une occurrence fréquente dans la culture concernée et constitue dans cette culture une pathologie psychiatrique communément rencontrée.

2 : Le trouble s'exprime avec différents degrés de sévérité et selon des formes limites, « subcliniques » qui se tiennent au milieu d'un continuum qui va de comportements normaux dans la culture considérée à une extrémité, à une pathologie clinique avérée à une

autre extrémité.

3 : A un niveau dynamique, la conflictualité qui sous-tend les symptômes est centrale et infiltre la culture concernée, mais elle est d'une intensité suffisante pour induire chez certains sujets la mise en place de défenses psychologiques et pour précipiter les symptômes.

4 : La symptomatologie du trouble est une voie commune d'expression d'un spectre diversifié quant à la psychopathologie qui la sous-tend.

5 : Les symptômes notés dans les cas cliniques représentent les extrêmes de conduites normatives dans la culture concernée, conduites qui sont exploitées par tous les sujets comme des modes de défense psychologique « tout prêts à servir ».

6 : Le trouble est, dans cette culture, sanctionné d'une appellation de « folie » ou de déviance psychologique : il est modelé par des personnages et courants influents du point de vue social.

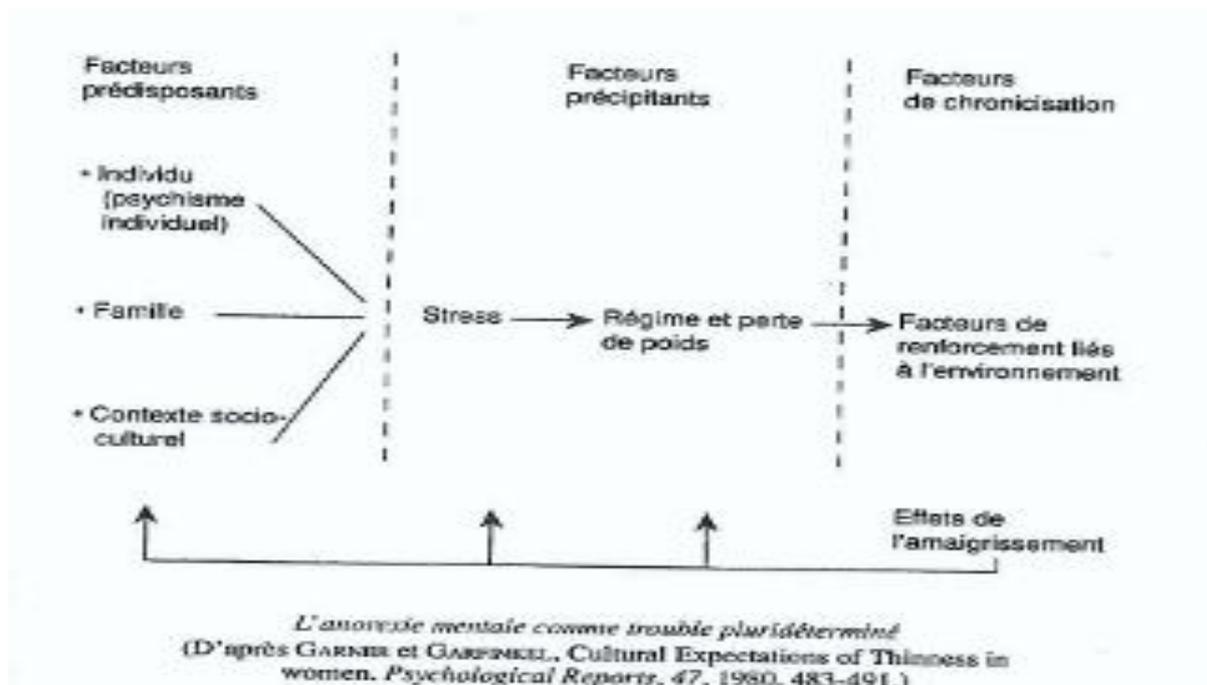
7 : Les symptômes vont à la fois dans le sens et à l'opposé de valeurs et de normes de la société en question. Il en découle de la part de la société une réponse ambivalente à ce trouble : les individus porteurs du symptôme sont en même temps punis et récompensés par des personnages ou des courants de cette société. »

L'anorexie mentale peut être rapprochée de ces troubles dans le fait qu' il est communément rencontré et peut avoir différents degrés de sévérité allant de comportements normaux (faire attention à ce que l'on mange, à la diététique...), à des formes sub-cliniques ou sévères.

Le symptôme est considéré comme une défense, ici face à une dépressivité.

La réponse sociétale est ambivalente face au trouble alimentaire : les médias prônent l'image de la minceur, et le monde de la mode affiche des mannequins très maigres, cependant l'anorexique est considérée comme une malade psychiatrique.

Pour conclure cette partie, nous pouvons garder en tête ce schéma explicitant qu'il existe des facteurs prédisposants, tels le contexte culturel, la famille... des facteurs précipitants (traumatisme-stress), débouchant sur un « simple régime » au début de la maladie et qui va s'auto renforcer par des facteurs de chronicisation (environnement, effets de la dénutrition).



(1)

Conclusion :

L'anorexie mentale, et plus particulièrement le sous-type restrictif étudié dans ce travail, est un trouble très complexe.

Il est étudié depuis longtemps par les psychiatres, pour tenter de résoudre cette énigme qu'est la restriction alimentaire, avec parfois des conséquences tragiques, chez des jeunes filles pourtant souvent brillantes.

Nous avons vu que les premières descriptions portaient surtout sur une origine mystique du jeûne où l'objectif était de purifier son âme.

Puis, l'accent a été mis sur le versant hystérique du trouble, où les jeunes filles associaient des symptômes conversifs, ce qui déboucha sur le diagnostic « d'anorexie hystérie », fait par Lasègue en 1873.

La classification actuelle du DSM IV, définit l'anorexie mentale comme une pathologie psychiatrique, présentant les critères suivants : refus de maintenir son poids et peur d'en prendre, dysmorphophobie et aménorrhée.

Les critères de la dernière version du DSM ont été modifiés ; le terme « refus » n'y est plus car il évoquait une certaine intentionnalité. L'aménorrhée a été supprimée, alors qu'elle faisait partie des piliers du diagnostic clinique, pour pouvoir inclure les hommes.

Cela montre bien que la réflexion quant à l'anorexie mentale est en perpétuelle évolution.

La dernière approche du trouble est celle de l'addiction, une addiction au jeûne, où ce qui apparaît être un choix à la base pour ces jeunes filles, se trouve être une contrainte aliénante.

La question d'une personnalité addictive a été soulevée, avec une vulnérabilité aux poly-addictions.

Cette vulnérabilité de personnalité au départ, lorsqu'elle rencontre certains facteurs, et que l'étayage, à ce moment, n'est pas suffisant, pourrait entraîner un comportement addictif.

Dans le modèle actuel d'alexithymie, le rôle d'un attachement insécure est évoqué et entraînerait des perturbations relationnelles, avec une insatisfaction de son image

corporelle.

En outre, pour P. Jeammet, le comportement addictif du trouble alimentaire a tendance à s'auto renforcer et à modifier peu à peu toute la personnalité.

Il s'agirait donc d'une « boucle », où les troubles apparaîtraient dans un certain continuum : personnalité fragile → trouble addictif alimentaire → modification de la personnalité de départ et vulnérabilité aux comorbidités associées.

En effet, nous avons pu voir que les comorbidités psychiatriques sont fréquemment associées à l'anorexie mentale, que ce soit de l'axe I, avec les troubles anxieux (troubles obsessionnels-compulsifs et phobie sociale) et de l'humeur (épisode dépressif majeur), ou de l'axe II, avec les troubles de personnalité du cluster C, obsessionnelle-compulsive et évitante pour les anorexies restrictives.

Actuellement, selon l'approche complémentaire dimensionnelle, le profil tempéramental des anorexiques les décrit comme étant rigides, anxieuses, isolées, perfectionnistes... concernant les anorexies restrictives. Ce profil caractéristique permet d'appréhender les patientes qui n'ont pas de trouble de la personnalité diagnostiqué.

Cette approche est mise en avant dans le DSM 5.

Il existe également parfois un abus de substance associé au trouble alimentaire.

A noter que dans les différentes études, il a été exprimé que les comorbidités sont souvent survenues avant le trouble alimentaire.

Cependant un diagnostic d'axe I peut modifier un autre diagnostic de l'axe II.

Donc le trouble alimentaire lui-même, peut modifier également le diagnostic de personnalité.

Il existe donc un lien entre les comorbidités les plus fréquentes et le trouble alimentaire, et ceux-ci interagissent entre eux.

Il existerait une vulnérabilité psychique, sous-tendue par des facteurs de risque : individuels, génétiques, familiaux (famille fermée, dans la maîtrise, évitement des conflits...), environnementaux (société prônant la minceur et restant ambivalente quant à ces

patientes...), mais pas de « personnalité type prédisposée ».

Sous l'effet de facteurs désorganisant, comme un traumatisme, une rupture, un deuil, une remarque de l'entourage... apparaîtrait le trouble alimentaire, plus ou moins sévère et associé ou non à des comorbidités psychiatriques.

Dernièrement, de nouvelles perspectives théoriques complémentaires sont envisagées, à la lumière du fonctionnement neurocognitif (42).

En effet, les perturbations repérées sont :

- une attention excessive et un traitement de l'information centré sur les détails avec difficultés d'intégration globale de cette information au niveau visuo-spatial et verbal.
- une réduction de la flexibilité cognitive et perceptuelle
- une compétence sociale moindre, marquée par l'alexithymie.

Ces données neuropsychologiques ont été corrélées à certaines données neuro anatomiques structurelles et fonctionnelles de structures corticales et sous-corticales, concernant en particulier les circuits fronto-striato-thalamiques.

Dans cet article, l'hypothèse d'un rapprochement de l'anorexie mentale à un trouble neurodéveloppemental est faite, face à certaines similitudes avec le Trouble Envahissant du Développement, telles l'inflexibilité mentale, le déficit de cohérence centrale, la faible empathie.

Cette nouvelle approche implique une prise en charge complémentaire du trouble anorexique ciblée sur les altérations attentionnelles et le déficit de flexibilité afin de mettre en place des stratégies d'adaptation, soulignant l'intérêt potentiel de la remédiation cognitive déjà utilisée dans certains troubles, comme la schizophrénie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1): Guillemot A, Laxenaire M
« *Anorexie et boulimie, le poids de la culture* »,
Pari, Masson, 2000, 2^e éd, 140p
- (2) : Redureau N
« *Anorexie mentale : une approche au travers de l'histoire* »
Thèse d'exercice, Lille, université du droit et de la santé, 2003
- (3) : Haute Autorité de Santé
« *Recommandation -Anorexie mentale : prise en charge* »
AFDAS-TCA-HAS(Service de bonnes pratiques professionnelles)-juin 2010
Disponibilité : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
- (4) : American Psychiatrique Assosiation
« *Feeding and eating disorders* »,
American psychiatric publishing, 2p, 2013
Disponibilité : <http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
- (5) : Foulon C, coordination par Jeammet P
« *Troubles des conduites alimentaires* », chap19, 0001344755.INDD 477. 2/7/2012
Disponibilité : <http://www.em-consulte.com/em/mktg/chapitre19.pdf>
- (6) : Fernandez L, Sztulman H
« *Approche du concept d'addiction en psychopathologie* »
Ann.Méd.-Psychol .,1997,155,n°4,255-265
- (7) : Valleur M, Velea D
« *Les addictions sans drogue(s)* »
Revue toxibase, n°6-juin 2002
- (8):Speranza M, Revah-Levy A, Giquel L, Loas G, Venisse JL, Jeammet P, Corcos M.
“*An investigation of Goodman's addictive disorder criteria in eating disorders.*”
Eur Eat Disord Rev. 2012 May;20(3):182-9. doi: 10.1002/erv.1140.
Published online 10 August 2011 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com)
DOI:10.1002/erv.1140
- (9) Brusset B
“*Psychopathologie de l'anorexie mentale*”
Paris, Dunod,1998, 279p

(10) : Jeammet P

« *Anorexie Boulimie. Les paradoxes de l'adolescence* »
Paris, Hachette Pluriel reference,2011, 242p

(11): Corcos M

« *Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires* »
Dialogue 2005/3-n°169, pages 97-109. DOI : 10.3917/dia.169.0097

(12): Keating L, Tasca GA, Hill R.

«*Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders.* »

Eat Behav. 2013 Aug;14(3):366-73 .doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.06.013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.013>

(13):Corcos M, Jeammet P

“*Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence: la force et le sens*”

Psychotropes, 2006/2 Vol.12, p71-91. DOI : 10.3917/psyt.122.91

(14) : Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Cramer A.

“*Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects.*”

Psychother Psychosom. 2003 Sep-Oct;72(5):276-85.

Disponibilité : www.karger.com/pps (DOI: 10.1159/000071899)

(15) : N.-T. Godart, F. Perdereau, P. Jeammet, M.-F. Flament

« *Comorbidité des troubles alimentaires et des troubles de l'humeur*

Revue de la littérature : problèmes méthodologiques et données »

L'Encéphale, Vol 31, N° 5 - novembre 2005, pp. 575-587

Disponibilité : [www :em-consulte.com/en/article/83353](http://www.em-consulte.com/en/article/83353), Doi : ENC-11-2005-31-5-0013-7006-101019-200520063

(16) : Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, Pfeiffer E, Fleischhaker C, Wewetzer C, Herpertz-Dahlmann B.

“*Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa.*”

Eur Eat Disord Rev. 2014 Jan;22(1):39-44. doi: 10.1002/erv.2254. Epub 2013 Sep 12.

Disponibilité : wileyonlinelibrary.com, DOI: 10.1002/erv.2254

(17) : N.T Godart, F Perdereau, P Jeammet, M.F Flament

« *Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire* »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 161, Issue 7, September 2003, Pages 498–503

Disponibilité : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448703000295>

(18) : Swinbourne JM, Touyz SW

« *The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review.* »

Eur Eat Disord Rev. 2007 Jul;15(4):253-74.

Disponibilité : [http://onlinelibrary.wiley.com.doc-distant.univ-lille2.fr](http://onlinelibrary.wiley.com/doc-distant.univ-lille2.fr), DOI: 10.1002/erv.784

(19) : Foulon C

« *Schizophrénie et troubles du comportement alimentaire (TCA)* »

Vol 29, N° 5 - octobre 2003, pp. 463-466

Disponibilité : <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/83220/resultatrecherche/1>

Doi : ENC-10-2003-29-5-0013-7006-101019-ART11

(20): von Ranson KM, Iacono WG, McGue M.

“*Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations within individuals.*”

Int J Eat Disord. 2002 May;31(4):389-403.

Disponibilité: <http://onlinelibrary.wiley.com.doc-distant.univ-lille2.fr>, DOI:

10.1002/eat.10050

(21): Wolfe WL, Maisto SA.

“*The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research.*”

Clin Psychol Rev. 2000 Aug;20(5):617-31.

Disponibilité: <http://www.sciencedirect.com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0272735899000094>

(22): Krug I, Pinheiro AP, Bulik C, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E, Masuet C, Agüera Z, Fernández-Aranda F.

“*Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups.*”

Psychiatry Clin Neurosci. 2009 Feb;63(1):82-7.

Disponibilité: onlinelibrary.wiley.com.doc-distant.univ-lille2.fr,

doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01908.x.

(23): C. Garcia Hejl , J.-M. Garcin, C. Garcia, C. Bigaillon, F. Ceppa, P. Burnat

“*Addiction au sport et anorexie*”

Pathologie Biologie, Volume 56, numéro 1, pages 43-45 (février 2008)

Disponibilité: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/69411/resultatrecherche/2>

Doi : 10.1016/j.patbio.2007.06.004

(24): Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

“*Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)*”

Chapitre V, Troubles mentaux et du comportement (F0-F99)

Disponibilité: [modif_CIM-10_chapV_2007.pdf, http://www.atih.sante.fr/?id=0003500005FF](http://www.atih.sante.fr/?id=0003500005FF)

(25) : O'Brien KM, Vincent NK.

“*Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships.*”

Clin Psychol Rev. 2003 Feb;23(1):57-74. Disponibilité:

[www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272-7358\(02\)00201-5](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272-7358(02)00201-5)

- (26): Reas DL, Rø Ø, Karterud S, Hummelen B, Pedersen G.
 “Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders.”
 Int J Eat Disord. 2013 Dec;46(8):801-9.
 Disponibilité: onlinelibrary.wiley.com, doi: 10.1002/eat.22176
- (27): Stephanie E. Cassin, Kristin M. von Ranson
 “Personality and eating disorders: A decade in review”
 Clinical Psychology Review 25 (2005) 895–916
 Disponibilité: <http://www.sciencedirect.com/doc-dist/ant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0272735805000899>
 doi:10.1016/j.cpr.2005.04.012
- (28): Godt K.
 “Personality disorders in 545 patients with eating disorders.”
 Eur Eat Disord Rev. 2008 Mar;16(2):94-9.
 Disponibilité: onlinelibrary.wiley.com, DOI: 10.1002/erv.844
- (29): Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Zanarini MC, Bender DS, Morey LC, Dyck IR, McGlashan TH.
 “Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter.”
 Int J Eat Disord. 2003 Mar;33(2):155-64.
 Disponibilité : onlinelibrary.wiley.com, DOI: 10.1002/eat.10123
- (30): Gaudio S, Di Ciommo V.
 “Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa.”
 Psychosom Med. 2011 Nov-Dec;73(9):769-74. doi: 10.1097/PSY.0b013e318235b9b5.
 Disponibilité: www.psychosomaticmedicine.org
- (31): Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R.
 “Personality disorders among subjects recovered from eating disorders.”
 Int J Eat Disord. 2000 Apr;27(3):353-7.
 Disponibilité : onlinelibrary.wiley.com, DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<353::AID-EAT14>3.0.CO;2-E
- (32) :Corcos M, Agman G, Bochereau D, Chambry J et Jeammet PH.
 « *Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence.* »
 Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002, 15 p.
 Disponibilité : <http://www.em-premium.com/doc-dist/ant.univ-lille2.fr/showarticlefile/10132/37-32083.pdf>
- (33) : Klump KL.
 « *Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies.* »
 Horm Behav. 2013 Jul;64(2):399-410
 Disponibilité : <http://www.sciencedirect.com/doc-dist/ant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0018506X13000548#>
 doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.02.019.

- (34) : American Psychiatrique Assosiation
« *Personality disorders* »,
American psychiatric publishing, 2p, 2013
Disponibilité :
<http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
- (35) : I. Rousset, A. Kipman, P. Adès, P. Gorwood
« *Personnalité, tempérament et anorexie mentale* »
Annales médico-psychologiques, Volume 162, numéro 3, pages 180-188 (avril 2004)
Disponibilité : <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/24993/main.pdf>
Doi : 10.1016/j.amp.2003.01.001
- (36) : Goldner EM, Srikameswaran S, Schroeder ML, Livesley WJ, Birmingham CL.
« *Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders.* »
Psychiatry Res. 1999 Feb 22;85(2):151-9.
Disponibilité : <http://www.sciencedirect.com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0165178198001450#>
- (37) : Lilenfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J.
« *Eating disorders and personality: a methodological and empirical review.* »
Clin Psychol Rev. 2006 May;26(3):299-320
Disponibilité : <http://www.sciencedirect.com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0272735805001364#>
doi:10.1016/j.cpr.2005.10.003
- (38) : A. Kipman, P. Gorwood, M.C. Mouren-Simeoni, J. Adès
« *Anorexie mentale et obsession : continuité ou contiguïté ?* »
Annales médico-psychologiques, Volume 159, numéro 8, pages 560-575 (octobre 2001)
Disponibilité : <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/5435/main.pdf>
- (39) : Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S.
« *Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology?* »
Psychiatry Res. 2011 May 30;187(3):401-8
Disponibilité : <http://www.sciencedirect.com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S016517811000658X>
doi:10.1016/j.psychres.2010.10.028
- (40) : F. Perdereau, S. Faucher, P. Jeammet, N.-T. Godart
« *Antécédents familiaux de troubles anxieux et de troubles de l'humeur dans l'anorexie mentale* »
L'Encéphale, Volume 33, numéro 2, pages 144-155 (avril 2007)
Disponibilité : <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/137958/main.pdf>
Doi : 10.1016/S0013-7006(07)91544-4

(41) : Devereux G

« *Essais d'éthnopsychiatrie générale* »

Paris, Gallimard, 1970, 2^e éd, 394p

(42) : Martinez G, et al.

« *L'anorexie mentale à la lumière du fonctionnement neurocognitif : nouvelles perspectives théoriques et thérapeutiques.* »

Encéphale(2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.004>

AUTEUR : Nom : Lesage

Prénom :Audrey

Date de Soutenance :02 avril 2014

Titre de la Thèse :

« Anorexie mentale restrictive et trouble de la personnalité : continuité ou comorbidité ? »

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement :Psychiatrie

DES + spécialité :Psychiatrie

Mots-clés :anorexie, personnalité, comorbidités, facteurs de vulnérabilité

Résumé :

L'anorexie mentale, restrictive, est une pathologie de plus en plus fréquente. Elle suscite un grand intérêt auprès des psychiatres, notamment en ce qui concerne la personnalité de ces patientes, dans une approche dimensionnelle. S'agit-il d'un lien de continuité ou une comorbidité associée ?

Continuité du concept d'anorexie mentale :

Après les premières descriptions mystiques, l'accent mis sur les symptômes conversifs, donna le nom d' « anorexie hystérie » au trouble, par Lasègue, en 1873.

La classification actuelle du DSM IV retient les critères suivants : refus de maintenir son poids, dysmorphophobie, et aménorrhée. La dernière approche est celle de l'addiction ; ici au jeûne dans une boucle qui aurait tendance à s'auto-renforcer et modifier ainsi la personnalité.

Comorbidités :

Elles sont fréquentes ; en effet, 77% auraient au moins un trouble de l'axe I et 71% un trouble de la personnalité. La dépression, les troubles obsessionnels compulsifs et la phobie sociale sont les plus présents, et précédaient fréquemment le trouble alimentaire. Les troubles de la personnalité, sont estimés entre 21-90% selon les sous-types d'anorexie. Le type restrictif, est marqué par les personnalités obsessionnelle-compulsive et évitante. Une étude s'est intéressée au trouble de personnalité persistant après guérison ; le taux était important et estimé à 26%.

Discussion- conclusion :

L'anorexie mentale s'inscrit pleinement dans un modèle bio-psycho-social, au carrefour de facteurs individuels, familiaux et environnementaux. Selon différents modèles évoqués, nous pouvons penser qu'il n'y a pas de personnalité type de l'anorexique restrictive, bien qu'il existe des caractéristiques, comme le perfectionnisme ou l'isolement, mais qu'il existe une vulnérabilité, certainement génétique, au trouble alimentaire et de la personnalité dans une certaine continuité. Cependant, cette vulnérabilité peut donner accès à d'autres comorbidités, importantes à repérer, pour adapter la prise en charge, notamment à la lumière d'une récente approche neurocognitive, ciblant les perturbations cognitives telle l'inflexibilité, et un manque de compétence sociale.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur THOMAS Pierre

Assesseurs : Monsieur le Professeur DELION Pierre

Monsieur le Docteur JARDRI Renaud

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier