

17

Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) se déclenchant à l'adolescence (anorexie mentale et boulimie) ont fait l'objet des études les plus nombreuses et les plus rigoureuses par rapport à d'autres troubles qui prennent cependant une certaine extension, en particulier dans les pays anglo-saxons (l'hyperphagie, le *craving*, le *binge eating disorder* et l'obésité) et par rapport aux TCA de l'enfance et de la préadolescence.

Le comportement alimentaire dépend de facteurs génétiques et psychologiques individuels, en étroite interaction avec des facteurs environnementaux familiaux et socio-culturels (Striegel-Moore et coll., 1986 ; Jimerson et coll., 1997 ; Stice, 1998 ; Corcos, 2000a). Il s'agit d'un modèle étiopathogénique polyfactoriel qu'il faut intégrer dans toute sa diversité lorsqu'on aborde les questions du dépistage et de la prévention. En matière de prévention, il convient de souligner la rapidité d'installation d'un autorenforcement biologique de la conduite (Bergh et Södersten, 1996 ; Corcos et coll., 2001) et de l'existence de complications sévères incluant des aggravations biologiques, des répercussions scolaires, professionnelles et/ou psychologiques. Ces différents troubles entretiennent et perpétuent l'affection et sont parfois des signes d'appel tardifs pour des TCA méconnus ou déniés.

Données épidémiologiques

Bien que l'anorexie et la boulimie suscitent un grand intérêt auprès des psychiatres, seule l'anorexie bénéficie à ce jour d'études épidémiologiques ayant un recul suffisant pour porter des conclusions.

Données sur l'anorexie

La fréquence de l'affection a fait l'objet de nombreuses interrogations ces dernières années. Il semblait en effet à de nombreux auteurs que celle-ci était en hausse sensible, en particulier depuis la fin des années soixante. L'intérêt croissant des psychiatres pour cette affection (comme en témoigne le nombre

de publications sur le sujet) et l'absence de consensus sur des critères diagnostiques (avant l'avènement dans les années soixante-soixante-dix du RDC ou *research diagnostic criteria*, du DSM et de la CIM-10) ont été à l'origine de nombreux biais dans l'évaluation rigoureuse de l'incidence de l'affection. Ces critères restent toujours problématiques quant à leur possibilité d'identification des troubles précoces (avant 16 ans) et des formes subsyndromiques (Nicholls et coll., 2000) puisqu'ils ne cotent que des formes avérées, déjà installées et souvent graves. Les deux catégories sus-mentionnées échappant en partie à l'identification par ces critères, peuvent correspondre à un phénomène d'imitation chez des sujets immatures et ont un pronostic généralement favorable. Cependant, cela n'exclut pas la possibilité que ces sujets évoluent jusqu'à une pathologie caractérisée à cause du potentiel d'autorenforcement biopsychologique inhérent à la conduite anorexique. Enfin, ces critères ne sont que partiellement adaptés à l'individualisation des cas masculins.

Aux États-Unis, l'anorexie mentale est la troisième maladie chronique chez l'adolescente (après l'obésité et l'asthme) ; la prévalence serait de 0,48 % dans la tranche des 15-19 ans (Lucas et coll., 1991). La prévalence vie entière est estimée à 0,5 % (Kendler et coll., 1991).

Une éventuelle augmentation de l'incidence dans la population générale n'est, à ce jour, pas démontrée.

Une évaluation menée en Angleterre sur dix ans, de 1971 à 1981, montre une augmentation des nouveaux cas féminins pendant la période considérée. Cependant, on ne peut pas affirmer que le risque morbide a changé puisque, dans le même temps, la population à risque (jeunes adolescentes) a constamment augmenté. Par ailleurs, dans l'analyse épidémiologique des cas d'anorexie hospitalisés, il faut différencier les nouveaux cas des réadmissions qui apparaissent nombreuses (Williams, 1987).

Une étude (Lucas et coll., 1991) portant sur l'incidence et la variation de l'affection à Rochester dans le Minnesota, sur une période de cinquante ans (1934-1984) montrait une augmentation depuis les années trente de la fréquence de l'anorexie mentale dans la population des adolescentes de 15 à 24 ans (avec une fréquence accrue des formes modérées comparativement au passé). Cette affection semble avoir été stable dans les populations de femmes plus âgées (en particulier si l'âge est supérieur à 25 ans) et chez les garçons. De plus, les auteurs soulignent que le nombre d'hospitalisations pour anorexie mentale a augmenté. Cependant, globalement, les auteurs concluent à l'absence de variations significatives. Même s'ils notent des diagnostics plus précoces et des hospitalisations plus nombreuses, ils récusent toute notion d'« épidémie ».

D'après Fombonne (1995), les TCA ont des taux d'incidence trop faibles (1 ‰-2 ‰) chez les femmes pour mettre en évidence une tendance évolutive car cela nécessiterait de très larges échantillons. Pour cette équipe, il n'y a pas

d'augmentation séculaire de l'incidence de l'anorexie mentale. La prévalence de l'anorexie mentale dans la tranche d'âge 15-19 ans est estimée entre 2 ‰ et 5 ‰.

Pour les deux formes cliniques plus rares, l'anorexie prépubère et l'anorexie tardive (chez une femme mariée, d'âge mûr, avec un ou plusieurs enfants), des données épidémiologiques manquent. Enfin, certains auteurs indiquent une légère augmentation des cas masculins, mais il n'y a pas d'étude probante sur le sujet.

Données sur la boulimie

Les études épidémiologiques sur la boulimie étant récentes et assez disparates dans leur méthodologie, on manque de recul pour confirmer ou infirmer l'idée probablement juste d'une augmentation récente de l'incidence du trouble. D'après les auteurs américains, la prévalence vie entière de la boulimie est comprise entre 1 % et 3 % (Kendler et coll., 1991 ; Garfinkel et coll., 1995). Il existerait une prévalence comparable de formes subsyndromiques dont le devenir est incertain.

Une étude portant, dans la même université, sur trois échantillons d'étudiants examinés par autoquestionnaire en 1980, 1983 et 1986 (Pyle et coll., 1986, 1991) met en évidence une augmentation relative de la prévalence de la boulimie entre 1980 (1 %) et 1983 (3,2 %), puis une faible diminution en 1986 (2,2 %). En revanche, une autre étude, également par autoquestionnaire, répétée à cinq ans d'intervalle dans la même *high school* aux États-Unis (Johnson et Connors, 1987 ; Johnson et coll., 1989) montre une baisse de la prévalence des symptômes boulimiques en général et une diminution du diagnostic avéré de boulimie, qui passe de 4,1 % en 1981 à 2,0 % en 1986.

Données sur les formes subsyndromiques

D'après une étude de Casper et Offer (1990), deux tiers des adolescentes américaines sont préoccupées par leur poids (contre 15 % des adolescents). L'intensité de ces préoccupations était corrélée avec des images de soi et de son corps plus péjoratives, ainsi qu'avec une humeur dépressive, indiquant clairement des problèmes psychopathologiques.

En France, dans une pré-enquête dans la Haute-Marne qui portait sur environ 3 500 élèves, les auteurs notaient que les préoccupations corporelles concernaient un tiers des jeunes filles ; 20 % avaient des conduites de restriction et de jeûne sans répondre aux critères décrits dans le DSM-III-R d'une pathologie déterminée, 3 % avaient des vomissements et des abus de laxatifs ou de diurétiques, près de 10 % une crise de boulimie hebdomadaire. On retrouvait un taux de prévalence de la boulimie telle que la catégorise le DSM-III-R de 1 % à 1,1 % et autour de 0,1 % pour l'anorexie mentale (Ledoux et coll., 1991).

Selon Kaplan et Sadock (1998), environ 5 % des jeunes femmes présentent des symptômes de boulimie sans répondre à l'ensemble des critères diagnostiques et les conduites de frénésie alimentaire apparaissent très fréquentes puisque observées dans plus de 40 % des cas dans une population de collégiennes aux États-Unis.

L'ensemble de ces données invite à considérer les TCA dans un continuum du normal – pathogène-pathologique (c'est-à-dire selon un aspect dimensionnel) plutôt que sur un mode catégoriel qui risque d'être réducteur. Le DSM-IV, classification la plus utilisée dans ces recherches, a tendance à caractériser principalement les états pathologiques avérés, c'est-à-dire les formes symptomatiques majeures, organisées et relativement stables, ne serait-ce que du fait des critères somatiques requis (poids, aménorrhée, fréquence des crises de boulimie...). Cette classification laisse donc de côté les formes subsyndromiques. Alors que dans les formes avérées la composante génétique est prévalente, dans les formes subsyndromiques, l'influence des facteurs environnementaux est plus forte. Les questions qui restent non résolues sont les suivantes : les formes subsyndromiques sont-elles aujourd'hui en augmentation du fait d'un contexte socioculturel favorable ? quelle place ces formes ont-elles dans une approche dimensionnelle développementale (du normal au pathologique) ? quel est leur devenir potentiel : autorenforcement et évolution vers les formes caractérisées ou abrasement et disparition ? Soulignons enfin que l'évaluation diagnostique des TCA doit tenir compte de l'avancée séculaire de l'âge d'apparition des règles et de l'augmentation moyenne de la masse corporelle des jeunes femmes dans nos sociétés occidentales.

Si une augmentation de l'incidence et de la prévalence était réellement constatée, les troubles du comportement alimentaire pourraient être considérés comme un nouveau mode préférentiel d'expression symptomatique des difficultés psychologiques à l'adolescence, rejoignant en cela d'autres troubles comme les conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme) et les tentatives de suicide à répétition. L'augmentation parallèle des TCA et des conduites addictives serait un argument supplémentaire en faveur de la pertinence du concept d'addiction dans les TCA quelle que soit l'approche épidémiologique, comportementale, biologique ou psychodynamique qui l'argumente (Davis et Claridges, 1998 ; Corcos et coll., 2000d). Pour l'ensemble de ces conduites, les changements sociaux, de mode de vie, d'éducation, l'évolution des valeurs apparaissent comme des déterminants essentiels de cette évolution de fréquence. Néanmoins, la question de savoir pourquoi seuls certains sujets seront sensibles à ces changements et seront amenés à développer ces troubles (vulnérabilité génétique...) reste entière.

Une étude, sur de larges échantillons, de l'évolution des TCA reste à faire. Une étude spécifique sur l'évolution du *sex ratio* est également à promouvoir. Elle devrait tenir compte (évolution des critères DSM et CIM-10) des formes subsyndromiques, des formes pré-adolescentes (âge inférieur à 16 ans) où on recrute en particulier certaines formes atypiques (phobie du vomissement,

phobie de la déglutition, opposition alimentaire). À ce titre, le questionnaire spécifique appelé GOSC (*great ormond street criteria*) de cette tranche d'âge (Nicholls et coll., 2000) semble prometteur dans les recherches futures. La dimension socioculturelle des troubles invite de plus à promouvoir l'étude de la fréquence des TCA dans les populations migrantes, en particulier pour la France chez les Français d'origine maghrébine de seconde génération.

Facteurs de risque

On entend par facteurs de risque les caractéristiques mesurables chez un sujet donné dans une population donnée qui précèdent le trouble observé dans cette population avec une fréquence significative. Facteur de risque ne signifie ni facteur de vulnérabilité spécifique, ni symptôme prémorbide ou facteur prédictif (si ce n'est potentiellement) et n'implique pas une valeur étiologique. La notion de facteur de risque est statistique dans une dimension collective. Elle n'a pas de valeur clinique prédictive à l'échelon individuel.

On divise les facteurs de risque en facteurs spécifiques du trouble alimentaire et en facteurs non spécifiques, c'est-à-dire qu'ils sont des facteurs de risque pour l'ensemble de la psychopathologie.

La vulnérabilité ne veut pas dire pathologie. Elle peut être utilisée par certains sujets pour être créatifs ou s'autoconstruire dans un mouvement d'affirmation, et utilisée par d'autres pour une autodestruction (fascination par le négatif comme moyen suprême de contrôle de la réalité menaçante).

C'est l'association de plusieurs facteurs de risque qui généralement favorise le développement d'un trouble (facteurs cumulatifs et interactifs entre eux).

Parmi les facteurs de risque spécifiques des troubles alimentaires, on trouve, en plus de la prédominance féminine, l'ethnie et l'adolescence. Concernant les autres facteurs, on note les facteurs socioculturels, familiaux et de vulnérabilité individuelle.

Comme nous le verrons, il n'y a pas de signes d'appel à proprement parler permettant un dépistage précoce d'un TCA avant un trouble avéré et les facteurs de risque existants, qui sont parfois confondus avec des signes d'appel, sont non spécifiques. Cette confusion facteur de risque/signe d'appel est préjudiciable pour des affections où la critérogénie actuelle n'individualise pas un état prémorbide (contrairement à d'autres troubles comme la schizophrénie) et un stade de début des troubles (prodromes). Les facteurs de risque que nous allons développer doivent être considérés comme des marqueurs cliniques de vulnérabilité potentielle non spécifiques. Ils circonscrivent un « état mental à risque », mais le point de bascule vers une affection avérée reste indéterminé.

Facteurs socioculturels

Dans les pays occidentaux, la pression sociale véhiculée par les médias qui s'exerce sur les femmes autour de l'image du corps et du poids contribue au développement de pratiques alimentaires et corporelles abusives (régimes restrictifs draconiens, activité physique intense), qui favorisent, pour certaines femmes vulnérables, le début de conduites alimentaires pathologiques secondaires à l'instauration d'un régime.

L'augmentation de fréquence des TCA parallèle à celle des addictions en général pourrait sembler congruente avec un mode de société libérale.

Le rôle de tels facteurs est difficile à mettre en évidence, néanmoins plusieurs études ont montré que les pathologies alimentaires étaient plus fréquentes dans certains milieux où le corps est au centre de l'activité professionnelle (danseurs, mannequins, sportifs de haut niveau...).

L'incidence des TCA chez les non-Caucasiens résidents aux États-Unis (en particulier chez les Noirs, dont la relation au corps est sensiblement différente) est réduite. En effet, Neumark-Sztainer et coll. (1998) observent que l'on retrouve plus souvent régime et exercice physique chez les Caucasiens que chez les Noirs. De même, l'apparente augmentation de l'incidence dans les pays en voie de développement (Maghreb) va dans le sens de l'importance de l'impact socioculturel et de sa pénétrance en fonction de l'ethnie. Hill et Bhatti (1995) montrent que les jeunes Pakistanaïses en Grande-Bretagne sont touchées par cette augmentation. Munford et coll. (1991) observent que les Asiatiques de 14-16 ans qui parlent plus la langue d'origine et qui maintiennent l'habit traditionnel ont des scores plus élevés à l'EAT (*eating attitude test questionnaire*) et au BSQ (*body sensations questionnaire*).

Facteurs génétiques

L'héritabilité, c'est-à-dire le poids des facteurs génétiques, est estimée à 50 %-70 %. Elle correspond à la part des facteurs causaux liés aux différences interindividuelles du génome (polymorphismes). La fréquence d'anorexie mentale serait 10 fois supérieure chez les apparentés au premier degré de femmes anorexiques que chez des sujets témoins (pour exemple, Strober et coll., 2000).

La vulnérabilité génétique ne repose pas sur un seul gène (l'allèle de vulnérabilité 5 HT2A est actuellement le plus cité). Plus le nombre de gènes en cause est élevé, plus la dispersion de la transmission à la génération suivante est importante. Un sujet ayant une vulnérabilité génétique, sur le 5 HT2A par exemple, a un risque relatif faible ($\times 1,8$) en l'absence d'association avec d'autres susceptibilités génétiques (sur d'autres gènes) et des facteurs environnementaux favorisant. Il faut donc exclure la notion de gène candidat car la transmission est probablement oligogénétique voire polygénétique. Or ces conditions d'interactions sont rarement réunies, ce qui explique la dispersion

au bout de trois générations... le dernier sujet ayant autant de risque que dans la population générale.

La vulnérabilité génétique au TCA est vraisemblablement corrélée étroitement avec le risque de troubles dépressifs majeurs dans la famille. Seraient concernés 5 % à 10 % des troubles alimentaires pour lesquels un syndrome dépressif majeur est retrouvé chez les collatéraux. Les études sur l'association génétique au trouble obsessionnel compulsif (TOC) se développent (Cavallini et coll., 2000). La plupart des anorexiques et une partie des boulimiques sont dans une logique obsessionnelle défensive (Speranza et coll., 1999), avec une obsessionnalité plus importante en cas de comportement restrictif et une compulsivité plus importante en cas de comportement boulimique. La comorbidité TCA-TOC est donc importante, mais le lien psychopathologique apparaît non spécifique.

Il est probable que les formes endogènes avec dimension obsessionnelle et dépressive des troubles se recrutent préférentiellement chez les anorexiques mentales restrictives pures, tandis que les formes *borderline*, où l'influence de l'environnement est prévalente, se retrouvent plus volontiers chez les anorexiques mentales *purging-type* et les boulimiques. À cet égard, Halmi et coll. (2000) estiment que le « perfectionnisme » est une caractéristique clinique singulière et discriminante dans l'anorexie restrictive pure et qu'il renvoie à une vulnérabilité génétique.

L'anorexie mentale étant une maladie rare, les études de génétique doivent inclure un nombre très important de patients pour que les données soient interprétables. Il n'y a pas d'études d'adoption.

Prédominance féminine

Le *sex ratio* fortement féminin (Bailly, 1993) s'explique, en dehors de facteurs génétiques, par le rôle fondamental, dans ces affections, des transformations pubertaires tant physiques que psychologiques à cet âge, et le fait que la « problématique narcissique » (c'est-à-dire l'affirmation de soi, de son identité), centrale dans les TCA, se joue chez la femme au niveau de l'apparence, expliquant ainsi l'utilisation défensive du corps. Chez les garçons, cette problématique narcissique peut se jouer au niveau de l'affirmation virile (Brusset, 1990). Cette dimension psychopathologique concourt également à expliquer la prévalence féminine d'autres affections psychiatriques (hystérie, phobie, tentatives de suicide...) ou celle masculine de la délinquance ou des suicides avérés. Notons que le *sex ratio* évolue légèrement, avec un nombre croissant de garçons atteints. Cela pourrait s'expliquer en partie par l'apparition d'un modèle social androgyne qui se concrétise, chez les garçons affectés, par une plus grande féminité, un investissement plus important dans l'apparence corporelle, un choix d'orientation professionnelle singulier (danseur, mannequin) et par une plus grande incidence de l'homosexualité avérée à l'âge adulte.

Impact de la puberté

Les TCA apparaissent généralement dans la postpuberté bien que la prévalence dans l'enfance demeure totalement inconnue. Pour Hill et Bhatti (1995), à 9-10 ans déjà, plus d'une fille sur deux se préférait plus mince contre 28 % pour les garçons.

La phase la plus précoce de l'adolescence, marquée par les transformations psychiques et corporelles de la puberté, apparaît primordiale dans la problématique des TCA. Le refus pathologique des transformations du schéma corporel, tel qu'il est figuré dans l'anorexie et la boulimie, aura des conséquences progressives sur la nature des relations qu'entretient le patient avec les adultes, ses pairs et lui-même.

Quelques études ont cherché à mettre en évidence chez des sujets boulimiques des particularités du développement pubertaire, telles qu'une puberté précoce ou un surpoids (Killen et coll., 1992 ; Koff et Rierdan, 1993). D'autres ont évalué la manière dont ce développement avait été perçu (Striegel Moore et coll., 1986 ; Leon et coll., 1993 ; Killen et coll., 1994). Killen et coll. (1992) ont examiné, chez 971 sujets en première et deuxième année de collège (*junior high school*), les relations entre l'état de maturation sexuelle (critères de Tanner) et l'existence d'un trouble des conduites alimentaires de type boulimie. Plus de 80 % des sujets présentant une boulimie symptomatique étaient en avance du point de vue du développement pubertaire (stade IV ou V de Tanner). Les auteurs concluaient que la puberté pouvait être considérée comme un facteur de risque quant au développement des TCA.

La période de puberté n'est-elle pas cependant difficile chez toutes les jeunes filles (Ferron et coll., 1993) ? Et l'avance séculaire de l'âge de la puberté, ces dernières décennies, n'est pas négligeable (Alvin, 1993). Des sentiments de malaise face à son corps, face à soi-même et face aux autres doivent-ils être considérés comme la « crise » normale de l'adolescence, ou doivent-ils au contraire être reconnus comme des signes précoces de souffrance psychopathologique et, à ce titre, demander une attention thérapeutique avant même la constitution de troubles plus spécifiques ? Pour tenter de répondre à cette question, Corcos et coll. (2000c) ont comparé ce que disaient des jeunes filles boulimiques de la manière dont s'étaient déroulées les années de leur puberté à ce qu'en disaient des jeunes filles du même âge ne présentant pas de difficultés psychopathologiques particulières. Cette comparaison rétrospective a été possible grâce à l'utilisation de sections d'entretiens communes entre l'étude réalisée chez les collégiennes et les lycéennes de la Haute-Marne et celle des patientes du Réseau boulimie Inserm (Flament et Jeammet, 1999). Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins, tentant d'appréhender le vécu personnel et relationnel des patientes boulimiques à une période charnière de leur vie, la puberté. Un certain nombre de traits se distinguent, avant même l'apparition de comportements alimentaires déviants chez les adolescentes qui deviendront boulimiques par rapport à celles pour lesquelles aucun trouble ne

se développera dans les années suivantes. Ces particularités touchent notamment le regard que ces jeunes filles portent sur elles-mêmes et sur leur corps au moment où elles subissent les changements pubertaires. L'image négative qu'elles ont alors de ces transformations s'associe à des préoccupations concernant le poids et à des conduites anorexiques plus fréquentes. On peut difficilement retenir l'hypothèse d'une surcharge pondérale qui focaliserait l'attention sur le corps, puisqu'il n'existe pas de différence de poids avant la puberté entre boulimiques et témoins. On peut penser que la puberté a un effet traumatique chez ces jeunes patientes, en ce qu'elle matérialise et figure corporellement une problématique antérieurement présente. Celle-ci serait déjà préorganisée autour de la sphère alimentaire. On peut à cet égard faire un lien entre des préoccupations familiales concernant le poids et l'alimentation et le souci particulier de ces adolescentes de leur apparence physique, puisque l'on constate essentiellement chez les apparentés au premier degré l'observance de régimes alimentaires en dehors de surpoids évidents.

L'existence d'un lien entre une inquiétude parentale, notamment maternelle, concernant le poids et l'alimentation et le développement d'un trouble des conduites alimentaires a d'ailleurs déjà été suggérée par certains auteurs (Rozin et Fallon, 1988 ; Pike et Rodin, 1991 ; Moreno et Thelen, 1993a). Au sein de la famille, on observe plus souvent chez les futures boulimiques que chez les jeunes filles témoins un renversement négatif des relations avec la fratrie et les pairs. Notons que les comportements tendant à reprendre la maîtrise du corps prennent le devant de la scène dès cet âge. Prédominant de même des attitudes de retrait, d'isolement social, alors que le domaine scolaire reste préservé, voire privilégié, et des relations moins positives avec les pairs que ne le voudrait le niveau de développement psychosexuel. Il semble pour les auteurs que ces manifestations soient le témoignage d'une dépressivité difficilement mentalisable et dont l'expression prend essentiellement une figuration comportementale et corporelle. Celle-ci permet d'éviter la représentation trop claire et douloureuse du conflit.

Ainsi, les futures boulimiques vivent plus difficilement que les autres ce moment clé de leur maturation physique et psychique que constitue la période pubertaire. Leur trouble se traduit peu par des perturbations bruyantes du comportement. Mais il est déjà focalisé sur l'image du corps et l'image de soi, intimement liées à cet âge, et sur des difficultés relationnelles tant avec la mère qu'avec le groupe social.

Cependant, il convient de rappeler que seules certaines dimensions psychologiques ont fait l'objet d'une investigation précise. Ainsi, la dépression notamment n'a pas pu être réellement étudiée, de façon rétrospective, dans la population des patientes et la population témoin. De même, il n'existe pas de données suffisantes pour explorer plus avant l'hypothèse d'une dépression maternelle qui fragiliserait ces jeunes filles face aux souffrances psychiques qui peuvent résulter des profondes transformations liées au processus d'adolescence. Si cette étude ne permet pas de dégager de manière univoque des

facteurs « prédictifs » à la puberté de l'apparition ultérieure d'un trouble du comportement alimentaire, elle montre tout de même un certain nombre de signes avant-coureurs, absents chez des témoins du même âge, qu'il convient peut-être de considérer comme des manifestations d'appel, auxquelles on pourrait répondre avant l'installation d'un tableau psychopathologique franc. Des études longitudinales prospectives concernant ces mêmes phénomènes permettraient d'explorer plus avant ces résultats.

Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance

La question du rôle joué par les antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance (ASE) dans la pathogenèse des TCA s'est posée initialement à partir d'observations cliniques individuelles. Des parallèles ont été faits entre la psychopathologie des TCA et les effets délétères des traumatismes sexuels subis pendant l'enfance sur l'estime de soi, l'image du corps, le développement psychosexuel et les relations interpersonnelles. Par la suite, un certain nombre de recherches ont été effectuées, qui tentaient d'objectiver les relations existant entre TCA et ASE. Diverses méthodes ont été employées. Plusieurs investigateurs se sont attachés à évaluer la fréquence des comportements alimentaires déviants chez les victimes d'ASE. Ils ont, pour la plupart, échoué à démontrer que les antécédents d'agression sexuelle favorisaient les TCA (Bailey et Gibbons, 1989 ; Calam et Slade, 1989 ; Beckman et Leonard Burns, 1990 ; Kinzl et coll., 1994). Seuls certains auteurs ont trouvé une association entre l'existence d'ASE et les scores à certaines échelles d'évaluation du comportement alimentaire (Smolack et coll., 1990) ou le diagnostic de boulimie (Hastings et Kern, 1994). D'autres investigateurs ont étudié la prévalence des antécédents d'ASE chez des patientes souffrant de TCA caractérisés. Leurs résultats ont été divergents, puisque les chiffres obtenus pouvaient aller de 7 % à 65 %, avec cependant une majorité d'études estimant la fréquence des antécédents d'ASE aux alentours de 30 % (Flament et coll., 2002), la fréquence des antécédents d'ASE en population indemne de trouble mental étant évaluée à 10 %. Les comparaisons de patientes boulimiques avec des sujets souffrant d'autres troubles psychiatriques ont montré peu de différences, ce qui tendrait à prouver que les relations entre ASE et TCA en termes de cooccurrence n'ont rien de spécifique.

Il importe de différencier abus sexuel intrafamilial et extrafamilial. Tracy et coll. (1996) montrent que les patientes (n = 390) avec antécédents d'abus sexuel intrafamilial ont souffert plus souvent de TCA (17 des 36 sujets, soit 47 %) que celles qui n'avaient pas d'antécédents d'ASE (30 des 142 sujets, soit 21 %), et que celles qui avaient des antécédents d'ASE extrafamilial (76 des 212 sujets soit 36 %).

Il semble également primordial de différencier atmosphère incestueuse et inceste avéré. Le pourcentage de violences sexuelles pendant l'enfance ou l'adolescence rapportées par les patientes de Flament et coll. (2002) est considérablement moins élevé que celui habituellement retrouvé dans des

populations de sujets souffrant de boulimie ou d'un TCA quel qu'il soit. Sur 299 patientes boulimiques, 31 (10 %) avaient subi des violences sexuelles pendant l'enfance ou l'adolescence, 15 (5 %) des manœuvres de séduction incestueuse, et 41 (14 %) des situations de rapproché affectif à connotation incestueuse sans passage à l'acte. Au total, 87 patientes (29 %) avaient souffert d'une forme d'abus sexuel physique ou psychologique. Cette différence peut s'expliquer par la définition restrictive du terme de « violence sexuelle » utilisé dans cette étude, par rapport à celui d'« abus sexuel ». En effet, le terme de « violence » impliquait que ne soient pris en compte que les événements pour lesquels les sujets avaient été soumis à une forte contrainte, physique ou psychologique. L'authenticité des dires des patientes, la réalité de l'événement étaient par ailleurs évaluées au terme d'un entretien prolongé. Enfin, les deux questions portant sur les antécédents de manœuvres de séduction incestueuse et de situations de rapproché symboliquement incestueux empêchaient que soient confondus des abus sexuels mis en acte et des événements plus subjectifs, plus subtils dans leur appréciation. Il est d'ailleurs notable que la seule étude qui ait pris en considération les atmosphères incestueuses afin de les distinguer au mieux d'événements traumatiques dans la réalité, retrouve des chiffres proches de celle de Flament, avec un pourcentage d'abus sexuels patents dans une population de femmes boulimiques égal à 7 % (Lacey 1990), c'est-à-dire voisin de celui observé dans la population générale.

Par ailleurs, on pourrait émettre l'hypothèse que, les données des études citées en référence ayant été obtenues dans des pays anglo-saxons (Flament et coll., 2002), des particularités ethno-culturelles expliquent les divergences entre celles-ci et les résultats français. Mais un certain nombre de recherches effectuées dans différents pays sur des populations non identifiées comme pathologiques tend à montrer qu'il n'existe pas de disparités géographiques majeures quant à la prévalence des abus sexuels, du moins entre les nations occidentalisées. Les différences observées seraient plutôt attribuables à la sensibilisation plus ou moins importante des gouvernements, des chercheurs ou des médecins au problème des sévices perpétrés sur les enfants (Finkelhor, 1994).

Par ailleurs, l'existence d'antécédents d'abus sexuel ne permet pas dans l'étude de Flament et coll. (2002) de prédire le diagnostic du type clinique de boulimie présenté. Cela va à l'encontre de plusieurs études qui montraient une moindre fréquence d'antécédents d'ASE chez les patientes présentant une symptomatologie anorexique dominante comparées aux boulimiques « pures » (Steiger et Zanko, 1990 ; Waller, 1991 ; Fullerton et coll., 1995). Mais les résultats ne sont pas totalement comparables. En effet, d'une part cette étude s'est référée à la critériologie du DSM-IV, plus restrictive que celle du DSM-III-R ; d'autre part, cette étude comprenait surtout des boulimiques et seulement un petit nombre d'anorexiques-boulimiques, contrairement aux travaux suscités.

Soulignons la comorbidité importante entre ASE et personnalité *borderline* (91 %). Les patientes TCA *borderline* avec ASE pourraient constituer un groupe clinique à part avec l'importance de la dimension impulsive et du risque suicidaire.

Enfin, il est important de rappeler l'apport de l'expérience clinique dans les TCA (Corcos, 2000b). Elle souligne que, dans bon nombre de cas, ce qui est perçu est la répression massive de la dimension sexuée et des liens érotiques parents-enfants tant du côté maternel (transmission du féminin *via* le maternel) que du côté paternel (répression ou attitude contre-œdipienne active).

Dimension dépressive et vulnérabilité narcissique

Quatre études longitudinales sur sept se rejoignent dans leurs conclusions : une baisse de l'estime de soi (*low self esteem or sense of ineffectiveness*) est prédictive d'un trouble du comportement alimentaire (Yager et coll., 1987 ; Striegel-Moore et coll., 1989 ; Button et coll., 1996 ; Keel et coll., 1997). Pour Léon et coll. (1993), les facteurs prédictifs les plus forts sont l'insatisfaction quant à l'image corporelle, une forte émotionnalité avec des affects négatifs, et un défaut de capacités introspectives.

Concernant la comorbidité TCA/dépression, Corcos et coll. (1995) constatent qu'au vu de la littérature récente, la prévalence excède de beaucoup celle retrouvée en population générale. Selon les études, elle se situe entre 11 % et 66 % au moment du diagnostic de TCA en ce qui concerne les épisodes dépressifs majeurs. Cette fréquence est accrue chez les patientes boulimiques. En effet, 13 articles dans la revue de Rosenthal et Hefferman (1986) insistent sur la fréquence des symptômes dépressifs chez les boulimiques.

Les rapports entre TCA et dépression font l'objet de deux hypothèses. Pour certains, comme Hudson et coll. (1983), les TCA, et surtout l'anorexie, seraient une forme de trouble thymique. D'autres, comme Strober et Katz (1987) soulignent que la précession de l'état dépressif par rapport à l'anorexie ou à la boulimie est loin d'être prouvée et que la plupart des symptômes dépressifs des patients sont probablement secondaires aux TCA eux-mêmes plutôt que dus à un épisode de type primaire.

Il n'est probablement pas simple pour le praticien d'évaluer chez ces patients la réalité, l'intensité, la gravité du tableau dépressif et on peut penser qu'un certain nombre de prescriptions d'antidépresseurs ne sont pas fondées sur la présence d'un vrai tableau de dépression majeure. En fait, ces troubles dépressifs découlent de ce « fonds dysphorique » (Vindreau et Ginestet, 1989) qui sous-tend les crises alimentaires, et que ces dernières s'efforceraient de moduler, l'allégeant à court terme, l'aggravant par la suite.

Concernant l'influence de la dépression, si celle-ci est souvent associée au TCA, elle n'est pas pour autant prédictive (Keel et coll., 1997) ; de fait, elle est souvent confondue avec une baisse de l'estime de soi. Le Réseau dépendance (Jeammet et coll., 2000) confirme la forte prévalence de trois types de

troubles distincts associés au TCA : les troubles de l'humeur (prévalence vie entière de 60 % à 80 % contre 20 % pour les témoins), les troubles anxieux (prévalence vie entière de 37 % à 75 % des cas *versus* 20 %), et les troubles de l'anxiété de séparation (prévalence vie entière de 14 % à 30 % *versus* 5 % ; vie actuelle, 15 %). Ces deux types de troubles anxieux ont une forte parenté avec une dépressivité et sont d'ailleurs justiciables d'un traitement antidépresseur.

Le DEQ (*depressive experience questionnaire*) de Blatt, utilisé dans le Réseau dépendance (Jeammet et coll., 2000), permet la mise en évidence d'une dimension singulière : la vulnérabilité dépressive ou dépressivité ou indice de personnalité dépressive, conceptualisée par de nombreux auteurs. Dans cette étude, les sujets témoins ou addictifs ayant eu un trouble affectif dans le passé et ne présentant pas de trouble affectif actuel maintiennent des scores élevés au DEQ et non à l'échelle de Beck. Ce questionnaire permet donc la mise en évidence d'une « trace » d'expériences dépressives passées, sans qu'une symptomatologie dépressive persiste.

La notion de dépressivité nous semble ici féconde pour rendre compte des modalités de gestion thymique des affects. Le comportement alimentaire addictif, par sa tendance à s'autoentretenir et à s'autorenforcer jusqu'à se ritualiser, abrase les possibilités de recours à une élaboration psychique. Le travail de deuil ne se fait pas. La décompensation dépressive est ainsi évitée, mais la menace persiste.

Fonctionnement familial, interrelations précoces

La dynamique familiale est très fortement impliquée, mais on ne sait pas si c'est au niveau des facteurs primaires ou secondaires. Ce dont on est sûr, c'est que la façon dont l'entourage réagit à un trouble du comportement a une très grande importance pour l'adolescent toujours très sensible aux attitudes des autres. Il est certain que la dynamique familiale intervient, même s'il y a des différences entre les familles. Les familles de boulimiques sont plus désorganisées et on y retrouve des caractéristiques qui sont celles de leurs enfants. Les familles d'anorexiques ont davantage de problèmes d'anxiété, de maîtrise, les références à l'idéal y jouent un rôle beaucoup plus contraignant, bien que ces éléments ne soient pas d'une grande spécificité.

La fréquence des antécédents familiaux de troubles psychiatriques, dépression (25 % *versus* 8 %), addiction alcoolique, abus de produit illicite est avérée (Bailly, 1993). Elle est plus élevée chez les boulimiques que chez les anorexiques. Ces résultats indiquent que les TCA, l'alcoolisme et la toxicomanie, pourraient être considérés comme des équivalents dépressifs, et ce d'autant que le début des troubles affectifs dans les familles apparaît généralement antérieur à la survenue de ces trois addictions. De même, ces résultats évoquent une prédisposition génétique générale à ces trois addictions qui reste soumise à l'influence de l'environnement.

Reste le délicat sujet de l'identification et de la prise en charge de mères anorexiques qui sous-alimentent leurs enfants, avec le questionnement quant au devenir de ces enfants en matière de TCA. L'étude de Russel et coll. (1998) met en évidence sur 9 enfants (8 garçons et 1 fille) le fait que ceux-ci avaient souffert de privation de nourriture, s'accompagnant d'une réduction marquée du poids par rapport à l'âge chez 6 enfants et de la taille par rapport à l'âge chez 8 d'entre eux. Fait important : la reprise de croissance était corrélée au degré d'engagement simultané dans le traitement de la mère et de l'enfant. En particulier, la prise en charge à long terme d'une mère (hospitalisation, thérapie familiale) a permis une reprise de croissance chez ses deux garçons. Dans quelle mesure le devenir de ces enfants est-il à risque de TCA ? Waugh et Bulik (1999) qui ont comparé des enfants (1-4 ans) de mères anorexiques (enfants ayant un poids de naissance plus bas, et une croissance plus faible) et de mères témoins concluent que l'anorexie, sans être causale, contribue à favoriser une évolution pathologique sur une vulnérabilité génétique.

Si quelques études avaient l'air de dire qu'il y avait des antécédents de troubles alimentaires de la première enfance chez les adolescents souffrant de TCA, dans l'ensemble les troubles alimentaires dans l'enfance ne sont pas prédictibles d'une anorexie mentale.

Problématique d'attachement

Depuis une quinzaine d'années, à la suite des travaux de Bowlby (1982), puis de Main (1996) et de Fonagy et coll. (1996), se développent des études mettant en évidence l'importance de la qualité de l'attachement pour le développement de l'enfant et la formation de la personnalité. De même, d'autres s'intéressent à la fréquence des troubles de l'attachement dans la pathologie psychiatrique.

Cette approche est particulièrement importante puisqu'elle permet grâce à des méthodes d'évaluation de la nature de l'attachement qui ont fait la preuve de leur validité, d'objectiver des corrélations entre des troubles psychiatriques et des particularités de l'organisation du lien entre l'enfant et ses objets d'attachement. Elles objectivent également la stabilité du type d'attachement au cours de la vie montrant ainsi la force organisatrice des liens de l'enfance.

Il a été également souligné que, quelle que soit l'importance du lien aux pairs, les figures parentales demeurent la première source de sécurité dans les situations de détresse et que la majorité des adolescents maintenait ces figures d'attachement « en réserve » (Smith et coll., 1993). Les difficultés du lien d'attachement quelle qu'en soit la cause provoquent des attitudes inadaptées et rendent l'adolescent vulnérable à une réponse catastrophique en cas de difficultés relationnelles.

La classification des types d'attachement représente une manière de réfléchir sur l'organisation psychologique selon un continuum de régulation des affects et de structure.

À une extrémité de ce continuum, on trouve la catégorie « détaché », dans laquelle : l'expression libre des affects (en particulier négatifs) est minimale ; les structures pour réguler, contenir et supprimer les affects sont rigides et très organisées ; les émotions cognitives et souvenirs en rapport avec l'attachement sont hyperrégulés.

Certains auteurs suggèrent que ces stratégies de régulation visent à désactiver ou minimiser les affects qui pourraient menacer la relation. Malgré le fait que la catégorie « détaché » ne reflète pas en elle-même une pathologie, les sujets de cette catégorie décompensent plutôt sur des modes obsessionnel, schizoïde ou narcissique.

À l'autre extrémité du continuum, on trouve la catégorie « préoccupé ». Elle se caractérise par une expression des sentiments et des souvenirs en rapport avec l'attachement qui est maximale, avec donc un débordement par les affects, et par l'absence ou la faiblesse de structures de régulation des affects.

On peut comprendre ces stratégies comme des stratégies d'activation, d'augmentation des signaux affectifs destinés aux figures d'attachement afin d'obtenir réconfort et signes rassurants. Certains sujets de cette catégorie pourront être décrits d'un point de vue diagnostique comme hystériques ou limites du point de vue de l'organisation de leur personnalité.

La catégorie « *secure* » se situe à mi-distance dans ce continuum, avec une balance équilibrée entre structure et expression des affects. Les affects, incluant la gamme des affects négatifs, peuvent être reconnus et traités de façon souple et cohérente. Cela se reflète dans la cohérence du discours et dans la souplesse et la cohésion des représentations. Même si ces sujets peuvent développer des pathologies névrotiques, des manifestations d'anxiété ou de dépression, ils présentent rarement des troubles plus sévères du caractère.

La quatrième catégorie d'attachement, dite « non résolue », est plus difficile à situer sur ce continuum. D'un certain point de vue, elle peut évoquer les caractéristiques de l'attachement préoccupé en particulier par la désorganisation et l'incohérence. Cette proximité est confirmée par le fait que les sujets présentant une pathologie limite sont le plus souvent classés dans la catégorie non résolue ou préoccupée ou les deux. Ces deux catégories ont également été reliées à des histoires traumatiques ou de perte pendant l'enfance.

Il existe peu d'études sur l'organisation de l'attachement dans des populations d'adolescents ayant utilisé l'AAI (*adult attachment interview* de George et coll., 1996), outil le plus fiable d'évaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte. Les études les plus importantes ont été réalisées par Kobak et coll. (1991) et par Rosenstein et Horowitz (1996). La dernière porte sur une population de 60 adolescents hospitalisés en psychiatrie, soit pour des troubles de conduites (avec opposition), soit pour des troubles affectifs, l'abus de substance étant recherché dans les deux groupes. Tout d'abord, il apparaît que 97 % de ces adolescents souffrant de troubles psychiatriques présentent un attachement *insecure* : 47 % ont un attachement de type « détaché » et 50 %

ont un attachement de type « préoccupé ». À partir des données de la littérature, les auteurs avaient fait les hypothèses suivantes : les sujets ayant un attachement de type « détaché » excluent les affects et ont une tendance à développer des troubles dit « externalisés » ; les sujets ayant un attachement « préoccupé » débordés par leurs affects ont tendance à intensifier les manifestations de détresse et développeraient plutôt des troubles dits « internalisés ». C'est effectivement ce qu'ils ont retrouvé puisque la plupart des sujets présentant des troubles des conduites ont un style « détaché » et la plupart des adolescents souffrant d'un trouble affectif, lorsqu'il n'est pas comorbide avec un trouble des conduites, ont un style « préoccupé ».

En ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, on peut s'attendre à ce que les patientes se situent plutôt sur le versant « détaché », tout en considérant une fréquence importante de formes mixtes en particulier dans la boulimie. C'est ce que Kobak et coll. (1991) ont retrouvé en comparant des adolescentes souffrant de troubles des conduites alimentaires à des adolescentes déprimées. Cependant, Fonagy et coll. (1996), chez un petit échantillon de patientes adultes, ont retrouvé au contraire une nette prépondérance du style « préoccupé », avec au premier plan dans 13 cas sur 14 un style « non résolu ». Les auteurs notent chez les patientes un haut degré d'idéalisation des parents et un score faible à la RSF (*reflective self function scale*). Ces résultats doivent toutefois être interprétés en tenant compte du fait que, dans cette étude, l'existence d'une comorbidité dépressive n'est pas précisée. De plus, dans ces deux études la proportion d'anorexiques et de boulimiques n'est pas indiquée.

Sharpe et coll. (1998) soulignent qu'un attachement *insecure*, caractérisé par une mésestime personnelle (*low self esteem and decreased sense of worth*) et un sentiment de rejet par les autres (*heightened impression of rejection by others*), favorise l'identification à des modèles sociaux standard en particulier concernant l'alimentation et l'image du corps. Ce type d'attachement accentue également le développement de préoccupations pondérales et corporelles. Ainsi, les patients *insecure* (n = 97) ont des préoccupations pondérales plus importantes ($p < 0,01$) que les patients *secure* (n = 208). Mais cette étude ne met pas en évidence de différence significative concernant la perception de l'image corporelle.

Candelori et Ciocca (1998) ont étudié les résultats de l'AAI chez 36 patients adolescents hospitalisés pour TCA. Ces patients, pour moitié âgés de 17 ans, se répartissent en trois groupes : 12 ANR (anorexie nerveuse restrictive), 12 BN (boulimie nerveuse), 12 ANBP (anorexiques boulimiques). Les ANR sont sous-représentés dans la catégorie « non résolu » et les BN dans la catégorie préoccupé. Les ANBP sont plus souvent dans le groupe préoccupé. Les auteurs concluent à l'individualisation des anorexies restrictives pures en termes d'attachement. Ce que les études génétiques avançaient également.

Trouble de la personnalité

Une étude récente, parmi les plus rigoureuses sur le plan méthodologique, réalisée sur un échantillon de 210 sujets, retrouve une prévalence de 27 % de troubles de la personnalité dans les TCA (Herzog et coll., 1991). Les anorexiques-boulimiques ont plus souvent une pathologie de la personnalité (39 %) comparées aux boulimiques (21 %) et aux anorexiques (22 %). Le type de pathologie appartient plus souvent au *cluster* C (personnalités évitantes, dépendantes, obsessives compulsives et passives-agressives) pour les anorexiques chez lesquelles on ne retrouve pas de personnalité *borderline*. Les sujets boulimiques au contraire se situent essentiellement dans le *cluster* B (personnalités *borderline*, histrioniques, narcissiques et antisociales). Une difficulté méthodologique apparaît évidente dans ces études : les crises boulimiques sont incluses dans les critères DSM-III-R de la personnalité *borderline*. Ainsi, selon les études, on retrouve 44 % de patientes *borderline* (n = 18) chez Gwirtzman et coll. (1983) ; et 1,9 % chez Hudson et coll. (1983) (n = 52). Enfin, Hatsukami et coll. (1986), et Lacey et Evans (1986), observant chez les patientes boulimiques des conduites multi-impulsives et des troubles du caractère, les classent volontiers dans des registres d'état limite.

Plusieurs caractéristiques cliniques sont communes à la boulimie et à la personnalité *borderline* : l'instabilité affective, l'impulsivité, la consommation de substances, des conduites pathologiques tels que le vol, les tentatives de suicide.

L'approche psychanalytique tend de même à rapprocher les deux troubles. Ainsi, du point de vue psychopathologique, les conduites addictives en général et la boulimie en particulier présentent de nombreux traits communs aux états limites : instabilité relationnelle liée à une forte tendance à la destructivité dans la relation d'objet, nature particulière de l'angoisse (angoisse de séparation plus qu'angoisse de castration, angoisse d'intrusion plus qu'angoisse de pénétration), défaut ou dysfonctionnement des mécanismes de défense névrotique contre l'angoisse, dimension de déni et de clivage ; peu de mentalisation, crudité des fantasmes...

Du point de vue étiopathogénique, on évoque dans les deux cas des « abus sexuels » au sens d'une sollicitation précoce de la libido, d'une provocation à la génitalisation précoce, alors que l'état de maturation du moi est insuffisant. « L'excès socioculturel de provocations représentatives d'allure sexuelle dans les états limites ; en réalité défensives pour les adultes, mais reçues par l'enfant comme vraiment sexuelles, c'est-à-dire étranges et étrangères à son champ imaginaire sur l'instant, c'est-à-dire encore inassimilables à ce moment prégénital de leur maturation affective et imaginaire... » (Bergeret, 1995). Waller (1993) a étudié 100 femmes présentant des TCA (59 boulimiques, 21 anorexiques de type boulimique, 20 anorexiques restrictives). Chez ces femmes, les antécédents d'abus sexuels et le diagnostic de personnalité *borderline* étaient associés avec une plus grande fréquence des crises de boulimies.

L'objectif du Réseau dépendance 2000 (Jeammet et coll., 2000) était d'identifier les caractéristiques de personnalité communes à des sujets présentant différents types de troubles addictifs, et de les distinguer de ceux de sujets témoins issus de la population générale. Tous les patients hospitalisés ou ambulatoires présentant un trouble DSM-IV contemporain d'anorexie mentale (n = 183), de boulimie (n = 112), de dépendance à l'alcool (n = 237) et de dépendance aux substances psychoactives (n = 165) ont été évalués à l'aide du MMPI II (*Minnesota multiphasique personality inventory II*) et comparés à 679 sujets témoins appariés sur l'âge, le sexe, et le statut socio-professionnel des patients. Chaque groupe de troubles addictifs diffère significativement du groupe témoin sur chacune des dix échelles du MMPI. Entre les troubles addictifs, on retrouve des différences pour les échelles hypochondrie et dépression (scores plus élevés dans les groupes anorexiques et boulimiques), psychopathie (plus élevée dans le groupe des dépendants aux substances psychoactives), psychasthénie (plus élevée dans les groupes des anorexiques, boulimiques, et alcooliques) et hypomanie (plus élevée pour les groupes dépendants aux substances psychoactives et à l'alcool). Une analyse discriminante montre que les groupes de patients anorexiques et dépendants aux substances psychoactives sont les plus homogènes (avec respectivement 73 % et 59 % des sujets correctement classés selon ce modèle) alors que les groupes des alcooliques et des boulimiques sont plus hétérogènes (avec seulement respectivement 4,8 % et 29 % des sujets correctement classés).

Ces résultats montrent que, comparés à des témoins, de fortes proportions de sujets addictifs de tous types présentent des scores pathologiques sur de nombreuses échelles du MMPI. Cependant, les différences inter- et intragroupes sont importantes à prendre en compte dans le pronostic et le traitement de ces différents types de troubles.

Ce même Réseau dépendance a montré que la prévalence de la personnalité dépendante (mesurée par l'inventaire de dépendance interpersonnelle de Hirschfeld) est de 4,24 % chez les témoins pour 37,52 % chez les addictifs, la différence étant significative. Parmi les addictifs, les proportions sont de 41,2 % chez les anorexiques, de 50 % chez les boulimiques, de 36,6 % chez les alcooliques et de 28,3 % chez les toxicomanes.

De plus, il existe une association significative entre personnalité dépendante et anxiété de séparation qui devra être confirmée par des études prospectives.

Dimensions psychopathologiques

Une des définitions de l'alexithymie est la recherche par le patient de sensation, (Jeammet et coll., 2000). L'étude de la dimension recherche de sensation montre un gradient décroissant si l'on considère, dans l'ordre : des sujets toxicomanes, des alcooliques et/ou des boulimiques et des anorexiques. Il est à noter que les sujets anorexiques ne diffèrent pas d'avec les individus témoins sur le plan de l'alexithymie.

Il existe des différences aux sous-scores en fonction du sexe. On note, par exemple, une recherche d'expériences plus marquée chez les femmes et une désinhibition plus importante chez les hommes.

Les patients addictifs sont beaucoup plus alexithymiques que les témoins, en particulier les patients alcooliques. Les chiffres du Réseau concernant les TCA sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature sur le sujet (50 % à 70 % des cas).

Il existe une forte corrélation entre l'échelle de Beck (échelle de désespoir) et celle de TAS-20 (*Toronto alexithymie scale*) chez les sujets addictifs. On n'observe pas de différence majeure aux sous-échelles de la TAS-20, dans les différents groupes pathologiques. Mais une étude plus approfondie est en cours.

Comorbidité-coaddiction

L'ensemble des auteurs souligne la fréquence non négligeable d'une comorbidité addictive chez les patients souffrant de boulimie : drogues, alcool et à un moindre degré médicaments psychotropes comme les amphétamines, les tranquillisants, voire les barbituriques, mais le choix du produit est sans doute très influencé par la « culture » médico-sociale.

L'abus de substances psychoactives est estimé entre 30 % et 37 % des cas chez les patientes boulimiques, et entre 12 % et 18 % des cas chez les patientes anorexiques, selon l'*American association of psychiatry* (2000). L'impulsivité chez ces patientes semble par ailleurs expliquer en partie leur prédisposition à consommer des toxiques. En effet, les patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire et d'une addiction présentent plus fréquemment des comportements impulsifs, tels que les gestes suicidaires, la kleptomanie et l'abus de laxatifs (Hatsukami et coll., 1986). Cependant, quelques études n'ont pas montré cette comorbidité (Fairburn et Cooper, 1984 ; Viesselman et Roig, 1985). De même, il y a une moindre consommation de psychotropes chez les patients anorexiques sans épisodes boulimiques associés.

Holderness et coll. (1994) publient une revue très complète de la comorbidité addictive dans les TCA en rassemblant 51 études entre 1977 et 1991. Ils montrent que l'association consommation ou abus de substances psychoactives est plus forte chez les boulimiques que chez les patientes anorexiques restrictives pures et que les anorexiques avec épisodes boulimiques rapportent plus de substances consommées ou de dépendances que les anorexiques restrictives pures. Selon ces 51 études, 20 % à 25 % des boulimiques ont une histoire de dépendance alcoolique ou à un autre produit psychoactif. Inversement, 20 % des femmes ayant une histoire de dépendance à un toxique souffrent ou ont souffert de conduites boulimiques ou d'une boulimie avérée. Récemment, une étude prospective longitudinale montrait que les patientes boulimiques avaient 7 fois plus de risque de développer une coaddiction que les patientes anorexiques restrictives pures (Strober et coll., 1997).

Parmi les études mettant en évidence une consommation de substances psychoactives chez les boulimiques, Pyle et coll. (1981) montrent que 32,4 % des 34 boulimiques suivies en ambulatoire utilisent plus ou moins régulièrement des amphétamines, alors que 20,6 % abusent de ces médicaments de façon intermittente. Weiss et Ebert (1983) comparent 15 boulimiques à des témoins et retrouvent 60 % de consommatrices d'amphétamines parmi les boulimiques contre 20 % chez les témoins ($p < 0,005$) et 26 % de consommatrices de barbituriques parmi les boulimiques contre 0 % chez les témoins. Enfin, ils montrent une consommation plus importante chez les boulimiques des produits suivants : LSD, POP, alcool, colle, tranquillisants, cigarettes. Leon et coll. (1985), sur une population de 37 boulimiques (dont 13 avec antécédents d'anorexie mentale), retrouvent une utilisation excessive de barbituriques, marijuana, amphétamines et/ou « pilules » amaigrissantes chez 46 % d'entre elles. Garfinkel et coll., (1980) montrent une différence significative entre anorexiques et anorexiques boulimiques quant à la consommation de « *street drug* » (c'est-à-dire cocaïne, amphétamines, barbituriques, marijuana) : 28,6 % chez les anorexiques boulimiques ($n = 68$) contre 11,6 % chez les anorexiques ($p < 0,05$). Garner et coll. (1985) remarquent également une différence, mais non significative quant à la consommation des mêmes « *street drug* » dans trois groupes de 59 patientes chacun : 51 % de consommatrices chez les boulimiques, 40 % chez les anorexiques boulimiques, 19 % pour les anorexiques. Plus récemment, Wiederman et Pryor (1996), comparant 134 anorexiques (anorexiques restrictives pures et anorexiques boulimiques) à 320 boulimiques, retrouvent 17,8 % de consommatrices d'amphétamines chez les boulimiques contre 3 % chez les anorexiques ; 13,8 % de consommatrices de tranquillisants chez les boulimiques contre 2,2 % chez les anorexiques. Dans cette étude, indépendamment du diagnostic, la sévérité de la restriction calorique était corrélée positivement avec l'utilisation d'amphétamines, la gravité des conduites boulimiques avec la prise de tranquillisants et les purges avec la prise d'alcool, de cocaïne et de cigarettes.

Par ailleurs, plusieurs études (25 dans la revue de Holderness, 1994) se sont intéressées, au-delà de la « simple » consommation, à l'abus de substance entraînant elle-même une dépendance et/ou faisant l'objet d'un traitement spécifique. Hudson et coll. (1992) montrent que 6 % des boulimiques ($n = 49$) sont également dépendantes aux amphétamines, 13 % pour les anorexiques ($n = 16$) et 28 % pour les anorexiques boulimiques ($n = 25$).

Plus récemment, ont été effectuées des études contre témoins. Stern et coll. (1992) retrouvent ainsi 15 % de « *substance abuse disorder* » (abus de toxiques) chez 34 femmes souffrant d'anorexie ou d'anorexie-boulimie, contre 3 % chez les témoins. Welch et Fairburn (1996), comparant 102 boulimiques à 204 témoins, retrouvent une différence très significative ($p < 0,003$) quant à l'abus d'amphétamines (6 % des boulimiques ont effectué plus de cinq prises d'amphétamines depuis un mois contre 0,5 % chez les témoins) et une différence un peu moins marquée ($p < 0,001$) quant à l'abus de benzodiazépines (5 % des

patients boulimiques ont effectué plus de cinq prises de benzodiazépines depuis un mois contre 0,5 % chez les témoins).

Holderness (1994), dans sa revue de la littérature, cite cinq études rendant compte de la fréquence des TCA parmi une population initialement traitée ou suivie pour une autre dépendance. Il apparaît que 8 % à 40,7 % (médiane 20 %) des patients traités pour une dépendance présentent aussi un TCA. Hudson et coll. (1992) avaient montré que chez 386 patients hospitalisés pour une dépendance, 15 % des 143 femmes et 1 % des 243 hommes souffraient d'un TCA. Dans cette étude, la proportion de TCA était supérieure à celle de la population générale, mais n'était pas différente de celle d'une population psychiatrique tout venant.

Dans une perspective diachronique, soulignons l'étude originale de Wiseman et coll. (1999) qui comparent deux populations de patients (ambulatoire ou hospitalisée) présentant un TCA ($n = 71$). L'auteur n'a pas inclus d'anorexiques restrictives pures, considérant que chez elles l'abus de substance était trop rare. La première population avait un TCA puis sont survenues d'autres conduites de dépendance, la seconde population abusait de toxiques avant de présenter un TCA. Dans le premier groupe, il y avait 14,8 % d'abus de sédatifs et d'anxiolytiques ; dans le second le pourcentage passait à 26,32 % ; cette fréquence était similaire en ce qui concerne la consommation de « stimulants ». Ce deuxième groupe était dépendant en moyenne à 2,8 produits (dont des psychotropes) alors que le premier l'était à 1,61 produits (différence $p < 0,001$). Cette chronologie reflète bien une problématique commune qui a ses variantes en fonction des profils psychopathologiques sous-jacents. La chronologie est également tout à fait pertinente à prendre en compte si l'on veut tenter de mesurer l'impact d'une rencontre médicale (influence d'une prescription, du discours médical sur la dépendance aux psychotropes...).

Les études internationales rendent compte d'une surconsommation de psychotropes chez les patients boulimiques (hétéroprescription et autoprescription), mais il semble difficile de différencier les consommateurs réguliers des abuseurs (pour cause de problèmes méthodologiques et de définition entre autres).

L'enquête Inserm-Réseau dépendance (Jeammet et coll., 1991), comparant une population de patients ($n = 226$ dont 149 anorexiques et 77 boulimiques) et des témoins ($n = 620$) (Nezelof et coll., 2000) montre que la consommation de psychotropes est le reflet à la fois de la prescription (pour un trouble comorbide ou la régulation d'un syndrome de sevrage) et du détournement du médicament psychotrope à des fins addictives. Plus de la moitié (51,7 %) des anorexiques, 41,5 % des boulimiques, 65 % des alcooliques et 58,8 % des toxicomanes en sont des consommateurs réguliers. Les patients dépendants se distinguent des témoins consommateurs réguliers par le fait qu'ils sont significativement plus déprimés à l'échelle de Beck, plus alexithymiques, plus en recherche de sensations au test de Zuckerman et plus dépendants à l'échelle de dépendance affective. Les patients consommateurs réguliers apparaissent par

ailleurs significativement plus déprimés que les patients non consommateurs. Si on maintient l'hypothèse que c'est la dimension dépressive qui conditionne en partie la prise régulière de psychotropes, il apparaît que cette dimension dépressive est en partie colmatée chez les témoins par la prise de psychotropes, alors quelle n'est pas colmatée dans le groupe de patients qui cherche à le faire par une conduite addictive.

L'étude plus spécifique du groupe des TCA montre, contrairement aux données de la littérature, que les anorexiques sont plus consommatrices régulières de psychotropes (51,7 %) que les boulimiques (41,5 %). Cependant, ceci est à mettre en rapport avec la prescription médicale. En effet, si l'on considère l'autoprescription, il apparaît alors que les boulimiques consommant régulièrement des psychotropes le font dans 29,5 % des cas par autoprescription, alors que cette autoprescription ne concerne que 13 % de la consommation régulière des anorexiques. Le mode restrictif ou purgatif du TCA intervient également : la consommation régulière de psychotropes des patientes ayant un TCA de type purgatif (anorexique ou boulimique) est liée dans 25 % des cas à l'autoprescription ; alors que pour les TCA de type restrictif, l'autoprescription ne représente que 11 % de la consommation régulière. Il apparaît par ailleurs que les anorexiques consommatrices régulières se distinguent significativement des non-consommatrices par le fait qu'elles sont plus alexithymiques, plus déprimées à l'échelle de Beck, plus dépendantes à l'IDI (inventaire de dépendance interpersonnelle de Hirschfeld). En revanche, il n'y a pas de différence significative pour la recherche de sensations. Ces dimensions psychiques renseignent probablement sur la capacité d'observance et la tolérance d'un soutien environnemental.

Fairburn et coll. (1999) publient une étude sur un nombre important de sujets divisés en trois groupes. Le premier présentait des troubles alimentaires, avec deux sous-groupes : le sous-groupe d'anorexiques mentales (n = 67) et celui des boulimiques (n = 102). Il a été comparé à un premier groupe témoin sans pathologie avérée de 204 sujets et à un deuxième groupe témoin de 102 sujets présentant des troubles psychiatriques, notamment dépressifs ou psychotiques. Les sujets qui ont des troubles alimentaires se distinguent assez nettement des sujets sains par les facteurs de vulnérabilité personnelle et les facteurs environnementaux. Les facteurs de vulnérabilité personnelle sont des caractéristiques qui touchent l'enfance et les troubles psychiques prémorbides. Il y en a davantage que dans le groupe témoin. Pour les facteurs environnementaux, on trouve plus de problèmes parentaux, plus d'événements traumatiques ou de ruptures dans le développement de l'enfant, plus d'abus sexuels. Surtout, tout ce qui est un facteur de risque d'un trouble psychiatrique de l'adulte accroît le risque d'anorexie ou de boulimie, mais c'est le facteur de la dépression qui est le plus significatif. Les facteurs de risque sont donc peu spécifiques et différencient peu les troubles alimentaires des autres troubles psychiatriques ce qui est très intéressant par rapport au sujet de la prévention. Si on regarde les facteurs

qui différencient spécifiquement les anorexiques des autres troubles psychiatriques, on trouve une autoévaluation très abaissée et un perfectionnisme élevé. Dans le cas de la boulimie, on trouve une plus grande vulnérabilité aux influences familiales ou sociales valorisant les régimes et la minceur, qui n'est pas retrouvée pour l'anorexie mentale. Il existe également chez les sujets boulimiques une plus grande fréquence de remarques négatives de l'entourage sur leur apparence physique ainsi que plus d'obésité dans leur enfance et chez les parents. Enfin, les règles surviennent un peu plus précocement.

Préventions

Les premiers essais de prévention ont été d'ordre éducatif. Ces programmes (*patient education and counselling*) adoptent un modèle comportemental où se mêlent des informations sur la nutrition, les effets négatifs des restrictions alimentaires et de l'obésité, des « enseignements » sur la reconnaissance et l'expression des émotions, des informations sur la pression sociale... avec, en particulier, l'obsession de la minceur. Rapidement ces programmes se sont enrichis de la participation des anciens patients ou des patients en voie de guérison pour informer leurs camarades. Or tous ces travaux d'information pédagogique se sont avérés inefficaces et ce pour deux raisons. La première, c'est l'absence de restructuration cognitive préalable des patientes à qui ils s'adressaient. Ainsi, l'information, aussi juste soit-elle, ne « passait pas » auprès de patientes enfermées dans un système cognitif clos. La seconde est l'effet de fascination qu'ont exercé ces informations, en particulier lorsque l'on soulignait les dangers de ces comportements. Autrement dit, l'excitation générée a suscité des identifications masochistes.

D'autres auteurs mettent en exergue ce risque (Killen et coll., 1994 ; Piran, 1997). Carter et coll. (1997) qui analysent un nouveau programme de prévention visant à éviter les restrictions alimentaires démontrent son effet contre-productif et délétère. Smolak et Levine (1994), Smolak et coll. (1998) notent de même que le comportement alimentaire n'est pas changé à l'issue de la participation à un programme. Tout ceci n'empêche pas les programmes de prévention de se multiplier tels « *Girls in the 20^e* » (Moreno et Thelen, 1993b ; Neumark-Sztainer, 1996 ; Huon et coll., 1997 ; Friedman, 1998). En tout état de cause, cette approche pragmatique, collective, plaquée fait l'impasse sur l'histoire individuelle et les aménagements économiques consentis par l'appareil psychique et contribue à couper le sujet de sa problématique interne.

S'appuyant sur le peu de résultats, voire l'échec, de ces approches, une équipe australienne, (Huon et coll., 1998) propose un changement radical. Elle suggère de cesser de se centrer sur les dangers et de s'occuper beaucoup plus d'apprendre aux jeunes à gérer un certain nombre de risques auxquels ils sont confrontés. On sait en effet que ceux qui ont des troubles alimentaires se retrouvent plus fréquemment dans des milieux où les pairs, les camarades sont

eux-mêmes très préoccupés par les questions de poids et d'image de soi. De même, on sait qu'il y a des groupes à risque comme les sportifs de haut niveau ou les danseurs. Dans ces derniers cas, la part qui revient au fait que ce soient des personnalités à risque qui sont attirées par ces métiers et celle qui revient à la pratique du métier qui renforce cette vulnérabilité restent indéterminées. En fait, les deux phénomènes sont probablement impliqués. Cet auteur propose d'organiser des groupes de parole dans un esprit socratique de formation de ces jeunes à la pratique des risques. Pour autant, il n'y a toujours pas d'évaluation de ces programmes.

On a donc beaucoup de difficultés à individualiser des facteurs objectifs sur lesquels on puisse agir d'une manière relativement simple. Le fait est que cela est particulièrement difficile pour des comportements aussi complexes que ceux qui apparaissent à l'adolescence. L'expérience du suivi de ces patients montre en effet que leur comportement peut changer brusquement en fonction d'une rencontre, d'un événement, dans un sens positif comme dans un sens négatif. Ils sont hypersensibles à l'engagement et plus encore à la déception générée par l'autre. Un certain nombre de sujets, pour des raisons très diverses, sont profondément restés dépendants d'un apport extérieur pour leur équilibre interne. Les « éduquer » (attirer à l'extérieur, étymologiquement), surtout lorsque cela vient des adultes, exerce un effet d'attraction sur ceux qui sont les plus vulnérables.

Les sujets capables de se soucier d'eux-mêmes, de se projeter de façon positive dans l'avenir ; en d'autres termes, ceux qui sont le moins dans l'opposition, ceux qui ont le moins besoin de prévention, entendront ce message. Mais pour les autres qui sont vraiment à risque, il n'est pas sûr que cela n'exerce pas plutôt un effet d'attraction ; attraction de la différence, attraction de cette recherche de soi-même par la prise de risque. La jeunesse vulnérable est facile à séduire même avec une négation. Dès que l'on valorise un risque, il exerce un effet de fascination car c'est la reconnaissance par les adultes d'un mode d'expression. Si on pose le suicide ou les TCA comme cause nationale, on valorise aussi un moyen d'expression à la fois reconnu par les adultes, mais qui permet aussi de se différencier d'eux et de les mettre en échec. C'est la fascination par le négatif surtout quand il est pointé comme tel par les adultes. Pour tous ceux qui sont encore en phase de développement, c'est-à-dire dans un moment de grande sensibilité à l'image qu'on leur renvoie d'eux-mêmes, le risque, si cette image n'est pas positive, est la tentation de l'inverser (à défaut d'être grand dans la réussite, il est possible d'être grand dans l'échec). La prévention, telle qu'elle est généralement conçue, repose sur une croyance implicite de ceux qui la font que ceux auxquels elle s'adresse partagent les mêmes objectifs : aller bien et se conserver en bonne santé pour s'insérer le mieux possible dans la société et y réussir. L'expérience montre que chez ceux qui sont en souffrance, qui ont été profondément déçus, quels qu'en soient les motifs, le désir est inaccessible voire impensable comme tel, en tout cas perçu comme irréalisable. Le résultat est qu'être eux-mêmes ne peut s'exprimer que

sur ce mode, vécu de l'extérieur comme négatif et alliant un autosabotage et une attaque de leurs potentialités notamment au moyen de la prise de risque. Faire ce que les adultes désignent comme dangereux, sinon interdit, c'est s'affirmer en échappant à l'emprise de ces adultes, et cela offre, de plus, l'avantage de les inquiéter et de rendre ces adolescents dévalorisés visibles aux yeux de la société et objets de préoccupations.

De plus, la focalisation de la prévention sur un risque donné : la toxicomanie, le sida, la tentative de suicide, les troubles alimentaires... a un effet à la fois dérisoire et écrasant, comme si les adultes ne montraient de la vie qu'une série de catastrophes qu'il s'agirait d'apprendre à éviter. Fait notable, il n'y a pas d'études sur les facteurs de résilience dans les TCA.

Pour les auteurs psychanalytiques mettant en exergue l'interaction de la psychopathologie parentale sur le développement de l'enfant, c'est à ce niveau que la prévention serait la plus efficace. D'un point de vue pratique, il apparaît nécessaire de mieux dépister les troubles des conduites alimentaires durant la grossesse, non seulement pour prévenir des complications physiques chez la mère et l'enfant, mais aussi pour entourer cette période clé du développement psycho-affectif de l'enfant à risque si la mère est à nouveau entravée dans sa problématique. La prévention vise essentiellement à aider les parents à apporter à leurs enfants la sécurité relationnelle et l'ouverture sur l'extérieur dont ils ont besoin pour se développer. Bien sûr, toute la question est comment le faire et a-t-on les moyens de le faire ? On ne peut maîtriser ce genre de paramètres, mais on peut en montrer l'importance et en favoriser l'expression en les donnant comme priorité sociale et en favorisant notamment les échanges entre parents sur ce sujet. Un relais pourrait être créé pour les enfants en mettant en place dans les écoles, des groupes de parole autour de la santé présentée comme un capital qu'ils peuvent apprendre à gérer. Gérer leur santé, mais aussi les risques inhérents à la vie et dont les adultes ne pourront pas toujours les préserver. En somme, leur donner le plus précocement possible un rôle actif dans cette gestion tout en leur montrant que cela leur appartient, plus qu'aux adultes très vite impuissants dans ce domaine. L'accent ne serait plus mis sur l'interdit ou le mauvais, mais sur la préservation de leur capacité de se réaliser et d'avoir des satisfactions et du plaisir.

Il existe un certain nombre de clignotants quand un sujet commence à s'enfermer dans un comportement répétitif qui a des effets négatifs, cette répétition même doit nous interroger et ouvrir sur un regard tiers.

En résumé, s'il existe bien des facteurs de vulnérabilité, ils ne prédisent pas le mode d'expression de la difficulté psychique et la forme psychiatrique que celle-ci va prendre au moment de l'adolescence. Dans ces conditions, prévenir est difficile.

Échelles d'évaluation des TCA

Il faut rappeler qu'aucun outil d'évaluation ne permet de faire un diagnostic. On peut distinguer : les questionnaires spécifiques de la boulimie, instruments de dépistage épidémiologique et clinique et, pour certains d'entre eux, mesures de la sévérité des symptômes ; les questionnaires de comportements alimentaires couramment utilisés, notamment pour l'anorexie mentale.

Questionnaires spécifiques de la boulimie

Les questionnaires spécifiques de la boulimie validés (pour la version anglaise) sont le BULIT (*Bulimia test*) (Smith et Thelen, 1984) et le BITE (*Bulimic inventory test Edimburg*) (Henderson et Freeman, 1987). Ce dernier questionnaire est clair, facile d'administration, et a été bien étudié sur le plan métrologique. C'est un relativement bon instrument de dépistage en épidémiologie et en clinique, grâce au score de symptômes.

Questionnaires de comportements alimentaires

Les deux questionnaires de comportements alimentaires les plus largement utilisés sont l'EAT (*Eating attitude test*) (Garner et Garfinkel, 1979 ; Garner et coll., 1982) et l'EDI (*Eating disorders inventory*) qui sont des autoquestionnaires, originellement en anglais (Garner et coll., 1982), mais traduits en français (Criquillon-Doulet et coll., 1995). Chacun comporte une sous-échelle plus spécifique de la boulimie. Ils ont fait l'objet d'études de validation (en anglais et parfois en français) pour l'anorexie mentale, mais non pour la boulimie et ils ont pour l'une et l'autre un faible pouvoir prédictif positif. D'autres questionnaires de comportements alimentaires moins usités sont également disponibles comme, par exemple, l'EDE (*Eating disorder examination*).

EAT

C'est le plus ancien et le plus utilisé. Il en existe deux versions, la version originale à 40 items et une version abrégée à 26 items (les deux versions sont d'ailleurs fortement intercorrélées). Il existerait une version à 12 items. Il comporte trois sous-échelles : restriction alimentaire, boulimie et obsession de la nourriture, contrôle de la prise alimentaire. Ce questionnaire permet, selon les auteurs eux-mêmes, d'identifier des « troubles du comportement alimentaire cliniquement significatifs », mais pas de reconnaître les « cas » d'anorexie, ni de boulimie. Il est également utilisé comme mesure de sévérité des symptômes, et mesure de changement avec le temps ou le traitement. Il existe une version française de l'EAT, qui a été validée (Garrot et coll., 1987).

EDI

C'est une échelle d'autoévaluation construite pour étudier les caractéristiques cognitives et comportementales des sujets présentant des TCA. Ce questionnaire permet d'estimer la fréquence avec laquelle les sujets s'attribuent d'éventuelles particularités, dans les modalités mêmes de l'alimentation ou les attitudes alimentaires, et permet d'étudier les caractéristiques psychologiques des sujets souffrant de boulimie et d'anorexie. Il comporte 64 items à 6 degrés (toujours, habituellement, souvent, quelquefois, rarement, jamais) qui se répartissent en 8 sous-échelles (désir de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle, sentiment d'inefficacité, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle (défiance vis-à-vis d'autrui) conscience intéroceptive (de soi), peur de la maturité). L'EDI est dans sa deuxième version. Il tente d'isoler et de mesurer des caractères psychologiques propres à l'anorexie et à la boulimie.

Dans la boulimie, ces deux échelles classiques de comportements alimentaires, EAT et EDI, présentent donc un double intérêt, descriptif et évolutif. Mais elles sont insuffisantes à elles seules car peu spécifiques du syndrome boulimique lui-même.

EDE (Eating disorder examination 12.OD)

L'EDE est un entretien diagnostique semi-structuré permettant l'évaluation de la psychopathologie des TCA. Il est composé de 13 items diagnostiques qui permettent d'établir un diagnostic actuel d'anorexie mentale ou de boulimie selon les critères du DSM-IV, et de 22 items descriptifs répartis en quatre sous-échelles (tableau 17.I). À partir de ces 22 items, l'EDE fournit trois niveaux de description des données concernant la psychopathologie actuelle (quatre dernières semaines) des TCA : des scores aux items individuels (en termes de fréquence ou de sévérité du comportement) ; des scores pour chacune des quatre sous-échelles ; et un score total qui est une mesure de la sévérité globale de la psychopathologie des TCA (Cooper et Fairburn, 1987).

Les autres questionnaires d'évaluation des TCA disponibles sont présentés dans le tableau 17.II.

Outils de dépistage rapide

Morgan et coll. (1999) proposent un questionnaire en cinq dimensions, rapide et fiable (sensibilité 100 % ; spécificité 87,5 %), qui permettrait de suspecter une anorexie mentale ou une boulimie, et serait particulièrement utile pour un dépistage précoce par les omnipraticiens non spécialistes. Ce questionnaire, appelé SCOFF, se réfère au questionnaire CAGE (acronyme pour *Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers*), utilisé dans le dépistage de la consommation excessive d'alcool. Le SCOFF comprend donc cinq questions :

- S pour *sick* (vomir) : vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?

Tableau 17.I : Sous-échelles de l'*eating disorder examination* version 12.OD

<p>Restriction Restriction alimentaire Jeûne Eviction de certains aliments Règles diététiques Estomac vide</p> <p>Préoccupation concernant l'apparence physique Ventre plat Importance de l'apparence physique Préoccupations concernant l'apparence physique ou le poids Insatisfaction concernant l'apparence physique Peur de prendre du poids Malaise à la vue de son corps Eviter de se montrer Sentiment d'être gros</p> <p>Préoccupation concernant l'alimentation Préoccupations concernant la nourriture, l'alimentation ou les calories Peur de la perte de contrôle de l'alimentation Manger en public Manger en cachette Culpabilité vis-à-vis de l'alimentation</p> <p>Préoccupation concernant le poids Importance du poids Réaction à la demande de pesée Préoccupations concernant l'apparence physique ou le poids Insatisfaction concernant le poids Désir de perdre du poids</p>
--

Tableau 17.II : Autres questionnaires d'évaluation des TCA

Référence	Test
Ruggeri et coll., 2000	<i>Eating disorder belief questionnaire</i> (EDBQ), ancien <i>Inventory for the screening of eating disorders</i> (ISED), sûrement le plus récent de tous <i>Three-factor eating questionnaire</i> (TFEQ), ancien
Anderson et coll., 1999	<i>Multifactorial assesment of eating disorders symptoms</i> (MAEDS) <i>Anorexia nervosa inventory for self-rating</i> (ANIS), ancien <i>Sociocultural attitudes towards appearance questionnaire</i> (SATAQ), ancien <i>Eating behaviour severity scale</i> (EBSS), très ancien <i>Eating styles questionnaire</i> (ESQ), très ancien <i>Body attitude test</i> (BAT), très ancien <i>Body satisfaction scale</i> (BSS), non spécifique <i>Body image avoidance questionnaire</i> (BIAQ), non spécifique

- C pour *control* (contrôle) : vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- O pour *one stone* (stone : unité de poids anglaise = 6,348 kg) : avez-vous perdu récemment plus de 6 kg en 3 mois ?

- F pour *fat* (gros) : pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- F pour *food* (nourriture) : diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Ce questionnaire a été testé chez 116 patientes de 18 à 40 ans (68 anorexiques et 48 boulimiques selon les critères du DSM-IV) et chez 96 témoins. Une réponse positive à au moins 2 des 5 questions donnait une sensibilité à 100 % pour l'anorexie mentale et la boulimie avec une spécificité de 87,5 %. Dans ce test, 12 des 96 personnes témoins ont été considérées comme atteintes, alors que ce n'était pas le cas comme cela a été confirmé par le BITE. Les auteurs concluent qu'il est très utile pour suspecter, et non diagnostiquer un TCA. L'étude de validation du test sur une population plus large est en cours de même que la validation française de ce questionnaire.

Échelles évaluant le devenir des sujets atteints de TCA

Certaines échelles ont été spécialement développées pour étudier le devenir des patientes anorexiques.

Scores de Morgan et Russell

En 1975, Morgan et Russell utilisent un score de devenir général tenant compte du poids et des menstruations au moment du *follow-up*. Le *general outcome* est ainsi défini :

- bon devenir : si le poids est maintenu à 15 % du poids moyen et que les menstruations sont régulières ;
- intermédiaire : si le poids a atteint les 15 % du poids moyen, mais pas de manière constante, ou qu'il persiste une anormalité des menstruations ;
- mauvaise évolution : si le poids est inférieur à 15 % du poids moyen et ne l'a jamais atteint, et si l'aménorrhée persiste.

Des modifications lui ont été appliquées par d'autres auteurs. Morgan et Russell, en 1975, travaillent sur un autre score, nommé *average outcome score*, tenant compte d'autres facteurs : restriction alimentaire, préoccupation de l'image du corps, poids, menstruations, état mental, attitude face à la sexualité, comportement sexuel, buts recherchés dans les relations personnelles, attitude face aux menstruations, relations familiales, émancipation par rapport à la famille, activités sociales en dehors de la famille et de l'emploi. En 1988, ils publient le *Morgan/Russell assessment schedule*, qui inclut en plus des critères précédents la préoccupation de l'image du corps (Morgan et Hayward, 1988).

Score clinique global

Validé par Garfinkel et coll. en 1977, le *global clinical score* permet de catégoriser le mode d'évolution de patientes anorexiques en se basant sur les critères

définis par Morgan et Russell en 1975. Il sera utilisé dans la plupart des études. Il tient compte de l'évolution : du poids par rapport au poids moyen observé au même âge, chez un sujet de taille identique et de même sexe ; des menstruations ; des habitudes alimentaires ; de l'adaptation sociale et de l'éducation ou de l'emploi. De ces 5 items sera tiré un score global permettant de catégoriser le devenir des patientes ayant présenté un trouble alimentaire. Le score global définit une excellente évolution, une bonne amélioration, une symptomatique ou évolution intermédiaire, une mauvaise évolution. Un score inférieur à 8 définira en pratique une bonne évolution. Une mauvaise évolution définit la chronicité de l'anorexie.

Autres scores

Ratnasuriya et coll. (1991) utilisent un score général ne tenant compte que des critères de poids et de menstruations. Un bon devenir est attendu si le poids est égal à 100 % (plus ou moins 15 %) du poids moyen et si les menstruations sont normales. Le devenir attendu est intermédiaire si le poids est de 75 % à 100 % et/ou s'il existe une anormalité des menstruations. Enfin, une mauvaise évolution est attendue si le poids est inférieur à 75 % du poids normal et s'il existe une aménorrhée. De plus, il classe dans les mauvaises évolutions l'existence de boulimies.

Jeammet et coll. (1991) utilisent une version qui tient compte de l'alimentation, du poids, des menstruations, de l'état mental, de la capacité d'*insight*, des relations familiales, des relations sexuelles, des contacts sociaux en dehors de la famille, de l'occupation professionnelle et des conduites addictives. Cette échelle nécessite pour les items « état mental » et « *insight* » une appréciation clinique par un observateur expérimenté.

Réflexion sur les critères diagnostiques

Les critères permettant de diagnostiquer l'anorexie mentale (tableau 17.III) ou la boulimie (tableau 17.IV) souffrent de quelques critiques, et la question du facteur poids dans l'anorexie ou celle de l'adaptation des critères diagnostiques aux enfants et adolescents semblent de bons exemples des difficultés de manipulation de ces critères diagnostiques d'une étude à l'autre.

Walsh et Devlin (1988) ont proposé une version simplifiée de ces critères diagnostiques des TCA (tableau 17.V).

Question du poids

Jusque dans les années soixante, les critères de définition de l'anorexie mentale (tableau 17.III) incluaient une perte de poids de plus de 25 % due à une cause psychologique quelle qu'elle soit et donc des désordres psychiatriques

Tableau 17.III : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale

Critères DSM-IV

- Refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille avec, par exemple :
 - 1) perte de poids visant à maintenir un poids corporel inférieur à 85 % du poids attendu
 - 2) incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids corporel inférieur à 85 % du poids attendu.
 - Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
 - Perturbation de la perception de son poids ou de son apparence corporelle. Influence excessive du poids ou de l'apparence corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
 - Chez les femmes pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple d'oestrogènes)
- Si l'épisode est actuel uniquement, spécifier le type :
- D. restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas présenté régulièrement de crises de boulimie ni de comportements purgatifs (c'est-à-dire vomissements provoqués ou usage abusif de laxatifs, diurétiques ou lavement).
 - E. boulimique/purgatif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a présenté régulièrement de crises de boulimie et de comportements purgatifs (c'est-à-dire vomissements provoqués ou usage abusif de laxatifs, diurétiques ou lavement).

Critères de Russel

- perte de poids induite par le sujet (résultat principalement de l'évitement volontaire de nourriture) ;
- l'idée exagérée que l'obésité est un état redoutable en est une caractéristique psychopathologique ;
- troubles endocriniens spécifiques après la puberté ou retard pubertaire.

Critères de Feighner

- début avant 25 ans ;
- anorexie accompagnée d'un amaigrissement de 25 % du poids du corps idéal ;
- vomissements auto-induits.

telle la schizophrénie. Les critères de Feighner utilisés dans les plus anciennes études impliquaient une perte de poids de 25 % ; plus tard le DSM-III-R introduira la notion de différence de 25 % du poids attendu, pour la taille et l'âge, puis le DSM-IV ramènera la perte du poids par rapport au poids attendu à 15 %.

Le critère a du DSM-IV concernant la perte de poids (« impossibilité de maintenir son poids à 85 % du poids attendu ») peut servir d'exemple pour montrer la difficulté d'une cotation objective et uniformisée d'une étude à l'autre, le poids attendu dépendant de l'âge et de la taille. Il est précisé que l'on peut se servir pour cette estimation des tables de croissance pédiatriques. Les modes de calculs du poids idéal ou attendu ne sont pas toujours spécifiés dans les études. Le poids attendu devrait se calculer sur la courbe de croissance personnelle de chaque individu, mais ces données sont souvent manquantes. Selon le mode de calcul, on peut privilégier soit le rapport à la taille, soit le rapport à l'âge.

Steinhausen et coll. (1991) utilisent comme critère un poids de 20 % au-dessous du poids standard pour l'âge respectif du groupe. Il ne tient donc plus compte de la taille. Par cette méthode, il risque d'obtenir une surestimation

Tableau 17.IV : Critères diagnostiques de la boulimie

Critères DSM-IV

- Survenue récurrente de crises de boulimie (« *binge eating* »)

Une crise de boulimie répond aux 2 critères suivants :

- absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans des circonstances similaires ;
- sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment que l'on ne peut pas s'arrêter de manger, ou contrôler ce que l'on mange ou combien l'on mange).
- Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, usage abusif de laxatifs, diurétiques, lavements, ou autres médicaments, jeûne, ou exercice physique excessif.
- Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.
- L'estime de soi est excessivement influencée par l'apparence corporelle et par le poids.
- Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Si l'épisode est actuel uniquement, spécifier le type :

- restrictif : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu recours à d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais jamais régulièrement aux vomissements provoqués ou à l'usage abusif de laxatifs, diurétiques, ou lavements ;
- purgatif : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu recours régulièrement aux vomissements provoqués ou à l'usage abusif de laxatifs, diurétiques, ou lavements.

Critères de Russel

- puissant et impérieux besoin de se gaver, avec des épisodes de gavage ;
 - évitement des effets caloriques des aliments en utilisant les vomissements, l'abus de purgatif ou les 2 ;
 - peur morbide de devenir trop gros.
-

Tableau 17.V : Critères diagnostiques simplifiés de l'anorexie mentale et de la boulimie

Anorexie mentale

Poids corporel volontairement maintenu à un niveau inférieur à la normale ;
Peur intense de grossir ou de devenir gros ;
Aménorrhée (chez la femme).

Boulimie

Au moins 2 grandes crises de boulimie incontrôlée par semaine ;
Comportements compensatoires inappropriés (par exemple vomissements provoqués) ;
Estime de soi influencée par l'apparence corporelle et le poids.

Crises de boulimie

Au moins 2 grandes crises de boulimie incontrôlée par semaine ;
Pas d'utilisation régulière de comportements compensatoires inappropriés ;
Déresse prononcée par rapport aux crises de boulimie.

d'anorexie sur le critère du poids parmi les plus grandes et une sous-estimation parmi les plus petites.

Toutes les études ne précisent pas leur calcul de perte de poids et on peut donc constater que même des critères se voulant stricts et objectifs laissent encore une part d'interprétation au clinicien, part qui devrait être plus souvent argumentée pour une réelle comparaison des données. Pour les cliniciens,

cette question de l'importance du poids perdu reste secondaire par rapport aux dimensions psychopathologiques sous-jacentes au trouble (déli, maîtrise, fantasme boulimique, anorexie globale touchant tous les investissements).

Adaptation des critères diagnostiques aux enfants et aux jeunes adolescents

Les critères diagnostiques du DSM-IV et de la CIM-10 ne sont pas adaptés aux enfants et adolescents. Nicholls et coll. (2000) proposent une nouvelle classification, le GOS (*Great ormond street criteria*) (tableau 17.VI). La question du diagnostic précoce des troubles est d'importance puisqu'elle conditionne le pronostic.

Tableau 17.VI : Critères diagnostiques du *Great ormond street*

<p>Anorexie mentale Perte de poids voulue (comportement d'évitement vis-à-vis des aliments, vomissements autodéclenchés, entraînement sportif excessif, recours abusif aux laxatifs...) Opinions anormales sur le poids ou la silhouette Préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette</p>		
<p>Trouble émotionnel phobique focalisé sur l'évitement alimentaire Le comportement d'évitement vis-à-vis des aliments n'est pas lié à un trouble affectif primaire Perte de poids Les troubles de l'humeur ne remplissent pas les critères d'un trouble affectif primaire Pas d'opinions anormales sur le poids ou la silhouette Pas de préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette Pas de maladie organique cérébrale ou de psychose</p>	<p>Alimentation sélective Limitation qualitative de l'alimentation depuis au moins 2 ans Refus d'essayer de nouveaux types de nourriture Pas d'opinions anormales concernant le poids ou la silhouette Pas de crainte d'étouffer ou de vomir Le poids peut être bas, normal ou élevé</p>	<p>Dysphagie fonctionnelle Comportement d'évitement vis-à-vis des aliments Crainte d'avaler, de s'étouffer ou de vomir Pas d'opinions anormales sur le poids ou la silhouette Pas de préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette Pas de maladie organique cérébrale ou de psychose</p>
<p>Syndrome de refus obstiné Refus catégorique de manger, boire, marcher, discuter ou prendre soin de soi Résistance importante vis-à-vis de toute tentative d'aide</p>		
<p>Boulimie Épisodes boulimiques et purgatifs récurrents Sentiment de perte de contrôle Opinions anormales sur le poids ou la silhouette Préoccupation morbide à propos du poids ou de la silhouette</p>		

En résumé, les critères DSM ou CIM-10 sont satisfaisants par rapport à ceux de Feighner. Ils reposent sur l'évaluation de manifestations symptomatiques validées statistiquement donc répondant essentiellement à une description comportementale plus que psychopathologique du trouble. La dimension impulsivité/compulsivité n'est pas indiquée dans la liste des critères alors qu'elle apparaît être une donnée clinique centrale. L'échappement des formes subsyndromiques dans cette catégorisation est probable : anorexie mentale à poids moyen, anorexie mentale avec règles (contraception, dépression), boulimie (critère de durée arbitraire). Les formes mixtes sont les plus fréquentes. Les critères sont inadaptés pour l'enfant. L'évaluation des TCA dans une approche catégorielle cote essentiellement les formes avérées (formes avec dimension dépressive, TOC). Elle n'inclut pas les comportements anorexiques ou boulimiques extrêmement fréquents ou les aménagements alimentaires dans un contexte dépressif réactionnel ou situationnel. Or les comportements ne sont pas sans risque d'autorenforcement bio-psycho-social. Dans quel contexte bio-psychologique la bascule se fait-elle ? Ainsi, dans le cadre d'une approche dimensionnelle de ces troubles (notion d'un continuum normal-pathogène-pathologique), il serait intéressant d'individualiser les facteurs de déviance.

Prévention des complications

Il s'agit de la prévention des complications secondaires à la dénutrition, aux conduites purgatives et à la renutrition (Corcos et coll., 2001) (tableau 17.VII).

Les complications des TCA sont encore, dans un nombre non négligeable de cas, à l'origine du dépistage d'un TCA méconnu ou dénié. En matière de prévention dans les TCA, celle des complications somatiques secondaires à la dénutrition s'impose. En dehors d'une surveillance régulière bien conduite (ne se substituant pas à la prise en charge psychothérapeutique), des bilans réguliers sont nécessaires, comprenant en particulier pour les évolutions chroniques : IRM cérébrale, ostéo-densitométrie, bilan endocrinien complet, électrocardiogramme, bilan hydro-électrolytique, bilan gastro-œsophagien. À l'issue de ceux-ci, certaines prescriptions s'avèrent nécessaires (œstro-progestatifs, biphosphonates de troisième génération, rééquilibration hydroélectrique...).

En conclusion, si les études catégorielles centrées sur les facteurs de risque pris isolément, notamment psychiatriques, ont leur intérêt, elles apparaissent cependant limitées, tout comme les études sur les facteurs psychosociaux, événementiels ou traumatiques. En effet, un événement traumatique n'a évidemment pas le même impact et effet sur des sujets différents et sur un même sujet à des moments différents. Tout ce qui a contribué très tôt à

Tableau 17.VII : Complications rencontrées dans les troubles du comportement alimentaire

Désordres hydro-électrolytiques et métaboliques

- hypokaliémie, alcalose hypochlorémique
- hyponatrémie, hypoglycémie
- hypomagnésémie
- cholestérol total et le LDL- cholestérol négativement corrélés au BMI
- carence en zinc et en cuivre

Anomalies cardiovasculaires et pulmonaires*Anomalies cardiovasculaires cliniques*

- hypotension artérielle (orthostatique +)
- bradycardie, tachycardie

Anomalies cardiovasculaires électriques

- Allongement de l'espace QT et autres anomalies non spécifiques

Anomalies cardiovasculaires échographiques

- prolapsus de la valve mitrale et plus rarement de la valve tricuspide
- diminution de la masse ventriculaire gauche
- épanchement péricardique

Anomalies pulmonaires

- pneumomédiastin

Complications stomatologiques et digestives

- déminéralisation de l'émail dentaire, hypertrophie parotidienne (vomisseuse +)
- œsophagites, et exceptionnellement syndrome de Mallory-Weiss, achalasia, rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave)

Complications gastro-intestinales (rares)

- dilatation aiguë de l'estomac, syndrome de l'artère mésentérique supérieure

Complications hépatiques

- élévation des transaminases, rare insuffisance hépato-cellulaire
- pancréatite de renutrition

Complications osseuses, retard de croissance

- ostéopénie, ostéoporose et fractures osseuses : les facteurs favorisant l'ostéopénie dans l'anorexie sont la carence œstrogénique, la diminution de l'*insulin like growth factor I* (IGF I), la carence d'apport en calcium et en vitamine D, l'hypercorticisme et l'activité physique excessive
- retard de croissance et retard pubertaire (formes pré-pubères)

Tableau 17.VII (suite)

Anomalies neurologiques

- élargissement des espaces cérébrospinaux externes, dilatation des ventricules latéraux, atrophie cérébrale (réversibilité ?)
- neuropathie sensitivomotrice par compression (rare)

Complications urologiques et néphrologiques*Complications rénales*

- diminution de la filtration glomérulaire, insuffisance rénale fonctionnelle
- diabète insipide infraclinique, avec anomalies dans la régulation de l'hormone antidiurétique ou insensibilité à son action
- néphrolithiase, néphropathie tubulointerstitielle avec acidose tubulaire de type 1 en cas d'hypokaliémie prolongée, rhabdomyolyse consécutive à une hypokaliémie ou une hypophosphorémie, insuffisance rénale terminale (exceptionnellement)

Complications urologiques

- augmentation de la fréquence des symptômes urinaires : pollakiurie, incontinence urinaire, infections urinaires

Anomalies et complications hématologiques et immunologiques*Perturbations hématologiques*

- leucopénie, thrombopénie, anémie normocytaire arégénérative (hypoplasie médullaire)

Perturbations immunologiques et sensibilité aux infections

- protection diminuée contre les infections
- perturbations de l'immunité cellulaire, baisse du complément sérique

Syndrome de renutrition inappropriée (ensemble des complications de la renutrition)

- hypophosphorémie, hypokaliémie, hypomagnésémie et perturbations du métabolisme du glucose

Anomalies gynéco-obstétricales

- fertilité diminuée (dimension psychogène ?)
- augmentation des taux de prématurité et de la mortalité périnatale

vulnérabiliser l'individu, en ne lui permettant pas de développer des ressources internes à visée de protection et de défense a pour conséquence de le rendre plus dépendant des aléas de son lien avec l'environnement.

L'absence de spécificité des facteurs de risque des TCA et des déviations alimentaires en général, conduit à promouvoir des recherches sur les facteurs susceptibles de favoriser le début et la pérennisation du trouble. Ces facteurs psychologiques individuels, rendant le sujet vulnérable à la pression sociale autour de la minceur, interagissent avec des facteurs génétiques. Les études sur les facteurs protecteurs ou de résilience sont également à promouvoir. Enfin, des recherches psychologiques et biologiques sur la dimension addictive du trouble devraient se développer (Jeammet et coll., 2000).

Quant aux programmes éducationnels pour les parents, les professeurs, les médecins visant à permettre une détection précoce des troubles, nous avons indiqué qu'il valait mieux privilégier la réflexion sur les comportements à risque plutôt que de cibler l'attention sur des troubles spécifiques et ainsi risquer de les valoriser. Cette réflexion doit prendre en considération le fait que chez certaines personnes se mettre en danger est nécessaire pour s'épanouir et que la culpabilité quant au plaisir ressenti génère l'attaque du corps.

Au total, il importe de promouvoir dans les recherches une perspective systémique écologique du développement humain et de favoriser des stratégies de prévention fondées sur une meilleure compréhension développementale.

Le dépistage des TCA avérés ne pose pas de problèmes majeurs. Les outils sont fiables, relativement spécifiques et sensibles. Le dépistage et le traitement précoces, qui pourraient améliorer le pronostic, demeurent problématiques du fait de :

- la non-adaptation des échelles à des enfants et des préadolescents et à la population masculine ;
- le retard à la consultation psychiatrique : déni de la patiente, complicité familiale, médicale et sociale, effet de fascination de cette pathologie sur les différents intervenants. Une étude est à promouvoir pour évaluer la durée du trouble avant le premier contact avec un service de soins (deux ans en moyenne et plus importante pour la boulimie que pour l'anorexie). Ceci est particulièrement important en termes de prévention, car il y a incontestablement une influence négative de la durée des troubles avant le début du traitement sur le pronostic (verrouillage biologique, psychologique et social) ;
- la multiplication, encore trop fréquente, des examens paracliniques dans des consultations spécialisées, qui fait longtemps errer le diagnostic et enferme le patient et sa famille dans l'hypothèse d'un trouble organique, déviant la dimension psychologique de l'affection et donc la détresse du patient ;
- le suivi psychiatrique, quand il est proposé, est facilement interrompu (intérêt de la thérapie bifocale).

BIBLIOGRAPHIE

ALVIN P. Approche physiologique. Adolescence. Dossier documentaire Inserm, Nathan 17-20, Paris, 1993

APA (American Psychiatric Association). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 1

ANDERSON DA, WILLIAMSON DA, DUCHMANN EG, GLEAVES DH, BARBIN JM. Development and validation of a multifactorial treatment outcome measure for eating disorders. *Assessment* 1999, **6** : 7-20

BAILEY CA, GIBBONS SJ. Physical victimization and bulimic-like symptoms : is there a relationship ? *Deviant Behav* 1989, **10** : 335-352

BAILLY D. Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance (Epidemiologic research, eating disorders, and addictive behaviors). *Encephale* 1993, **19** : 285-292

BECKMAN KA, LEONARD BURNS G. Relation of sexual abuse and bulimia in college women. *Int J Eat Disord* 1990, **9** : 487-492

BERGERET J. La dépression et les états vraiment limites dans la clinique psychanalytique contemporaine. In : Narcissisme, œdipe et violence. PUF, Paris, 1995

BERGH C, SODERSTEN PER. Anorexia nervosa, self starvation and the reward of stress. *Nat Med* 1996, **2** : 21-22

BOWLBY J. Attachment and loss : retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982, **52** : 664-678

BRUSSET B. Les vicissitudes d'une déambulation addictive (Essai métapsychologique). *Rev Fr Psychanal* 1990, **54** : 671-687

BUTTON EJ, SONUGA-BARKE EJ, DAVIES J, THOMPSON M. A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls : questionnaire findings. *Br J Clin Psychol* 1996, **35** : 193-203

CALAM RM, SLADE DS. Sexual experience and eating problems in female undergraduates. *Int J Eat Disord* 1989, **8** : 391-397

CANDELORI C, CIOCCA A. Attachment and eating disorders in psychotherapeutic issues. In : Eating disorders ; models, methods and results, UNIVERSO ed, Rome 1998 : 139-153

CARTER JC, STEWART DA, DUNN VJ, FAIRBURN CG. Primary prevention of eating disorders : might it do more harm than good ? *Int J Eat Disord* 1997, **22** : 167-172

CASPER RC, OFFER D. Weight and dieting concerns in adolescents ; fashion or symptom ? *Pediatrics* 1990, **86** : 3

CAVALLINI MC, BERTELLI S, CHIAPPARINO D, RIBOLDI L. Complex segregation analysis of OCD in 141 families of eating disorder probands with and without OCD. *Am J Med Genet* 2000, **96** : 384-391

COOPER Z, FAIRBURN C. The Eating Disorder Examination : a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eating Disord* 1987, **6** : 1-8

- CORCOS M, ATGER F, FLAMENT M, JEAMMET PH. Boulimie et dépression. *Rev Neuropsychiatr Enfant Adolesc* 1995, **43** : 391-400
- CORCOS M. Le Corps Absent. In : Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Coll. Psychismes, Dunod, sept. 2000a
- CORCOS M, JEAMMET PH. Les conduites de dépendance. *EMC Psychiatrie* 2000b, 37-216-G-30 : 6
- CORCOS M, FLAMENT M, GIRAUD MJ, LEDOUX S, JEAMMET PH. Early psychopathological manifestations on bulimia nervosa. A retrospective comparison of the period of puberty in bulimic and control girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000c, **9** : 151-121
- CORCOS M, NEZELOFF S, BIZOUARD P, GIRARDON N, JEAMMET PH. Pertinence du concept d'addiction dans les TCA. *Annales Médecine Interne Addiction* 2000d, **151** : 353-360
- CORCOS M, GUILBAUD O, CHAOUAT G, JEAMMET PH. Cytokines and anorexia nervosa. Accepted *Psychosomatic Medicine* 2001
- CORCOS M, BOCHEREAU D, DE TOURNEMIRE R, CAYOL V, JEAMMET PH. Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. *EMC Endocrinol Nutr*, 10-308-D.10, 2001, 6p
- CRIQUILLON-DOUBLET S, DIVAC S, DARDENNE R, GUELFY JD. Le Eating disorder inventory. In : Psychopathologie quantitative. GUELFY JD, GAILLAC V, DARDENNE R eds, Masson., Paris, 1995, 249-260
- DAVIS C, CLARIDGES G. The eating disorders as addiction : a psychobiological perspective. *Add Behav* 1998, **23** : 463-475
- FAIRBURN CG, COOPER PJ. The clinical features of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1984, **144** : 238-246
- FAIRBURN CG, COOPER Z, DOLL HA. Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56** : 468-476
- FERRON C, BON N, LAURENT-BEQ A, SPYCKERELLE Y, DESCHAMPS JP. Évolution de l'image du corps à l'adolescence. Déterminants psycho-sociaux et effets comportementaux. *Arch Fr Pédiatr* 1993, **50** : 155-161
- FINKELHOR D. Abus sexuel et santé sexuelle chez l'enfant : nouveaux dilemmes pour le pédiatre. Compte rendu de congrès. *J Suisse Med* 1994, **124** : 2320-2330
- FLAMENT M, JEAMMET PH. La Boulimie, réalités et perspectives. Masson, Paris, 1999 : 394
- FLAMENT M, CORCOS M, GIRAUD MJ, JEAMMET PH. Sexual abuse and eating disorders. *Psych Res* 2002 (submitted)
- FOMBONNE E. Eating disorders : Time trends and possible explanatory mechanisms in psychosocial disorders in young people time trends and their cause. RUTTER M AND SMITH JD eds, Academia Europea, 1995
- FONAGY P, LEIGH T, STEELE M, STEELE H, KENNEDY R et coll. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 22-31
- FRIEDMAN SS. Girls in the 90s : A gender-based model for eating disorder prevention. *Patient Education & Counseling, Special Issue : Women's health* 1998, **33** : 217-224

- FULLERTON DT, WONDERLICH SA, GOSNELL BA. Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse. *Int J Eat Disord* 1995, **17** : 243-249
- GARFINKEL PE, MOLDOFSKY H, GARNER DM. The Outcome of anorexia nervosa : significance of clinical features, body image, and behaviour modification. In : *Anorexia nervosa*. VIGERSKY RA ed, Raven Press, New York, 1977
- GARFINKEL PE, MOLDOFSKY H, GARNER DM. The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct group. *Arch Gen Psychiatry* 1980, **37** : 36-40
- GARNER DM, GARFINKEL PE. The Attitude Test : an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979, **9** : 273-279
- GARNER DM, OLMSTED MP, BOHR Y, GARFINKEL PE. The Eating Attitude Test : psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982, **12** : 871-878
- GARNER DM, GARFINKEL PE, O'SHAUGHNESSY M. The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1985, **142** : 581-587
- GARROT G, LANG F, ESTOUR J, PELLET J, GAUTHEY C, WAGON C. Étude de la EAT. Échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale dans une population témoin et dans une population d'anorexiques. *Ann Medicopsychol* 1987, **145** : 258-264
- GEORGE C, KAPLAN N, MAIN M. Adult attachment interview (3 Rd Ed), unpublished manuscript, Department of psychology, University of California, Berkely, 1996
- GOTESTAM KG, AGRAS WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995, **18** : 119-126
- GWIRTSMAN HE, ROY BYRNE P, YAGER J, GERNER RH. Neuroendocrine abnormalities in bulimia. *Am J Psychiatry* 1983, **140** : 559-563
- HALMI KA, SUNDAY SR, STROBER M, KAPLAN A, WOODSIDE B et coll. Perfectionism in anorexia nervosa : variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 11
- HASTINGS T, KERN JM. Relationships between bulimia, childhood sexual abuse, and family environment. *Int J Eat Disord* 1994, **15** : 103-111
- HATSUKAMI D, MITCHELL JE, ECHERT E, PYLE R. Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorders and bulimia with substance abuse problems. *Addict Behav* 1986, **11** : 399-406
- HENDERSON M, FREEMAN CPL. A self-rating scale for bulimia : The « BITE ». *Br J Psychiatry* 1987, **150** : 18-24
- HERZOG DB, KELLER M, LAVORY P, KENNY G, SACKS N. The prevalence of personality disorders. In 210 women with eating disorders. *Clin Psychiatry* 1991, **53** : 147-152
- HILL AJ, BHATTI R. Body shape perception and dieting in preadolescent British Asian girls : links with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995, **17** : 175-183
- HOLDERNESS CC, BROOKS-GUNN J, WARREN MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse, review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994, **16** : 1-34
- HUDSON JI, POPE HG, JONAS JM, YURGELUN-TODD D. Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective depression. *Psychiatry Res* 1983, **9** : 345-354

HUDSON JI, WEISS RD, POPE HG. Eating disorders in hospitalised substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1992, **18** : 75-85

HUON GF, RONCOLATO WG, RITCHIE JE, BRAGANZA C. Prevention of dieting-induced disorders : Findings and implications of a pilot study. *Eat Disord J Treatment Prevention* 1997, **5** : 280-293

HUON GF, BRAGANZA C, BROWN LB, RITCHIE JE, RONCOLATO WG. Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *Int J Eat Disord* 1998, **23** : 455-458

JEAMMET PH, BRECHON G, PAYAN C. Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'Enfant* 1991, **2** : 381-442

JEAMMET PH, CORCOS M, FLAMENT M. Individualisation de dimensions communes aux conduites de dépendance. Réseau dépendance Inserm, Rapport Inserm, 2000

JIMMERSON DC, WOLFE BE, METZGER DE, FINKELSTEIN DM, COOPER TM, LEVINE JM. Decreased serotonin function in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 529-534

JOHNSON C, CONNORS ME. Diagnostic survey for eating disorders. In : The Etiology and treatment of bulimia nervosa. JOHNSON C, CONNORS ME eds., Basic Books Inc, New York, 1987 : 174-194

JOHNSON CL, TOBIN DL, LIPKIN J. Epidemiologic changes in bulimia behavior among female adolescents over a five-year period. *Int J Eat Disord* 1989, **8** : 647-656

KAPLAN HI, SADOCK BJ. Synopsis de psychiatrie Psychoneurobiologie et psychiatrie. WILLIAMS, WILKINS eds, Masson, Paris, 1998

KEEL PK, FULKERSON JA, LEON GR. Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *J Youth Adolesc* 1997, **26** : 203-216

KENDLER KS, MACLEAN C, NEALE M, KESSLER R, HEATH A, EAVES L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991, **148** : 1627-1637

KILLEN JD, HAYWARD C, LITT I, HAMMER LD, WILSON DM et coll. Is puberty a risk factor for eating disorders ? *Am J Dis Child* 1992, **146** : 323-325

KILLEN JD, HAYWARD C, WILSON DM et coll. Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. *Int J Eat Disord* 1994, **15** : 357-367

KINZL JF, TRAWEGER C, GUENTHER V, BIEBL W. Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1127-1131

KOBAK RR, SUDLER N, GAMBLE W. Attachment and depressive symptoms during adolescence : a developmental pathway analysis. *Dev Psychopathol* 1991, **3** : 461-474

KOFF E, RIERDAN J. Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. *J Adolesc Health* 1993, **14** : 433-439

LACEY JH, EVANS BA. The impulsivist ; a multiimpulsive personality disorder. *Br J Addict* 1986, **81** : 641-649

LACEY JH. Incest, incestuous fantasy and indecency. A clinical catchment area study of normal-weight bulimic women. *Br J Psychiatry* 1990, **57** : 399-403

- LEDOUX S, CHOQUET M, FLAMENT M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord* 1991, **10** : 81-89
- LEON GR, CARROLL K, CHERNYK B, FINN S. Binge eating and associated habit patterns within college student and identified bulimic population. *Int J Eat Disord* 1985, **4** : 43-57
- LEON GR, FULKERSON JA, PERRY CL, CUDECK R. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 1993, **102** : 438-444
- LUCAS AR, BEARD CM, O'FALLON WM, KURLAND LT. The 50 years trend in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota, in a population based study. *Am J Psychiatry* 1991, **148** : 917-922
- MAIN M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology : 2. Overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 237-243
- MORENO A, THELEN MH. Parental factors related to bulimia nervosa. *Addict Behav* 1993a, **18** : 681-689
- MORENO AB, THELEN MH. A preliminary prevention program for eating disorders in a junior high school population. *J Youth Adolesc* 1993b, **22** : 109-124
- MORGAN J, RUSSELL GF. Value of family abckground and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa : a 4 year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med* 1975, **5** : 355-371
- MORGAN J, HAYWARD AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1988, **152** : 367-371
- MORGAN J, REID F, LACEY JH. The SCOFF questionnaire : assessment of a new screening tool for eating disorders. *Br Med J* 1999, **319** : 1467-1468
- MUNFORD DB, WHITEHOUSE AM, PLATTS M. Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *Br J Psychiatry* 1991, **158** : 222-228
- NEUMARK-SZTAINER D. School-based programs for preventing eating disturbances. *J Sch Health* 1996, **66** : 64-71
- NEUMARK-SZTAINER D, STORY M, DIXON LB, MURRAY DM. Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors : are they at risk for other health-compromising behaviors ? *Am J Public Health* 1998, **88** : 952-955
- NEZELOF S, BIZOUARD P, TACCOEN Y, CORCOS M, VENISSE JL et coll. Psychotropic drug consumption and dependent behaviours. Communication WPA, International Jubilee Congress, Paris, 2000
- NICHOLLS D, CHATER R, BRYAN LASK. Children into DSM don't go : A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000, **28** : 317-324
- PIRAN N. Prevention of eating disorders. Directions for future research. *Psychopharmacol Bull* 1997, **33** : 419-423
- PIKE KM, RODIN J. Mothers, daughters and disordered eating. *J Abnor Psychol* 1991, **100** : 198-204
- PYLE RL, MITCHELL JI, ECKERT ED. Bulimia : A report of 34 cases. *J Clin Psychiatry* 1981, **42** : 60-64

- PYLE RL, HALVORSON PA, NEWMAN PA, MITCHELL JE. The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *Int J Eat Disord* 1986, **5** : 631-647
- PYLE RL, NEUMAN PA, HALVORSON PA, MITCHELL JE. An ongoing cross-sectional study of the prevalence of eating disorders in freshman college students. *Int J Eat Disord* 1991, **10** : 667-677
- RATNASURIYA RH, EISLER I, SZMUKLER GI, RUSSELL GFM. Anorexia nervosa : outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatry* 1991, **158** : 495-502
- ROSENSTEIN DS, HOROWITZ HA. Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 244-253
- ROSENTHAL NE, HEFFERMAN MM. Bulimia, carbohydrate craving, and depression : a central connection ? In : Nutrition and the brain. WURTMAN RJ, WURTMAN JJ eds, Raven Press, New York 1986, **7** : 139-166
- ROZIN P, FALLON A. Body image, attitudes to weight and misperceptions of figure preferences of the opposite sex : a comparison of men and women in two generations. *J Abnorm Psychol* 1988, **97** : 342-345
- RUGGERI M, FAVARO A, SANTONASTASO P. Inventory for the Screening of Eating Disorders (ISED). *Epidemiol Psychiatr Soc* 2000, **9** : 70-76
- RUSSEL GF, TREASURE J, EISLER I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children : their recognition and management. *Psychol Med* 1998, **28** : 93-108
- SHARPE TM, KILLEN JD, BRYSON SW, SHISLAK CM, ESTES LS et coll. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1998, **23** : 39-44
- SMITH C, THELEN MH. Development and validation of a test for bulimia. *J Consul Clin Psychol* 1984, **52** : 863-872
- SMITH C, FELDMAN SS, NASSERBAKHT A, STEINER H. Psychological characteristics and DSM-III-R diagnosis at 6 years follow-up adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 1237-1245
- SMOLAK L, LEVINE MP. Toward an empirical basis for primary prevention of eating problems with elementary school children. *Eat Disord* 1994, **2** : 293-307
- SMOLAK L, LEVINE MP, SCHERMER F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *J Psychosom Res* 1998, **44** : 339-353
- SPERANZA M, CORCOS M, LEVI G, JEAMMET PH. Obsessive compulsive symptoms as a correlate of severity in the clinical presentation of eating disorders : measuring the effects of depression. In : Eating and weight disorders studies an anorexia, bulimia and obesity. KURTIS ed, 1999, **4** : 121-126
- STEIGER H, ZANKO M. Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups. *J Interpersonal Violence* 1990, **5** : 74-86
- STEINHAUSEN HC, RAUSS-MASSON C, SEIDEL R. Follow-up studies of anorexia nervosa : A review of four decades of outcome research. *Psychol Med* 1991, **21** : 447-454
- STERN S, DIXON KN, SANSONE RA, LAKE MD, NEMZER E, JONES D. Psychoactive substance use disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *Compr Psychiatry* 1992, **33** : 207-212

STICE E. Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin- ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behav Res Ther* 1998, **36** : 931-944

STRIEGEL-MOORE RH, SILBERSTEIN LR, RODIN J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol* 1986, **41** : 246-263

STRIEGEL-MOORE RH, SILBERSTEIN LR, FENSCH P, RODIN J. A prospective study of disordered for bulimia. *Am Psychol* 1989, **41** : 246-263

STROBER M, KATZ JL. Do eating disorders and affective disorders share a common etiology ? A dissenting opinion. *Int J Eat Disord* 1987, **6** : 171-180

STROBER M, FREEMAN R, BOWER S, RIGOLI J. Binge eating in anorexia nervosa predicts later onset of substance use disorder : a ten year prospective longitudinal follow-up of 95 adolescents. *J Youth Adolesc* 1997, **25** : 519-532

STROBER M, FREEMAN R, LAMPERT C, DIAMOND J, KAYE W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa : evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 393-401

TRACY D, BOST-WICK B, SCOTT D, WALLACE, SEAN M, O'HALLORAN. Effects on intrafamilial sexual assault on eating behaviors. *Psychol Rep* 1996, **79** : 531-536

VIESSELMAN JO, ROIG M. Depression and suicidality in eating disorder. *J Clin Psychiatry* 1985, **46** : 118-124

VINDREAU C, GINESTET D. Les effets des psychotropes lors des troubles du comportement alimentaire. *Confrontations psychiatriques* 1989, **31** : 257-279

WALLER G. Sexual abuse as a factor in eatings disorders. *Br J Psychiatry* 1991, **159** : 664-671

WALLER G. Sexual abuse and eating disorders. Borderline personality as a mediating factor ? *Br J Psychiatry* 1993, **162** : 771-775

WALSH BT, DEVLIN MJ. Eating Disorders : progress and problems. *Science* 1988, **280** : 1387-1390

WAUGH E, BULIK C. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999, **25** : 123-133

WEISS GL, LARSEN DL, BAKER WK. The development of health protective behaviors among college students. *J Behav Med.* 1996, **19** : 143-61

WEISS SR, EBERT MH. Psychological and behavioral characteristics of normal-weight bulimics and normal-weight controls. *Psychosomatic Med* 1983, **45** : 293-303

WELCH SL, FAIRBURN CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1996, **169** : 451-458

WIEDERMAN MW, PRYOR T. Substance use among women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996, **20** : 163-168

WILLIAMS PK. The epidemic of anorexia nervosa : another medical myth. *Lancet* 1987, **1** : 205-257

WISEMAN CV, SUNDAY SS, HALLIGAN P, KORN S, BROWN C, HALMI KA. Substance Dependence and eating disorders : Impact of sequence on comorbidity. *Compr Psychiatry* 1999, **40** : 332-336

YAGER J, LANDSVERK J, EDELSTEIN CK. A 20 months follow-up study of 628 women with eating disorders I. Course and severity. *Am J Psychiatry* 1987, **144** : 1172-1177