Anorexie mentale et boulimie nerveuse

Comment ces problématiques émergent et se maintiennent et pistes d’intervention

Anorexie mentale
Théorie du problème

Critères diagnostiques (DSM-V, 2013)

- Restriction de l’apport énergétique par rapport aux exigences, menant à un poids corporel significativement faible selon l'âge, le sexe, la courbe de poids et la santé physique. Le poids significativement faible est défini comme un poids qui est inférieur au minimum normal, ou, pour les enfants et les adolescents, moins que le poids minimum attendu.

- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant qui interfère avec le gain de poids même si le poids est inférieur à la normale.

- Altération de la perception du poids ou de la forme du corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l’estime de soi, ou déni persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Deux sous-types basés sur les conduites alimentaires

- **Type restrictif:** au cours des trois derniers mois, la personne n'a pas présenté, de manière régulière, de crises de boulimie ou de comportement de purge soit des vomissements volontaires, des abus de laxatifs, de diurétiques ou de lavements ; la perte de poids survient principalement à la suite de diètes, de jeûnes, et/ou d'exercices physiques.

62% des patientes qui souffrent d'anorexie restrictive au moment d'apposer le diagnostic développent des conduites boulimiques

- **Type boulimique:** au cours des trois derniers mois, la personne a eu des crises récurrentes d'hyperphagie boulimique ou des comportements de purge soit des vomissements volontaires, des abus de laxatifs, de diurétiques, ou de lavements.

12% des patientes souffrant d'anorexie avec crises de boulimie endossent le diagnostic d'anorexie restrictive après huit ans de suivi

Prévalence de l’anorexie mentale

– Ce trouble touche entre **0,1 % à 1 %** chez les adolescentes et les jeunes adultes (Alvin, 2001; Bergh, Brodin, Lindberg et Södersten, 2002; Bulik, 2002; Fairburn et Harrison, 2003; Lewinshon *et al*., dans Chabrol, 2004).

- Uniquement 53 % des cas d’anorexie seraient détectés par les professionnels de la santé

– Le ratio des personnes anorexiques est évalué à **9 à 10 filles pour 1 garçon** (Alvin, 2001; Anderson et Holman, 1997, dans Szabo, 1998; Gilchrist, Ben-Tovim, Hay, Kalucy et Walker, 1998; Van Den Brouke, 1984, dans Chambry, Corcos, Guilbaud et Jeammet, 2002).

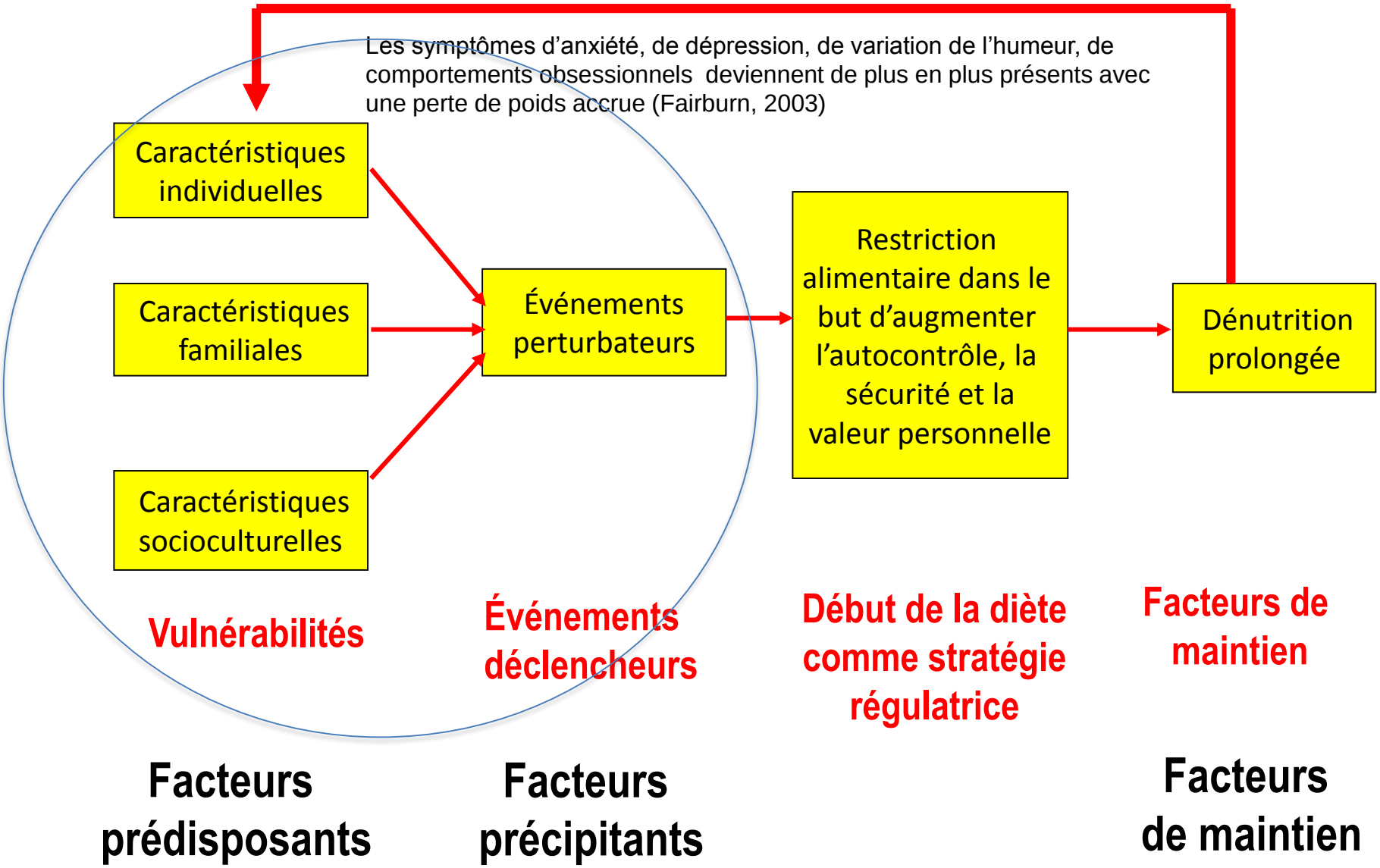
Pronostic de l’anorexie

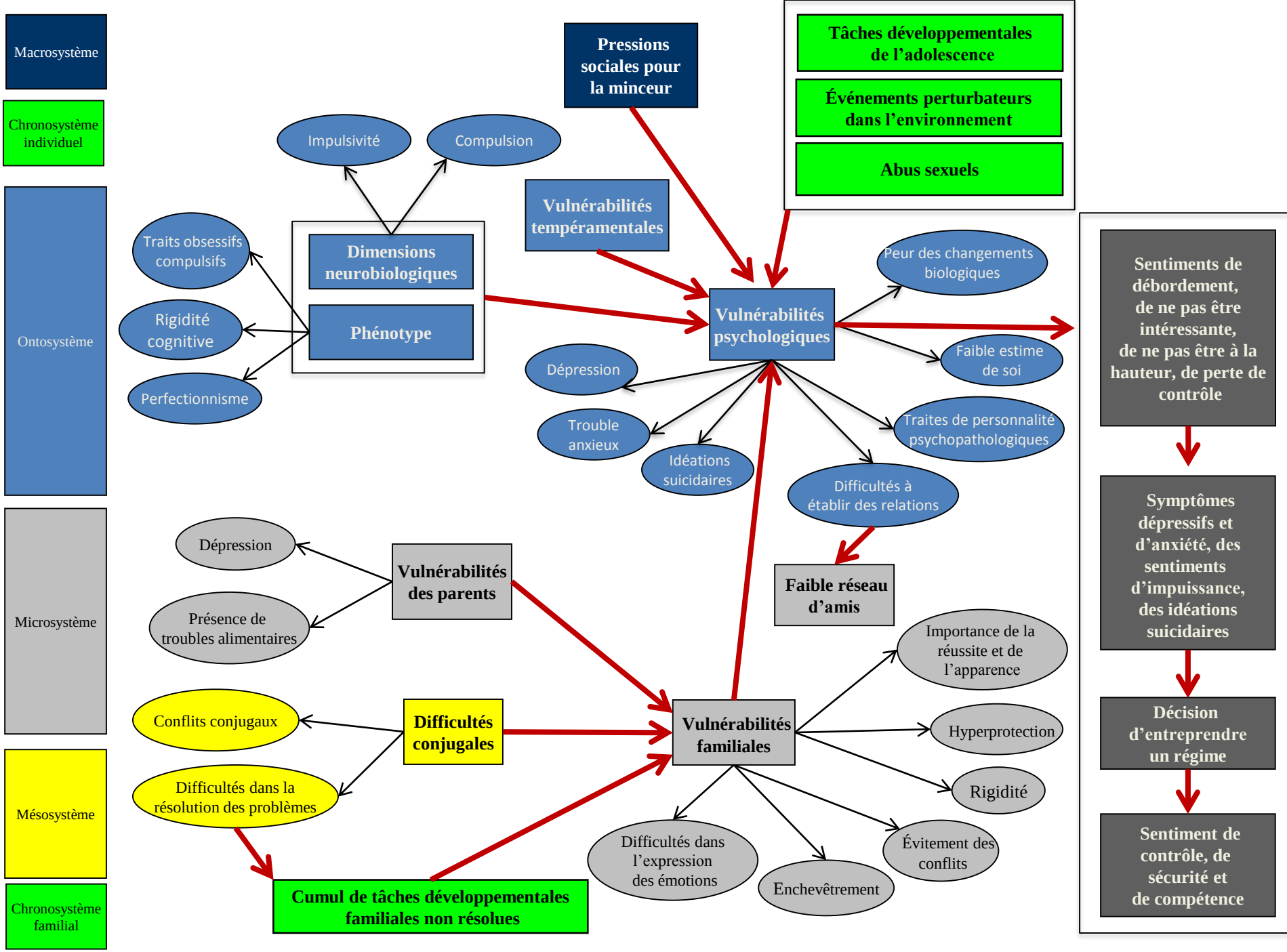
- Une adolescente sur trois ne connaît pas un pronostic favorable dans le temps (Lock et al., 2001). En outre, parmi celles qui recouvrent un poids normal (environ 65%), entre 20 % et 30% d’entre elles continuent de présenter des difficultés importantes d’ajustement sur les plans psychologique et social (Steinhausen, 2002; Strober et al., 1997).

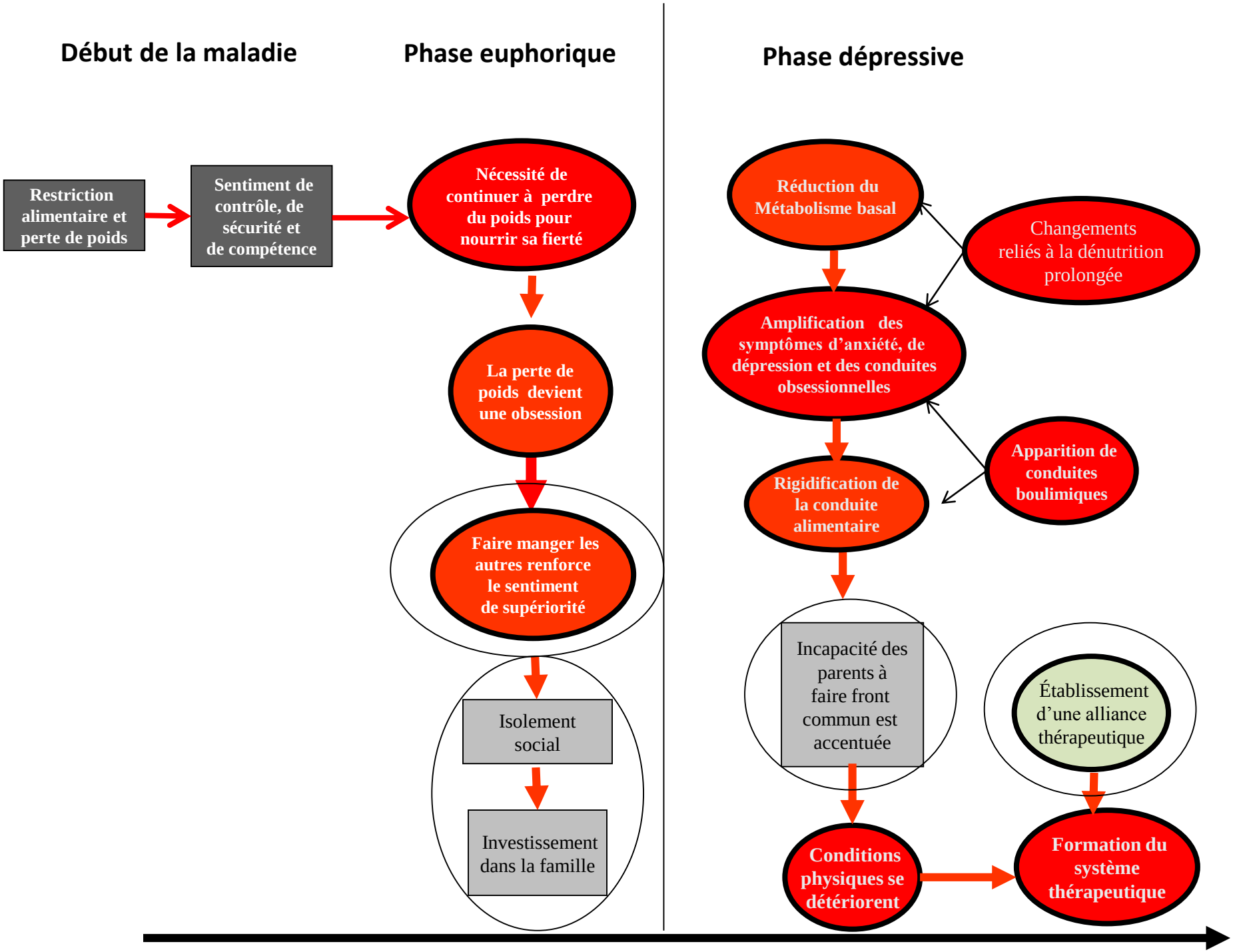
- **10%** des anorexiques admises dans des hôpitaux universitaires meurent à long terme. Ces mortalités seraient attribuables à la privation alimentaire, au suicide ou au déséquilibre des électrolytes.

Modèle explicatif de l’anorexie mentale

Modèle explicatif de l'anorexie mentale (Garner, 1993, 2004)



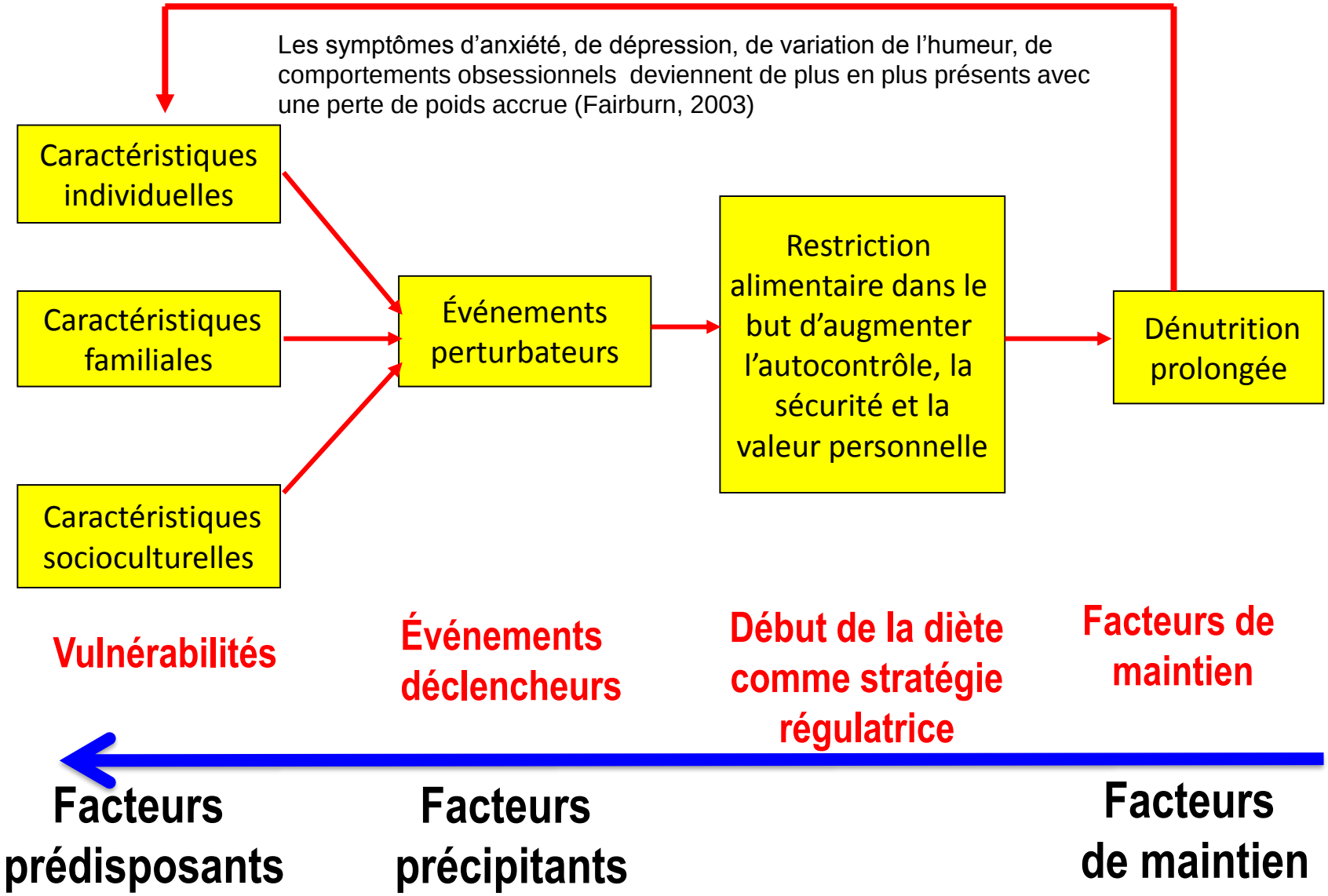

Macrosystème
Chronosystème individuel
Ontosystème
Microsystème
Mésosystème
Chronosystème familial
Pressions sociales pour la minceur
Tâches développementales de l'adolescence
Événements perturbateurs dans l'environnement
Abus sexuels
Impulsivité
Compulsion
Vulnérabilités tempéramentales
Traits obsessifs compulsifs
Dimensions neurobiologiques
Rigidité cognitive
Phénotype
Perfectionnisme
Vulnérabilités psychologiques
Peur des changements biologiques
Faible estime de soi
Dépression
Trouble anxieux
Idéations suicidaires
Traites de personnalité psychopathologiques
Difficultés à établir des relations
Faible réseau d'amis
Dépression
Vulnérabilités des parents
Présence de troubles alimentaires
Importance de la réussite et de l'apparence
Conflits conjugaux
Difficultés conjugales
Vulnérabilités familiales
Hyperprotection
Difficultés dans la résolution des problèmes
Rigidité
Difficultés dans l'expression des émotions
Évitement des conflits
Enchevêtrement
Cumul de tâches développementales familiales non résolues
Sentiments de débordement, de ne pas être intéressante, de ne pas être à la hauteur, de perte de contrôle
Symptômes dépressifs et d'anxiété, des sentiments d'impuissance, des idéations suicidaires
Décision d'entreprendre un régime
Sentiment de contrôle, de sécurité et de compétence


Début de la maladie
Phase euphorique
Phase dépressive
Restriction alimentaire et perte de poids
Sentiment de contrôle, de sécurité et de compétence
Nécessité de continuer à perdre du poids pour nourrir sa fierté
La perte de poids devient une obsession
Faire manger les autres renforce le sentiment de supériorité
Isolement social
Investissement dans la famille
Réduction du Métabolisme basal
Changements reliés à la dénutrition prolongée
Amplification des symptômes d'anxiété, de dépression et des conduites obsessionnelles
Apparition de conduites boulimiques
Rigidification de la conduite alimentaire
Incapacité des parents à faire front commun est accentuée
Établissement d'une alliance thérapeutique
Conditions physiques se détériorent
Formation du système thérapeutique

Théorie du programme

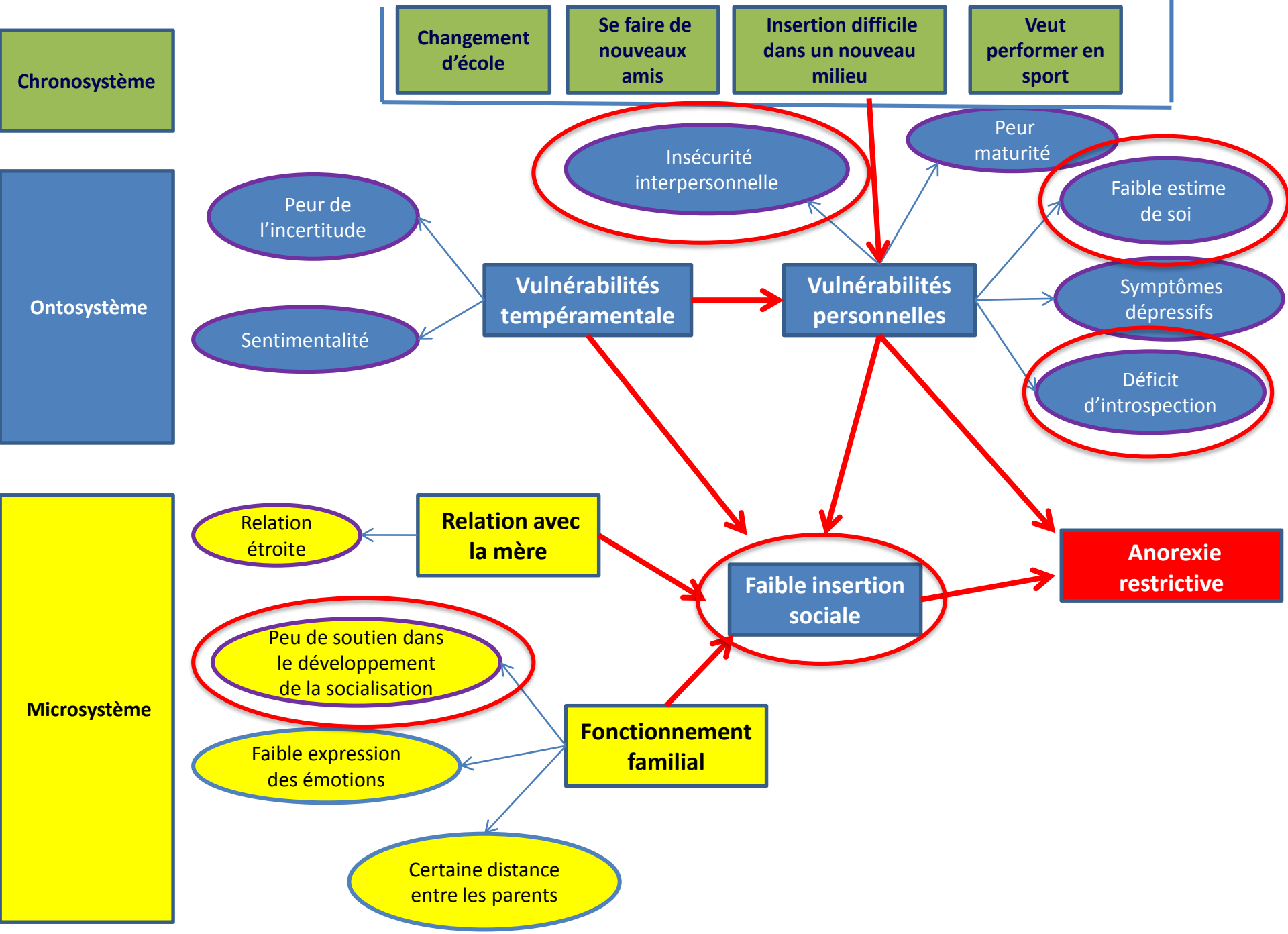
Comment intervenir pour résoudre ce problème?

Modèle explicatif de l'anorexie mentale (Garner, 1993, 2004)

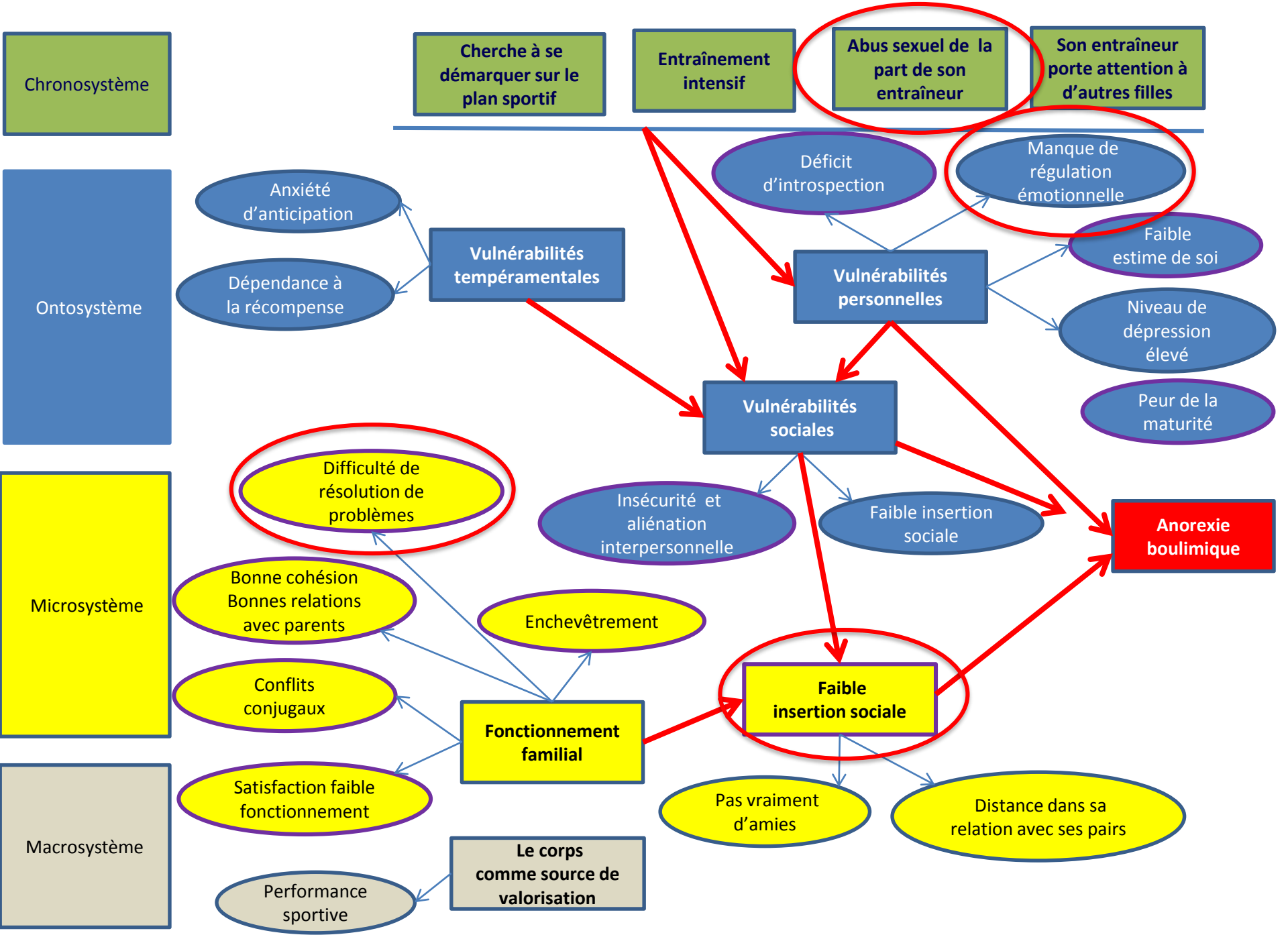


Bilan Marie

Anorexie Restrictive


Chronosystème
Changement d'école
Se faire de nouveaux amis
Insertion difficile dans un nouveau milieu
Veut performer en sport
Ontosystème
Insécurité interpersonnelle
Peur maturité
Peur de l'incertitude
Sentimentalité
Vulnérabilités tempéramentale
Vulnérabilités personnelles
Faible estime de soi
Symptômes dépressifs
Déficit d'introspection
Microsystème
Relation étroite
Relation avec la mère
Faible insertion sociale
Anorexie restrictive
Peu de soutien dans le développement de la socialisation
Faible expression des émotions
Fonctionnement familial
Certaine distance entre les parents

Bilan Catherine
Anorexie boulimique


Chronosystème
Cherche à se démarquer sur le plan sportif
Entraînement intensif
Abus sexuel de la part de son entraîneur
Son entraîneur porte attention à d'autres filles
Ontosystème
Anxiété d'anticipation
Dépendance à la récompense
Vulnérabilités tempéramentales
Déficit d'introspection
Manque de régulation émotionnelle
Vulnérabilités personnelles
Faible estime de soi
Niveau de dépression élevé
Peur de la maturité
Vulnérabilités sociales
Insécurité et aliénation interpersonnelle
Faible insertion sociale
Anorexie boulimique
Microsystème
Difficulté de résolution de problèmes
Bonne cohésion Bonnes relations avec parents
Enchevêtrement
Conflits conjugaux
Fonctionnement familial
Faible insertion sociale
Macrosystème
Satisfaction faible fonctionnement
Pas vraiment d'amies
Distance dans sa relation avec ses pairs
Le corps comme source de valorisation
Performance sportive

Boulimie nerveuse
Théorie du problème

Critères diagnostiques

- Apparaît davantage vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (APA, 1994; Steiger et Champagne, 1999).

1. Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. Une crise de boulimie comporte certaines caractéristiques.
   - Il doit y avoir « absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ».
   - Cette crise est accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire

2. Les crises de boulimie sont suivies de comportements compensatoires inappropriés et récurrents qui ont pour but de prévenir la prise de poids: les vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs ou de diurétiques, les lavements ou autres médicaments, les jeûnes et les exercices physiques excessifs.

Critères diagnostiques

3. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires doivent survenir, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.

4. La personne a une peur intense de prendre du poids et l'estime de soi est influencée de manière excessive par son poids et la forme de son corps (APA, 1994).

5. Le trouble ne survient pas au cours d'une période d'anorexie mentale

- Léger (1-3 comportements compensatoires par semaine)
- Modéré (4-7)
- Sévère (8-13)
- Extrême (14 ou plus)

Deux sous-types de boulimie nerveuse

- Il y a **le sous-type avec vomissements ou prise de purgatifs**, où la personne a régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements pendant l'épisode de boulimie.

- Il y a aussi **le sous-type sans vomissements** ni prise de purgatifs, où la personne présente d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que les jeûnes ou l'exercice physique excessif pendant l'épisode de boulimie, mais n'a pas régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'usage abusif de laxatifs, de diurétiques et de lavements

Prévalence

- Un homme pour dix femmes boulimiques (Bulik, Sullivan, Wade et Kendler, 2000).

- On estime que de 1 % à 4 % de la population féminine serait boulimique (Bulik et al., 2000; Pomerleau, 2001).

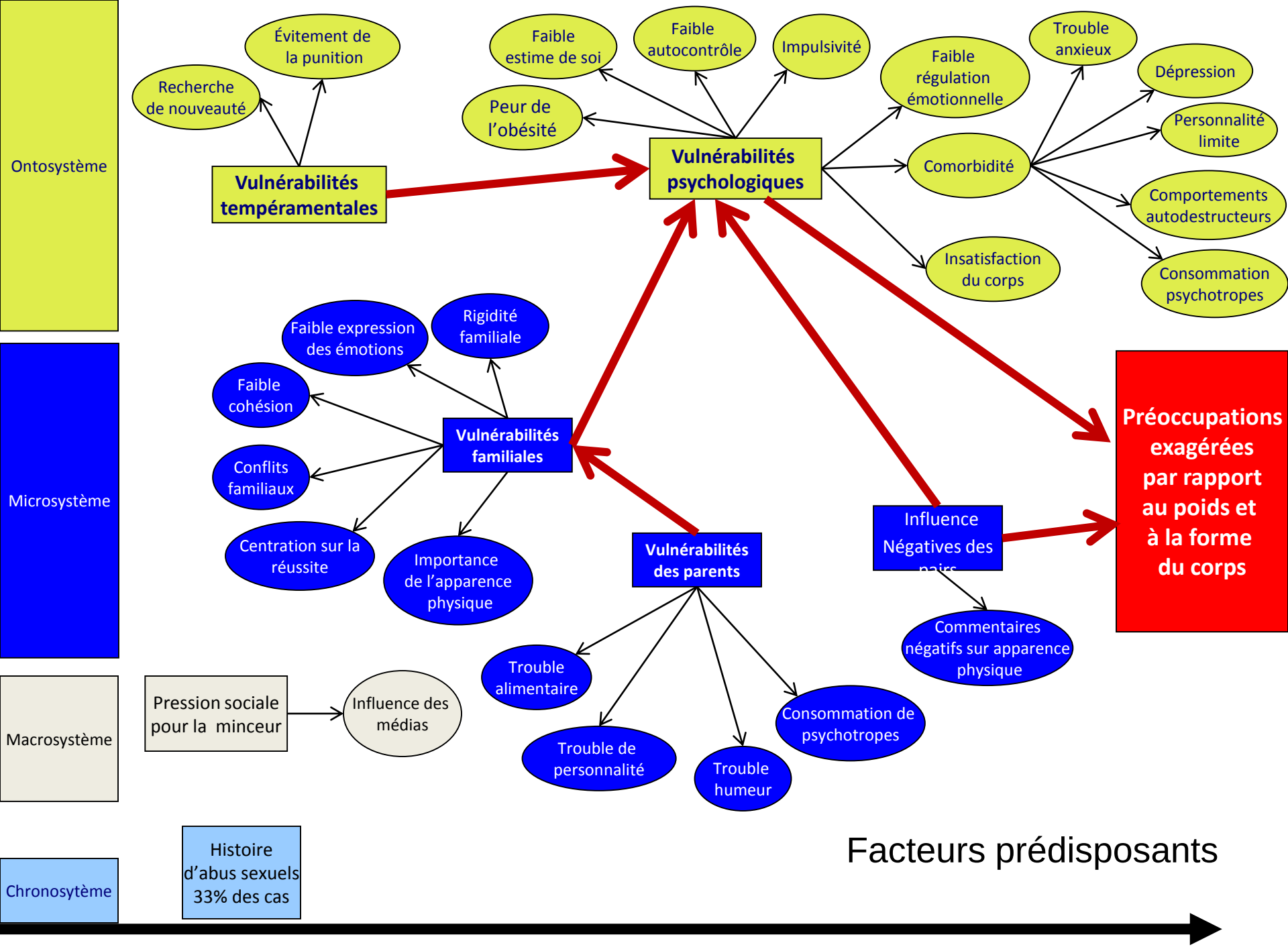
- Si nous incluons les formes d'anorexie et de boulimie qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques du DSM-IV et qui sont quand même considérées comme des troubles alimentaires (non spécifiés), le pourcentage de femmes atteintes se situe entre 5% et 10% (Pomerleau, 2001; Steiger et Champagne, 1999; Wilkins, 1995).

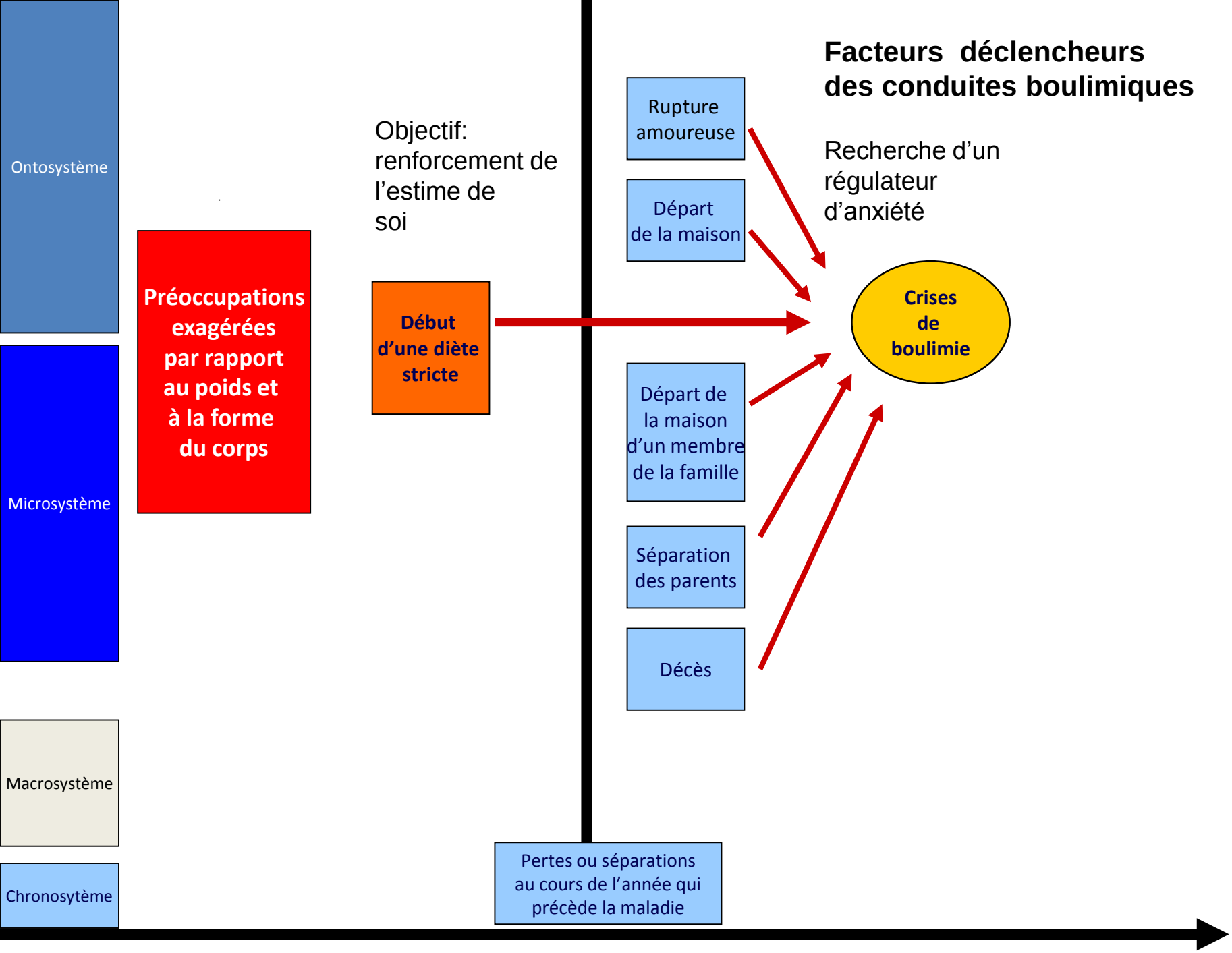
Pronostic

- Le pourcentage de décès, soit par complications au niveau de la santé physique ou par suicide, se situe entre 10 et 20 %.

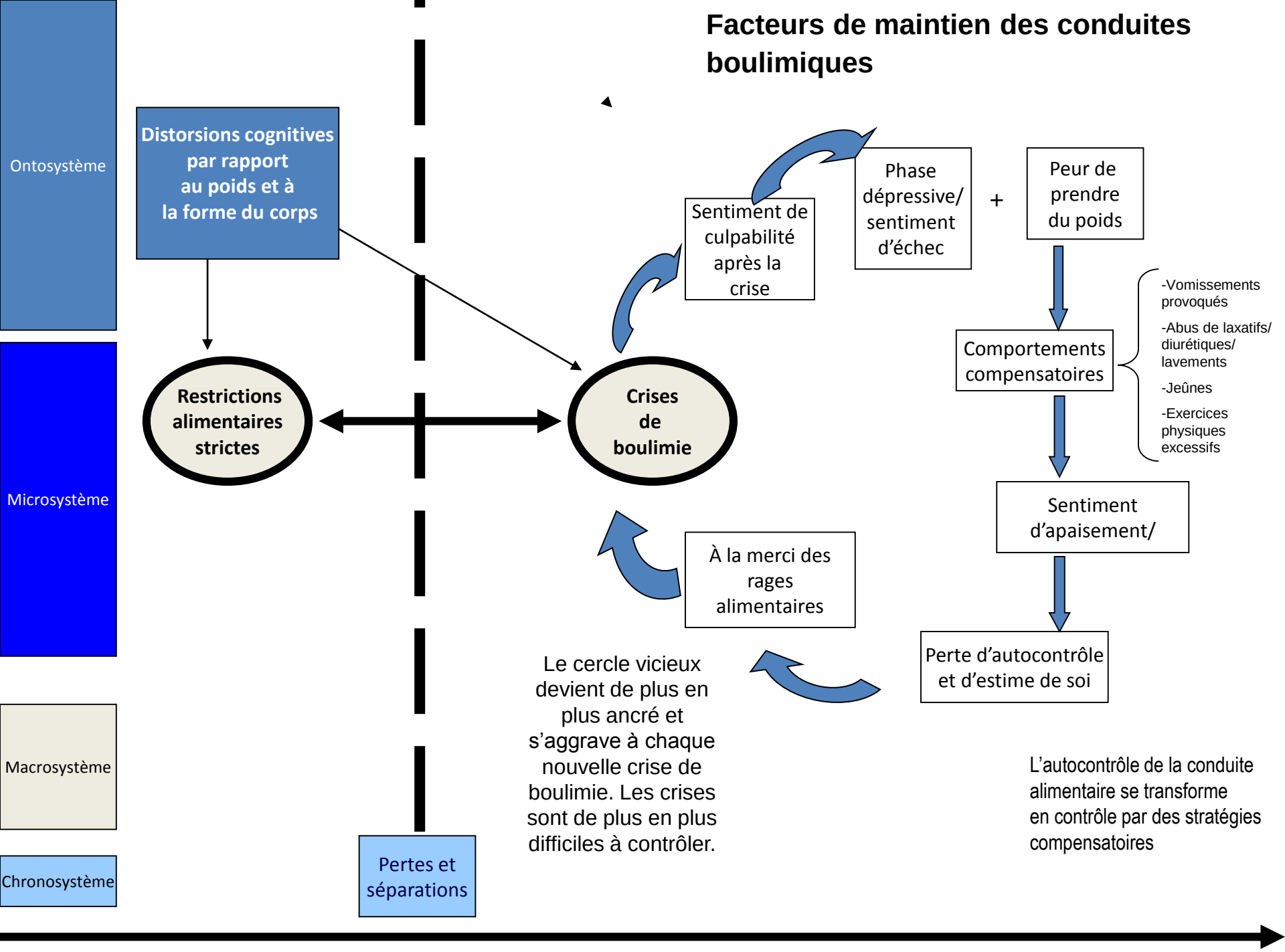
- Ces pourcentages augmentent chez les patientes qui sont aux prises avec ce trouble alimentaire depuis plus de 20 ans (Emborg, 1999; Sullivan, 1995).

Modèle explicatif de la boulimie nerveuse


Ontosystème
Microsystème
Macrosystème
Chronosytème
Évitement de la punition
Recherche de nouveauté
Vulnérabilités tempéramentales
Faible estime de soi
Faible autocontrôle
Impulsivité
Peur de l'obésité
Vulnérabilités psychologiques
Faible régulation émotionnelle
Trouble anxieux
Dépression
Personnalité limite
Comorbidité
Comportements autodestructeurs
Insatisfaction du corps
Consommation psychotropes
Faible expression des émotions
Rigidité familiale
Faible cohésion
Vulnérabilités familiales
Conflits familiaux
Centration sur la réussite
Importance de l'apparence physique
Vulnérabilités des parents
Influence Négatives des pairs
Préoccupations exagérées par rapport au poids et à la forme du corps
Commentaires négatifs sur apparence physique
Trouble alimentaire
Trouble de personnalité
Trouble humeur
Consommation de psychotropes
Pression sociale pour la minceur
Influence des médias
Histoire d'abus sexuels 33% des cas
Facteurs prédisposants


Facteurs déclencheurs des conduites boulimiques
Ontosystème
Microsystème
Macrosystème
Chronosystème
Préoccupations exagérées par rapport au poids et à la forme du corps
Objectif: renforcement de l'estime de soi
Début d'une diète stricte
Rupture amoureuse
Départ de la maison
Départ de la maison d'un membre de la famille
Séparation des parents
Décès
Recherche d'un régulateur d'anxiété
Crises de boulimie
Pertes ou séparations au cours de l'année qui précède la maladie

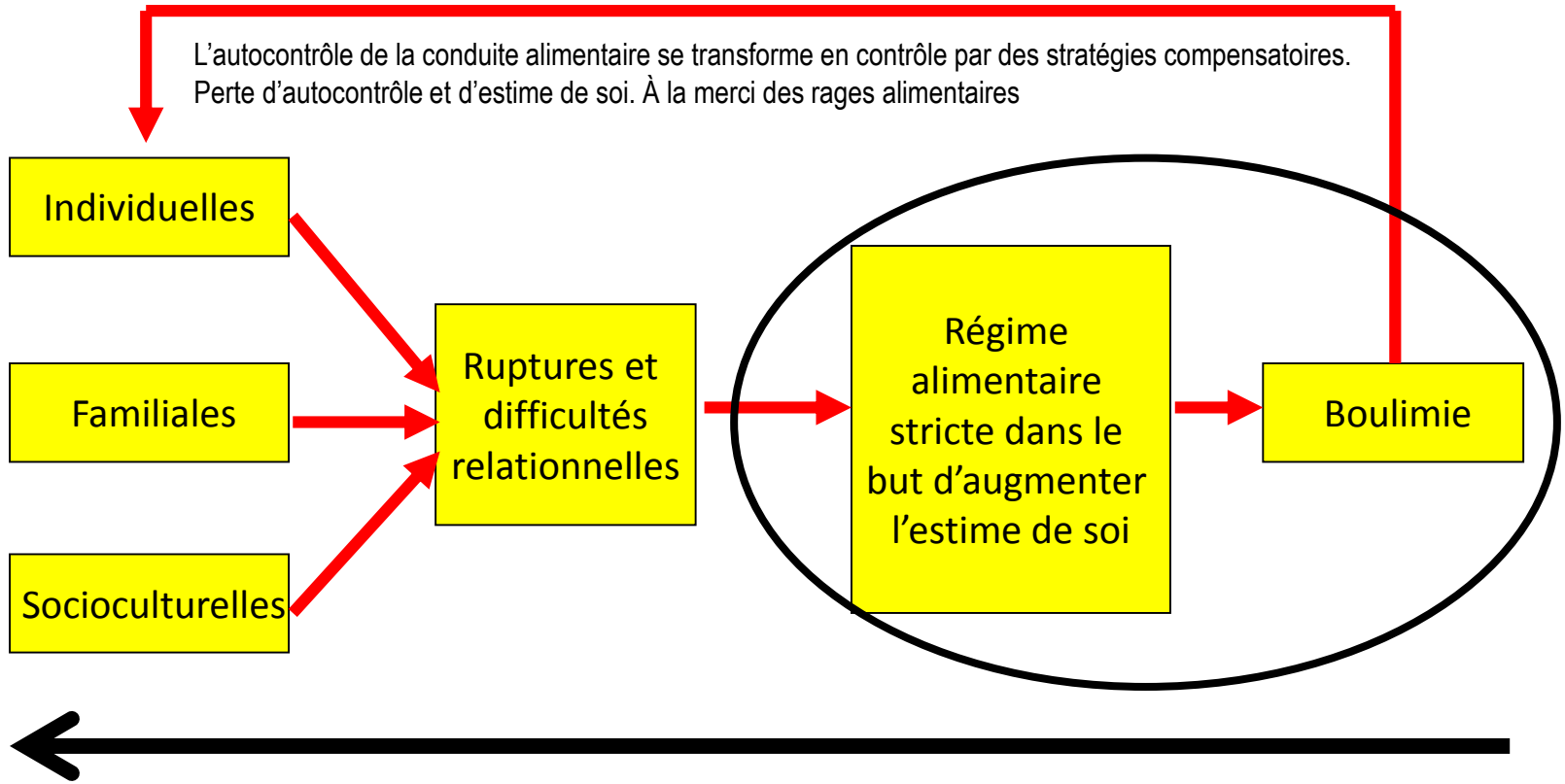
Facteurs de maintien des conduites boulimiques



Théorie du programme

Comment intervenir pour résoudre ce problème?

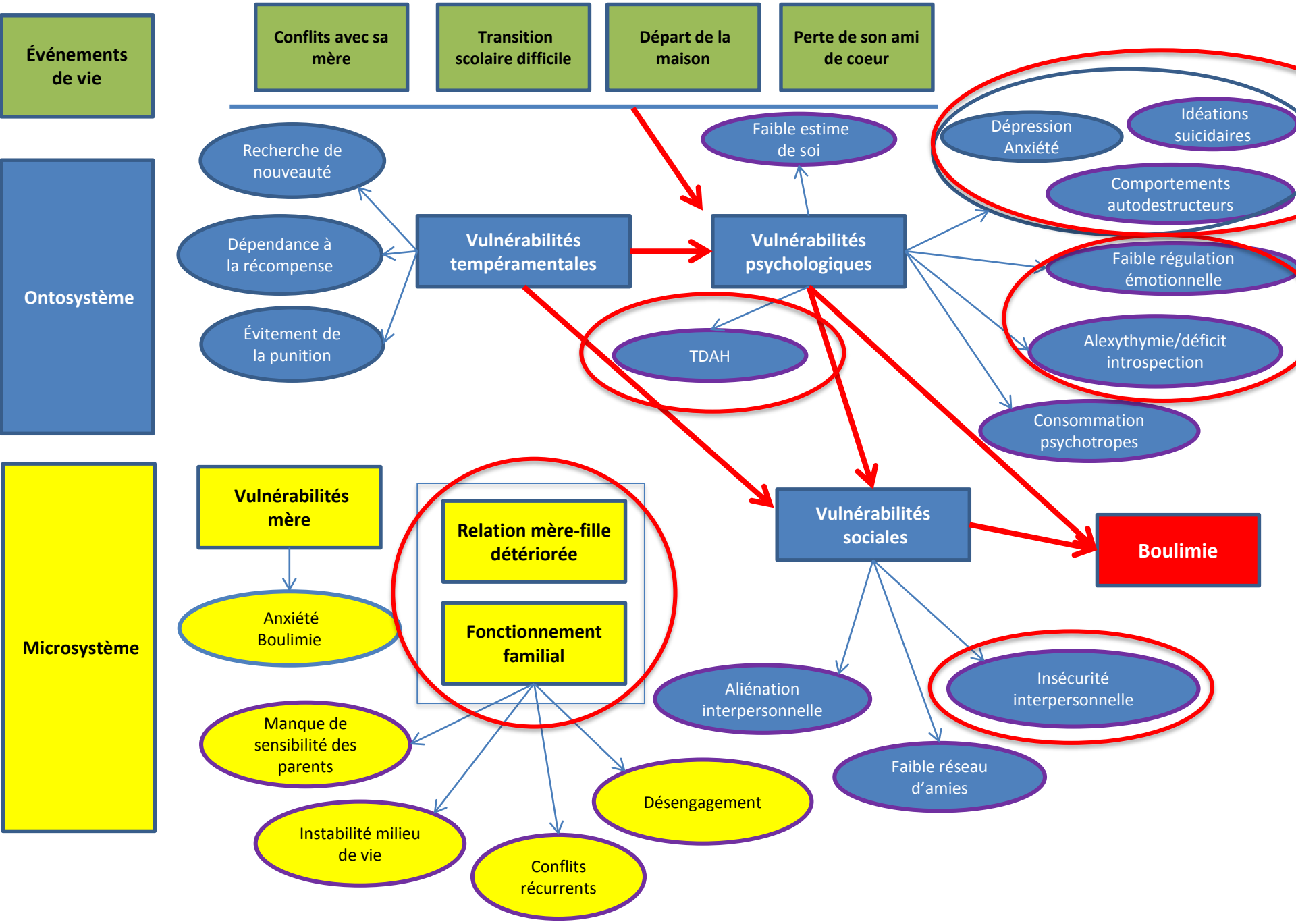
Processus d'intervention (Garner, 1993, 2004)



Vulnérabilités	Événements déclencheurs	Début du régime alimentaire stricte	Perte de contrôle et boulimie
Facteurs prédisposants	Facteurs précipitants		Facteurs de maintien

Bilan Maude

Boulimie


Événements de vie
Conflits avec sa mère
Transition scolaire difficile
Départ de la maison
Perte de son ami de coeur
Ontosystème
Recherche de nouveauté
Dépendance à la récompense
Évitement de la punition
Vulnérabilités tempéramentales
Faible estime de soi
Vulnérabilités psychologiques
Dépression Anxiété
Idéations suicidaires
Comportements autodestructeurs
Faible régulation émotionnelle
Alexythymie/déficit introspection
Consommation psychotropes
TDAH
Microsystème
Vulnérabilités mère
Anxiété Boulimie
Relation mère-fille détériorée
Fonctionnement familial
Vulnérabilités sociales
Boulimie
Aliénation interpersonnelle
Insécurité interpersonnelle
Faible réseau d'amies
Manque de sensibilité des parents
Instabilité milieu de vie
Conflits récurrents
Désengagement