

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Jane Morris



Jane Morris MA,
MB, BChir (Cantab),
MRCPsych

Consultant Psychiatrist,
Eden Unit, Royal Cornhill
Hospital, Aberdeen,
Scotland, UK

Conflict of interest: none
declared

Acknowledgement: art
work was provided by
patients in the EDGE Young
People's group.

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2012. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. Send comments about this book or chapter to jmreyATbigpond.net.au

Suggested citation: Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö, Mercadante M. Autism spectrum disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Ce chapitre est consacré essentiellement à l'anorexie mentale, et dans une moindre mesure à la boulimie. Ces 2 entités sont les plus courantes et les plus sévères des pathologies psychiatriques à l'adolescence, caractérisés par l'obsession de perdre du poids. D'autres troubles alimentaires - souvent appelés troubles de l'alimentation de la première ou deuxième enfance - seront essentiellement ici considérés en terme de diagnostic différentiel. Certains de ces troubles partagent les conséquences psychologiques d'une perte de poids et peuvent évoluer dans un 2^e temps vers une anorexie mentale ou une boulimie, si les obsessions de minceur se développent. Ceci se voit particulièrement dans les sociétés occidentales. Les problèmes concernant l'obésité durant l'enfance ne seront pas évoqués ici, bien que plusieurs aspects des difficultés psychologiques puissent y être associés, que ce soit en terme d'étiologie ou en terme de conséquence.

Dans cet article, le terme "parent" sera utilisé pour parler aussi bien des parents que des personnes prenant soin de l'enfant, et le terme "enfant" désignera aussi bien les enfants que les adolescents. Parfois, on parle essentiellement de "elles" étant donné que la majorité de ces troubles concernent les filles, mais les 2 sexes sont inclus dans la réflexion. Nous parlerons également délibérément de "parents" plutôt que de "mères", étant donné que les uns comme les autres prenant soin de l'enfant peuvent jouer un rôle important dans la guérison. Parfois, le terme "adulte" est utilisé, renvoyant aux différents professionnels – médecins, infirmières, et autres thérapeutes - impliqués dans la prise en charge.

Rappel historique

L'anorexie mentale est un syndrome qui se caractérise par la peur obsessionnelle de prendre du poids et se manifeste par une série de comportements compulsifs visant à perdre du poids.

Elle a été reconnue depuis plusieurs centaines d'années dans toutes les sociétés, même à l'époque où les préférences culturelles sont en faveur d'une certaine corpulence. Il est pensé à l'heure actuelle que certaines saintes de l'église catholique comme Sainte-Catherine de Sienne ont pu souffrir d'anorexie mentale alors que Richard Morton a décrit deux cas célèbres dans un article de 1689. A la fin du 19^e siècle, il y eut une rivalité entre l'anglais William Gull (1874) et le français Lasègue, tous deux revendiquant d'être le premier à avoir décrit cette pathologie. Alors que les experts ne sont pas d'accord, il paraîtrait ceci dit que ce fut Lasègue en 1873 qui donna à cette pathologie ce nom qui perdura d'"anorexie" dans son papier *De l'anorexie hystérique*.

Cependant, la connaissance de cette pathologie restera très limitée au corps médical jusqu'à la 2^e partie du 20^e siècle lorsque la psychanalyste germano-américaine Hilde Bruch publia son célèbre travail "*The Golden Cage : the Enigma of Anorexia Nervosa*" en 1978. Au même moment, des cliniciens commencèrent à décrire de nouvelles variantes de l'"Anorexia Nervosa", puis de la "Boulimia nervosa" comme Russell en 1979 qui décrira cette dernière pathologie. En fait, ce papier de référence décrit le sous-type avec crises de boulimie de l'anorexie, une situation dans laquelle un poids bas est maintenu par alternance entre boulimie et restrictions associées à des manœuvres purgatives. Cependant, ce terme de "Boulimia nervosa" (boulimie) sera utilisé pour une nouvelle dénomination clinique d'une forme clinique particulière et fréquente, caractérisée par une dérégulation alimentaire où le nombre croissant de crises boulimiques vient créer

Troubles des conduites alimentaires chez les enfants et leurs principales caractéristiques

- Retard de croissance: causes physiques ou sociales
- Alimentation sélective: extrême maniaquerie
- Alimentation restreinte: l'enfant a un petit appétit et mange diversifié, mais en petites quantités
- Dysphagie fonctionnelle: peur de s'étouffer ou de vomir, certains aliments sont évités
- Refus de l'alimentation: refus de manger plutôt qu'une recherche de minceur
- Le syndrome de refus global: refus de nourriture, mais aussi refus de boire, parler, marcher et de s'engager dans toute forme d'auto-soins. Peut être une conséquence d'un traumatisme sévère
- Trouble alimentaire évitant avec trouble émotionnel: trouble de l'humeur avec perte de poids
- Trouble obsessionnel-compulsif: rituels alimentaires et autres rituels
- Perte de poids associée à la prise de psychostimulants (par exemple, pour le TDAH)
- Gain de poids associé à la prise de médicaments antipsychotiques, qui augmentent l'appétit
- Anorexie mentale et boulimie nerveuse

une souffrance importante en lien avec l'obsession de perdre du poids.

Définitions

Les troubles du comportement *alimentaire* sont mal nommés. Le trouble alimentaire en lui-même est uniquement un des nombreux symptômes. Il serait plus pertinent de les considérer comme des troubles de la peur obsessionnelle de prendre du poids impliquant un ensemble de différentes compulsions dans le but d'éviter ce risque. Le terme "*anorexie*" qui veut littéralement dire le manque de faim (a-privatif) est particulièrement inadapté pour une maladie dans laquelle les patients sont constamment obsédés par les pensées, voire même les rêves, de nourriture et tourmentés par les calculs incessants pour essayer de résister à cette faim extrême qu'elles ressentent afin d'éviter de prendre du poids.

Cependant, si la restriction alimentaire est une attitude prédominante, il y a aussi d'autres comportements de *compensation* comme l'exercice physique à outrance, différentes formes de manœuvre purgatoire, vérifications répétées et besoin de se réassurer en se pesant, se mesurant et se regardant dans le miroir par exemple. La définition précise est un sujet de controverse et le diagnostic psychiatrique ne cesse d'évoluer. Le DSM (American Psychiatric Association, 2000) et l'ICD (World Health Organization, 1992) ont progressivement été vers la description de syndromes validant statistiquement des clusters de symptômes en lien avec des aspects génétiques, neurologiques et de prédiction de réponse au traitement. Ces réflexions sont profitables aussi bien pour les enfants que pour les adolescents pour séparer la pathologie en anorexie mentale d'une part et boulimie d'autre part tout en prenant en compte les zones de recouvrement, mais comprenant également que

L'Indice de Masse Corporelle (IMC)

- l'indice de masse corporelle (IMC, indice de Quetelet) est un indice de corpulence communément utilisé qui est fonction du poids et de la taille
- $IMC = \text{poids en kg} / \text{taille en mètre au carré}$
- L'IMC est interprété en fonction de tables actuarielles. Un IMC compris entre 20 et 25 est associé à une morbidité et une mortalité plus faible.
- Les enfants et adolescents étant en croissance constante et irrégulière, la valeur de l'IMC n'est pas fiable chez eux. Elle peut manquer de révéler un ralentissement de la croissance ou de la prise de poids attendues.

Table H.1.1 Symptômes diagnostiques de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse

Anorexie mentale	Boulimie nerveuse
<i>Alimentation anormale</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Restriction alimentaire avec refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (p. ex., <85% au poids attendu, IMC<17,5 chez un adulte) 	<ul style="list-style-type: none"> Crises de boulimie récurrentes Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise
<i>Peur de prendre du poids</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Comportements de compensation (p. ex. régime, hyperactivité pour le type restrictif, vomissements, crises de boulimie, prise de purgatifs pour le type avec crises de boulimie/ vomissements ou prise de purgatifs). 	<ul style="list-style-type: none"> Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids après la crise (tes que : vomissements, conduites de purge pour le type avec vomissements/prise de purgatifs ; période de jeûne alternant avec de l'exercice physique intensif pour le type sans vomissements ni prise de purgatif) Le poids est en général normal ou supérieur à la normal
<i>Trouble de l'image corporelle</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi Déni de la gravité du problème 	
<i>Aménorrhée</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs chez les femmes postpubères* 	
<p>*le DSM-5 propose de ne pas inclure l'aménorrhée aux symptômes diagnostics ; IMC : indice de masse corporelle</p>	

l'utilisation du poids ou le "body mass index" (BMI) pour distinguer de manière précise les deux n'est peut-être pas entièrement fiable pour mesurer la nature du trouble psychologique. Les jeunes patients avec boulimie qui ont par définition un poids normal partagent l'obsession de la minceur. Cependant, les personnes qui maintiennent un faible poids sur de longues périodes par uniquement la restriction ou en y associant une hyperactivité physique pourraient d'un point de vue génétique être différents de ceux qui évoluent vers des crises boulimiques et d'autres procédés purgatifs (Kiezebrink et al, 2009).

Les troubles de l'image corporelle augmentent à partir de la période pré-pubertaire chez les deux sexes. La nomenclature à ce sujet manque en particulier pour les non-spécialistes. D'un côté, elles peuvent être appelées "troubles de l'alimentation" où la nourriture est rejetée pour des raisons indépendantes de leur composition énergétique dans un contexte de troubles physiques ou psychologiques différents; de l'autre côté, ce qui est appelé « troubles des conduites alimentaires», qui sont caractérisés par une volonté délibérée de maigrir. Parfois, l'obsession d'évitement alimentaire sans dysmorphophobie est pour autant relativement proche d'une anorexie mentale.

Table H.1.2 Comparaison des symptômes dans les troubles alimentaires

Trouble	Poids	Influence de l'image corporelle	Crises de boulimie	Conduite de purge	Commentaires
Famine	Faible	Non	Si présence de nourriture	Non	La privation de nourriture entraîne ses propres conséquences psychologiques
Pathologie somatique avec perte de poids	Faible	Non	Non, en général	Non, vomissements et diarrhée peuvent être des symptômes de la maladie	
Anorexie mentale, type restrictif (AN-R)	Faible et en général stable	Oui, marquée, bien que parfois la minceur et la privation de nourriture soient en lien avec des raisons religieuses	Non	Non, par définition. Cependant l'exercice compulsif est souvent classé ici.	Automutilations possible pour se punir ou en cas de réalimentation imposée
Anorexie mentale, type boulimique (AN-BN)	Faible et fluctuant	Oui cf AN-R	Oui, mais en générale crises moins importantes que dans la boulimie à poids normal	Oui, vomissements provoqué, utilisation de laxatifs, exercices compulsifs hyperactivité	Voir ci-dessus
Boulimie nerveuse	Normal	Oui	Oui, souvent massive	Oui	
Psychoses avec trouble alimentaire	Faible ou normal	Parfois	Occasionnellement	Rarement	
Trouble du spectre autistique	Faible, normal ou surpoids	Parfois	Occasionnellement	Occasionnellement	L'activité physique peut aussi devenir compulsive
Trouble alimentaire évitant avec trouble émotionnel	En général faible	Non	Non pas habituellement	Non pas habituellement	Les patients peuvent être trop faible et avoir une fatigue chronique
TOC	Faible, normal ou surpoids	Souvent	Variable	Variable	Toutes les habitudes peuvent faire l'objet d'obsessions

AN-R: anorexia nervosa, restrictive type; AN-BN: anorexia nervosa, binge purge type.

EPIDEMIOLOGIE, SEXE ET CULTURE

Anorexie mentale

L'âge moyen de début de l'anorexie mentale est environ aux alentours de 15 ans. C'est la plus fréquente des causes de perte de poids chez les adolescentes et la plus commune cause d'hospitalisation dans les services spécialisés pour les enfants et les adolescents. Eric Stice (2009) retrouvent 12 % aux Etats-Unis de jeunes filles lycéennes développant un trouble alimentaire avant l'âge de 20 ans mais plus de 90 % d'entre elles guérissent dans l'année avec ou sans traitement. Une petite minorité (0.6 %) présentent à proprement parler un diagnostic d'anorexie mentale et un autre pourcentage de 0.6 % d'entre elles développent des formes partielles ou atypiques. Ces chiffres sont proches de ceux rapportés dans d'autres études épidémiologiques.

Alors que plus de 90 % de patients souffrant d'anorexie sont des filles lorsque la prévalence est mesurée sur la vie entière, à la période de l'adolescence, il y a un pourcentage plus important de jeunes garçons que celui suggéré par les chiffres. Il y a une prise de conscience actuelle sur le fait que la préoccupation autour de l'image corporelle peut prendre des formes différentes chez le garçon. Des garçons en souffrance décrivent leurs luttes pour un corps musclé plus qu'une préoccupation pour la minceur. Des exercices physiques compulsifs plus qu'une restriction alimentaire peuvent être les premiers signes de troubles dans ces situations de jeunes où des garçons deviennent véritablement "addictes" à l'exercice physique sans dans un premier temps de dysmorphophobie bien qu'elle se développe souvent dans un 2ème temps.

Les mécanismes de rationalisation pour éviter la prise alimentaire varient selon les cultures avec des composantes religieuses qui peuvent prédominer autour du jeûne, participant au déni dans un certain nombre de situations. Blake Woodside (2003) a décrit des patients indiens qui justifient via leurs symptômes gastro-intestinaux les raisons pour lesquelles ils ne peuvent manger. De façon intéressante, si ces personnes sont incluses dans un groupe thérapeutique qui rassemble des formes d'anorexie mentale typiques des pays occidentaux, elles développent souvent des peurs de devenir gros et les préoccupations concernant leur image corporelle remplacent leur premier symptôme somatique. Même dans les contextes occidentaux, des patients peuvent débiter leur symptomatologie par des symptômes somatiques ou des préoccupations ascétiques mais en inscrivant leur comportement dans les valeurs de minceur véhiculées par les médias.

Boulimie

L'émergence de la boulimie à la fin du 20ème siècle correspond à la fois à la glorification par les médias d'une image de minceur du corps avec l'augmentation de la disponibilité des snack food à haute valeur calorique et en même temps à la perte des temps partagés et des cérémonies communes autour du temps du repas. Pendant plusieurs années après la reconnaissance de la boulimie, il a été pensé que l'âge de début était plus tard que celui de l'anorexie étant donné que ce trouble survenait dans la 1ère partie de vie du jeune adulte en particulier chez les étudiants à la fin de leur adolescence et au début de leur 20ème année. Plus récemment, Stice et ses collègues (2009) ont confirmé ce qui était suspecté à savoir qu'en fait l'âge de début de la boulimie est assez proche de celle de l'anorexie, c'est à dire en milieu

Les troubles du comportement alimentaire sont-ils de plus en plus courant?

L'anorexie mentale est présente dans toutes les périodes de l'histoire et toutes les zones géographiques. L'augmentation signalée reflète souvent une sensibilisation accrue et une meilleure disponibilité des services de traitement.

La boulimie est une maladie en grande partie de l'abondance, reflétant à la fois une disponibilité accrue de nourriture et de la valeur de la minceur

L'île de Fidji n'a pas eu la télévision pendant de nombreuses années. Elle a connu une augmentation de troubles alimentaire après l'introduction de la télévision, mais en majorité du type boulimie. Malgré l'augmentation de la prévalence de régimes, l'IMC moyen de la population a augmenté.

d'adolescence. Il est plus facile de dissimuler une boulimie qu'une anorexie mentale. Cependant, la moyenne des consultations médicales pour le trouble boulimique survient en règle générale environ six années après le début des troubles.

Plus de 12 % des adolescentes peuvent avoir souffert au moins transitoirement de boulimie (Stice et al 2009). Concernant les garçons, on ne sait pas actuellement combien en sont affectés mais la pression qui augmente sur l'apparence physique des garçons ne peut que contribuer à son augmentation et on sait déjà actuellement que les garçons dans les communautés gay sont plus vulnérables au développement d'une symptomatologie boulimique.

ETIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

Génétique

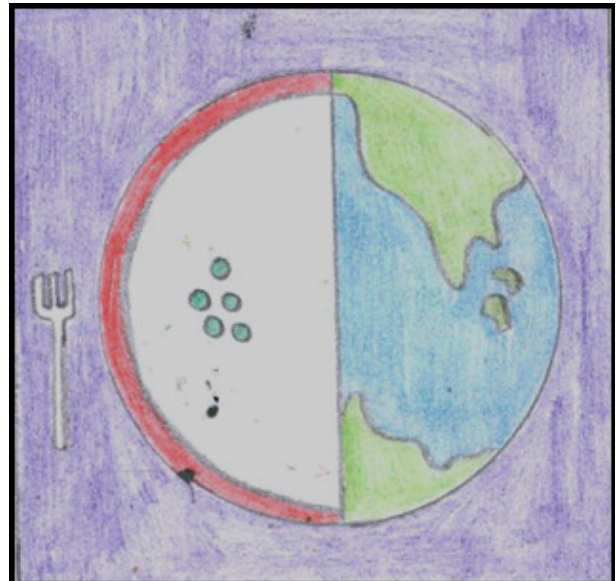
Il y a plusieurs éléments probants pour penser que des facteurs génétiques complexes prédisposent au développement de différentes formes de troubles alimentaires qui ne sont pas nécessairement en phase avec des catégories diagnostiques actuelles. Des études familiales ont démontré des agrégations de cas à l'intérieur des familles alors que les études de jumeaux aussi bien sur l'anorexie que sur la boulimie retrouvent une plus grande concordance pour les monozygotes que pour les dizygotes. Des études scandinaves (Gillberg & Rästam, 1992) suggèrent une association entre anorexie et spectre autistique de type "syndrome d'Asperger" en particulier chez les garçons.

Quand il y a une anorexie chez un membre d'une famille, il est souvent trouvé d'autres membres de la parenté présentant des traits de personnalité ayant des traits de perfectionnisme et d'obsession élevés. Ce n'est pas pour autant que la maladie est très directement héritée. Plus exactement, l'individu semble hériter de traits de personnalité de perfectionnisme et d'anxiété importante et une tendance cognitive à percevoir plus les détails qu'une image d'ensemble. En ce qui concerne la boulimie, la parenté semble être plus fréquemment vulnérable à la dépression et à l'abus de substances. Il a été observé que les troubles alimentaires compliquent où sont souvent associés à un trouble de personnalité de type borderline.

Facteurs environnementaux

Dans les familles, l'apparition d'une personne souffrant d'un trouble alimentaire peut à la fois être en lien avec des facteurs génétiques et environnementaux. Lorsque des troubles alimentaires surviennent dans un environnement familial avec des risques génétiques accrus, il devient difficile de séparer ce qui provient de la génétique et de l'environnement dans la contribution à l'apparition de la maladie.

Des travaux suggèrent une plus grande incidence de perte périnatale dans les familles où des adolescents souffrent d'anorexie mentale (Shoebriidge & Gowers, 2000) suggérant un rôle causal dans la douleur pathologique, mais cette étude ne prenait pas en compte la possibilité que la mère elle-même soit avec un poids bas et



d'autant plus dans ce contexte de fausse couche. La même étude trouve également que les jeunes filles souffrant d'anorexie ont moins fréquemment que les contrôles passées une nuit à l'extérieur avant l'âge de 12 ans. Ceci peut refléter une réponse empathique à la personnalité de l'enfant aussi bien qu'une cause à la pathologie.

D'autres recherches trouvent que d'être né au printemps dans des pays où il y a une différence saisonnière en terme de climat augmenterait le risque pour une anorexie mentale (Eagles et al, 2001). On ne sait pas encore si des facteurs environnementaux pourraient être impliqués ou si cette observation est le reflet d'une augmentation de conception pendant l'été chez des parents en sous poids qui sont moins fertiles en période de froid, période qui leur coûte plus sur le plan énergétique.

Facteurs déclenchants

La puberté et l'adolescence sont incontestablement des facteurs déclenchants majeurs. Les adolescents doivent faire simultanément l'expérience de faire face à un corps qui change et qui grandit, à de nouvelles envies sous-tendues par les modifications hormonales, à de nouvelles attentes culturelles et sociales mais aussi sexuelles et intellectuelles et ils doivent faire face à tout cela avec un cerveau qui est lui-même en pleine modification chimique et anatomique. Cependant, il peut être constaté que ceux-ci sont des facteurs déclenchants non-spécifiques. Chez les jeunes patients avec différentes prédispositions, de tels facteurs déclenchants peuvent précipiter différentes formes de troubles aussi bien de type dépressif, de type obsessionnel compulsif ou d'abus de substance. En particulier, le début d'une anorexie mentale ou d'une boulimie peut être déclenché par des facteurs précipitants identiques et pouvant même apparaître de façon similaire pendant quelques temps. Des adolescents boulimiques peuvent initialement perdre du poids avant de passer à des comportements d'impériosité boulimique, et d'autres troubles surviennent après une évolution fluctuante pouvant répondre aux différents critères à différents moments et rentrant le plus souvent dans le diagnostic large de "troubles du comportement alimentaire non spécifié". Ce constat insatisfaisant nous montre combien il est difficile d'avoir une définition générale et combien il est difficile d'avoir des classifications qui puissent distinguer des troubles qui peuvent avoir des racines génétiques différentes et peut-être répondre aussi différemment aux traitements.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

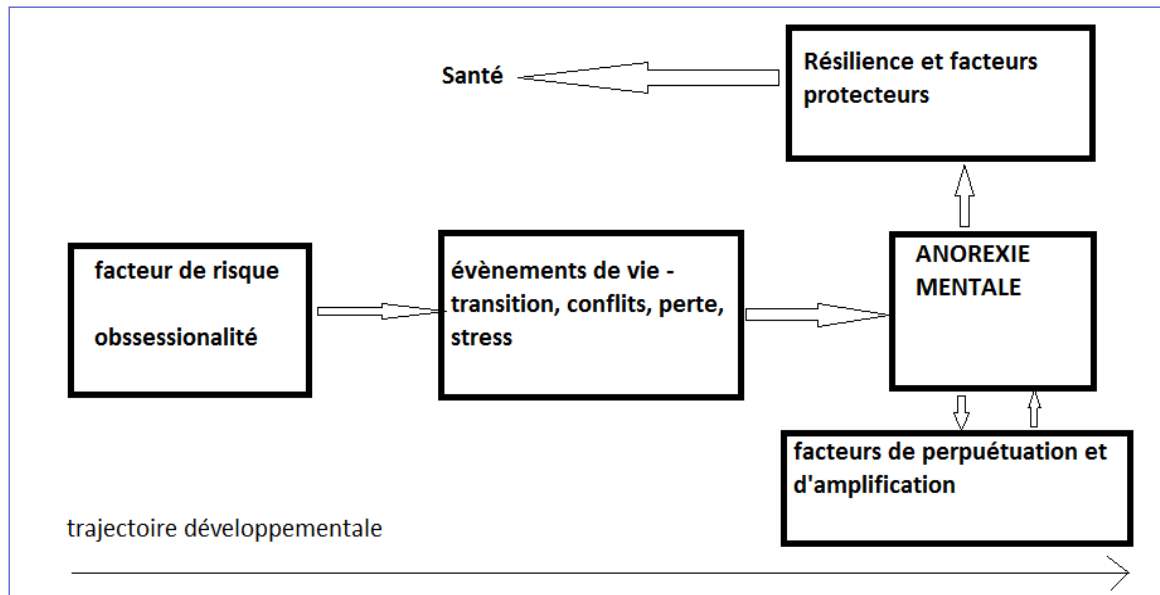
Anorexie mentale

Les classifications internationales comme l'ICD-10 ou le DSM-IV définissent l'anorexie mentale comme :

- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est inférieur à la normale
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps avec transformation de tout le stress en une perception déformée que le corps est trop gros.

Afin de remplir les critères, les patientes doivent être au moins à 15 % en

Figure H.1.1 Model de développement de l'anorexie mentale



dessous du poids normal ou, selon l'ICD-10, avoir un BMI en dessous de 17.5 en population adulte ayant fini leur croissance. Classiquement, les patientes sont en aménorrhée (bien que les femmes qui sont sous pilule contraceptive puissent avoir des saignements de retrait. Chez les hommes, la testostérone basse peut entraîner une atrophie génitale et une absence d'érection matinale. Dans le *subtype restrictif*, un poids bas est obtenu par voie uniquement de privation alimentaire ou celle-ci peut être accompagnée d'une hyperactivité. Dans le sous-type crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs, on retrouve des manœuvres purgatoires par vomissements, utilisation de laxatifs, diurétiques ou des pilules amaigrissantes pour éliminer toute calorie. Il est largement reconnu que ces critères excluent beaucoup de patients qui sont pourtant dans l'esprit du diagnostic. Par exemple, une jeune femme avec un BMI à 18 peut être en aménorrhée si elle a développé de manière extrêmement importante sa musculature par des exercices répétés et obsédants. D'un autre côté, certaines femmes des sociétés orientales avec une constitution fragile peuvent garder des règles et être enceintes à un BMI bas. Même chez les patients adultes, l'adhésion stricte à ces critères formels amène beaucoup de patients suivis en clinique/ hospitalisés à être classé dans la catégorie *atypique* ou *troubles de conduite alimentaire non spécifique*.

Chez les enfants et les adolescents, il est encore plus important de ne pas être confiné par tous ces critères diagnostiques. En particulier, le poids et la taille sont des repères mouvants dans un corps en croissance. Un garçon âgé de 12 ans en pleine forme au 50ème percentile à la fois pour le poids et la taille peut avoir un BMI autour de 17.5 et serait diagnostiqué d'anorexique selon les critères d'une femme adulte. D'un autre côté, une jeune fille adolescente avec des parents de grande taille peut avoir un BMI dans les tranches de la normale mais avoir réduit de manière importante ses apports ayant entraîné un ralentissement métabolique, un ralentissement de sa croissance et être dans des symptômes obsessionnels sévères.

Il est important en pratique d'associer le poids et la taille chez les jeunes patients sur des courbes standard de croissance pour comparer les progressions et les tendances attendues. Des informations concernant la taille parentale confortent

ce qui est attendu comme croissance finale. Les trajectoires repérables de poids et de taille chez l'enfant semble le meilleur repère pour une nutrition saine du cerveau en développement. Comme nous en avons déjà discuté, les définitions et classifications actuelles sont en difficulté pour discriminer entre les probables différences de susceptibilité génétique, mais les adolescents pour lesquels les troubles alimentaires entraînent une dénutrition importante doivent être rénutris pour prévenir des conséquences physiques et neurologiques de retard de croissance indépendamment de l'étiologie précise.

Les patients en anorexie mentale sont habituellement attachés à leurs habitudes, ou tellement obsédés par la perte de poids qu'ils ne remarquent pas ou n'admettent pas les conséquences physiques et sociales de la dénutrition, aussi il est utile d'écouter les parents, les frères et sœurs ou toute autre personne impliquée. Il est utile de pouvoir documenter le parcours de la perte de poids : le poids le plus haut et le plus bas que le patient a pu obtenir, son objectif de poids et ce qu'il en est des menstruations. Le clinicien a aussi besoin de connaître les quantités journalières alimentaires, les liquides consommés en incluant les boissons à basse calorie ou contenant de la caféine, les prises d'alcool, de drogues et de médicaments. Y a-t-il des vomissements provoqués, une hyperactivité physique, l'utilisation de laxatifs, de pilules d'amaigrissement, médicaments à base de plantes ou d'exposition délibérée au froid ? Ces comportements interfèrent avec la santé physique et le fonctionnement sociale du patient en même temps qu'il a pour objectif de prévenir la prise de poids. Ces patients classiquement sont engagés dans des comportements à la fois de vérification de l'image corporelle (vérification pondérale, mesure, évaluation du reflet dans le miroir, évaluation par le toucher, palper, pincer, essai des vêtements particuliers ou comparaison avec d'autres) et à la fois d'évitement (comme ne pas apparaître en maillot de bain ou en étant non maquillée ou être incapable de prendre un bain parce que ces patients ne peuvent supporter de regarder leur corps dans sa totalité). Le retrait et les conflits sociaux sont aussi deux points fréquents, ainsi les jeunes filles timides et obéissantes peuvent devenir violentes, avoir un langage ordurier ou se faire mal si leurs rites en lien avec leurs troubles alimentaires sont perturbés. Celles avec des difficultés

Sita, 14 ans, se présenta à la clinique de santé mentale pour adolescents après avoir subi de multiples investigations gastro-intestinales qui n'avaient pas révélé les causes de sa perte de poids, sa constipation et ses douleurs abdominales. Elle fut prise en charge par un psychologue qui émit l'hypothèse qu'elle avait pu subir des violences sexuelles – ce qui scandalisa ses parents. Elle avait graduellement cessé de manger tous les types de nourriture qu'elle associait au mal de ventre et se maintenait à présent en vie avec quelques très rares aliments fades, en quantité de plus en plus restreintes.

Elle fut hospitalisée dans un service pédiatrique où elle refusa la quasi-totalité de la nourriture proposée et fut finalement nourrie par sonde naso-gastrique (avec son accord et celui de ses parents), mesure pragmatique afin de la renutrir. Elle fut également admise dans un programme de jour pour les jeunes présentant des troubles psychologiques – pour la plupart des jeunes filles atteintes d'anorexie ou de troubles dépressifs.

Par la suite, Sita développa une grande fierté pour son corps émacié et une inquiétude quant à la prise de poids. Elle commença à se renseigner sur les calories des aliments et à montrer beaucoup de préoccupation pour sa taille de vêtements. Ses parents mécontents se plaignirent alors qu'à cause de la clinique leur enfant avait « attrapé l'anorexie ».

Qu'est ce qu'une crise de boulimie ?

La définition est :

- Une quantité de nourriture consommée d'un trait, qui est
- Considérablement plus importante que celle que l'on consommerait raisonnablement en un repas

ET

- D'un genre différent de ce qui est consommé pendant les repas – par exemple, il s'agit d'un seul type d'aliment, en général un aliment que l'individu s'interdit de manger délibérément, tel que des confiseries.

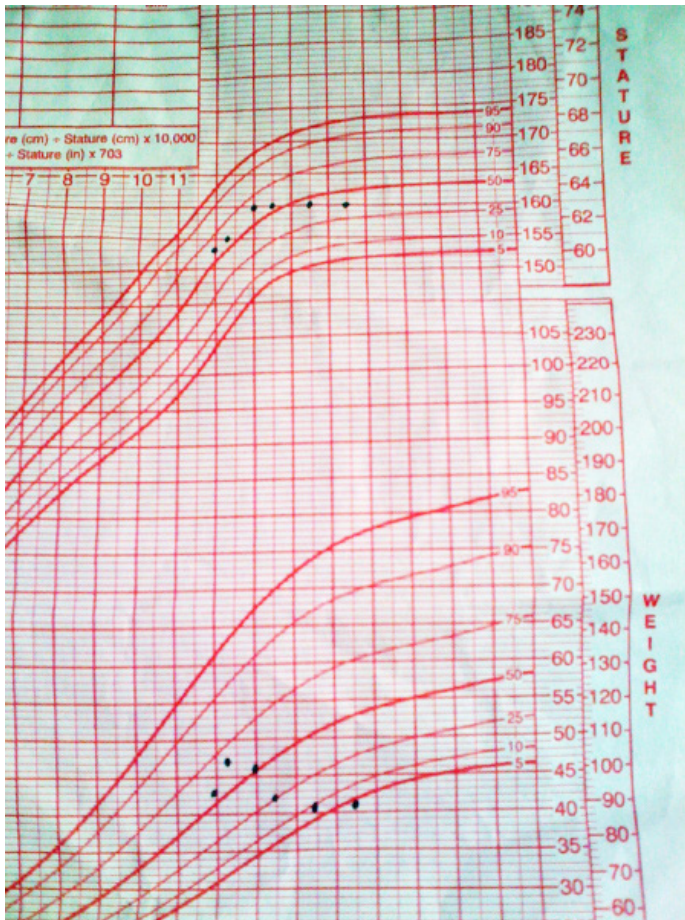
Il peut ne pas être préparé correctement et la personne s'installe rarement à table pour manger

ET

- Il existe un sentiment de perte de contrôle quant à la consommation de nourriture

Les personnes sujettes aux crises de boulimie peuvent finir par ne plus essayer de les contrôler et même les planifier. Certains patients atteints d'anorexie décrivent toute consommation de nourriture non-planifiée comme étant une crise de boulimie.

Un comportement de purge suit généralement la crise de boulimie et les personnes sujettes aux crises peuvent utiliser le terme « crise de boulimie » pour désigner ce comportement en lui-même.



Exemple de courbe de croissance

A la fin de l'école primaire, cette fille était parmi les plus grandes de ses pairs, avec un poids adapté à sa taille. Cependant, elle a développé une anorexie mentale et perdu du poids en quelques mois. Dès le début de la maladie, elle a également cessé de grandir et a été dépassé par ses camarades de classe.

Questionnaire Scoff-F (Morgan et coll., 1999 ; Grigioni et coll., 2008)

- Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé?
- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez?
- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?
- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouve trop mince?
- Diriez-vous que la nourriture domine dans votre vie?

boulimiques peuvent être tellement désespérées par leur faim qu'elles peuvent voler ou constituer des réserves alimentaires.

De manière surprenante, de très bas poids peuvent passer inaperçus chez des jeunes patientes qui prennent soin de s'habiller et de se maquiller. Les membres de la famille qui voient chaque jour la personne peuvent ne pas noter ces changements qui se font de manière insidieuse. Un climat de vigilance dans les lycées et parmi les cliniciens de soins primaires peut aider. Nous avons comme habitude de demander de manière routinière à nos jeunes patients leurs habitudes alimentaires. Le questionnaire de SCOFF (Morgan et al, 1999) est un outil bref qui est validé et qui permet de passer en revue les troubles alimentaires dans un esprit similaire au questionnaire de CAGE utilisé pour les problèmes d'alcool (voir encadré). C'est important de chercher activement les symptômes psychologiques du trouble alimentaire plutôt que de simplement se centrer sur l'exclusion de causes physiques. Dans nos préoccupations à ne pas passer à côté d'un diabète,

d'un trouble thyroïdien, d'une mucoviscidose, d'une maladie intestinale ou toutes malignités ou toutes autres causes de perte de poids, les jeunes patients sont du coup souvent sur-investiguées alors que la possibilité d'une anorexie mentale est négligée

Boulimie

Le diagnostic est habituellement fait devant un comportement associant crise boulimique et manœuvre purgative dans un contexte de poids normal. Le questionnaire BITE (voir annexe) est utile pour évaluer la diversité et la sévérité des symptômes. Les règles irrégulières, les problèmes de fertilité, les crises épileptiques inexplicables, "la tête qui tourne" et la fatigue chronique doivent nous alerter sur la possibilité d'un trouble alimentaire. Les plaintes gastro-intestinales peuvent être à la fois la conséquence et le prétexte pour les troubles alimentaires (cf. la vignette clinique de Sita). Les présentations psychologiques incluent la dépression, l'anxiété, les symptômes obsessionnels et les problèmes relationnels. Les filles représentent bien sûr une risque plus élevée, mais une perte de poids inexplicée chez un garçon doit amener à l'interroger sur son alimentation, son exercice et son attitude vis à vis de son physique. Un temps d'observation en hospitalisation temps plein ou en hôpital de jour peut permettre de repérer des symptômes que le patient n'aura pu donner au clinicien.

Investigation des aspects physiques et des symptômes psychologiques

Les troubles alimentaires nécessitent une évaluation pluridisciplinaire comprenant les examens physiques, les carnets sur l'alimentation, la courbe de poids et l'évaluation psychiatrique. L'histoire familiale et l'engagement de la famille sont des points cruciaux, l'observation d'un temps familial de repas est très éclairant en particulier à la maison. La famille peut aussi être sollicitée à apporter un repas de type pique-nique qui peut être mangé à l'hôpital.

Il est important de mesurer et peser les patients – une extrême réticence à être pesée peut être un symptôme d'une préoccupation corporelle excessive. Ceci explique que les patients qui coopèrent vis à vis de la surveillance physique peuvent être pris en charge en ambulatoire sans risque, plus facilement que ceux qui sont peu coopérants où l'émaciation peut seulement être estimée et sans certitude. Les médecins parfois refusent d'hospitaliser des patients qui ont un diagnostic psychiatrique et qui ont besoin d'être aidés par des professionnels de service de santé mentaux, afin que le traitement pour les conséquences somatiques de la dénutrition ne soit pas compromis par la spécificité de la psychopathologie du patient.

Une surveillance sanguine standard est utile pour exclure les principaux diagnostics différentiels d'une perte de poids. La glycémie est basse dans l'anorexie (sauf en cas de co-morbidité, d'un diabète mal contrôlé). La thyroïde est souvent protégée de manière réversible en étant sous-active dans l'anorexie mentale avec un taux normal ou légèrement bas de TSH alors que les T4 vont être élevées et la TSH supprimée si la perte de poids est en lien avec une thyrotoxicose. Les électrolytes peuvent montrer une urée basse (reflétant la pauvreté de la prise protéique) et le potassium bas (vomissements). Les tests hépatiques peuvent suggérer une co-morbidité en terme de prise de drogue ou d'alcool, alors que l'extrême dénutrition seule peut causer des dommages hépatiques. L'anorexie est souvent cause d'anémie,

Questionnaires et échelles psychométriques utiles

- [The Eating Disorders Examination](#), self-report version (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994). This instrument is freely available and one of the most widely used self-report questionnaires; suitable for adolescents but not for younger children.
- [Eating Disorders Inventory-3](#) (Garner, 2004). Self-rated questionnaire covering 12 domains of eating cognitions, behaviours and social function; validated for younger patients and sensitive to change.
- [The Children's Eating Attitudes Test \(ChEAT\)](#); Maloney et al, 1988). Version of the adult EAT, also self-report questionnaire
- [Morgan-Russell Average Outcome Scale \(MRAOS\)](#); Morgan & Hayward, 1988). Interviewer-based measure of global outcome in anorexia nervosa (not copyright).
- [Bulimic Investigatory Test \(BITE\)](#); Freeman & Henderson, 1997). Self-report questionnaire validated for adult patients but also suitable for adolescents; highly sensitive to change in bulimic symptoms, so useful to track progress in treatment (not copyright).

et si la lignée blanche n'est *pas basse*, ceci peut être le reflet d'une infection. La neutropénie est usuelle chez les patients dénutris et si significativement bas, le patient peut avoir besoin d'être protégé vis à vis d'exposition aux infections. L'électrocardiogramme est utile pour contrôler l'état cardiaque et les troubles électrolytiques. Une densité osseuse annuelle, si elle est accessible, permet d'évaluer le risque ostéoporotique mais ne change pas la prise en charge.

Les jeunes femmes peuvent être enceintes à un poids très bas et en étant en mauvaise santé, et les vomissements peuvent rendre la contraception orale inefficace. Il est toujours prudent de penser à une grossesse comme une possibilité chez une jeune femme dont le poids change, avec vomissements et aménorrhée. S'il y a de façon concomitante un trouble alimentaire *et* une grossesse, la patiente a besoin d'être suivie sur le plan somatique, nutritionnel et psychologique avec une grande attention durant toute la grossesse et ensuite de manière à ce que la relation mère-bébé puisse se construire sur des bases saines et que la patiente puisse faire face en même temps à son trouble alimentaire. Les troubles alimentaires, même sub-cliniques, peuvent impacter sur la fertilité et augmenter le risque de conséquence sur l'enfant à naître. La grossesse, comme le travail, peuvent être plus difficiles. Des informations à jour doivent être recherchées concernant le risque lié à une médication versus les risques liés à un trouble non traité pendant la grossesse et la lactation. Les mères qui ont pu avoir des troubles alimentaires doivent être aidées pour acquérir des compétences pour pouvoir nourrir dans le plaisir et le jeu leur enfant. Cela souligne qu'il est toujours utile de discuter des issues liées à la conception d'une manière sensible et soutenante.

Il faut toujours évaluer les symptômes anxieux et thymiques – ce qui est une manière de trouver des points communs avec les patients qui rejettent leur physique. De plus, le risque d'auto mutilation et de suicide est élevé dans l'anorexie.

Co-morbidité

En complément du fait de considérer les diagnostics différentiels ci-dessous, il faut également savoir qu'ils peuvent co-exister dans les troubles alimentaires.

Co-morbidité psychologique :

- Dépression. Celle-ci peut survenir dans un second temps en lien avec la dénutrition
- Anxiété et troubles obsessionnels. Dans certains cas, le trouble alimentaire est un des symptômes d'une extrême anxiété. La dénutrition elle-même entraîne également des symptômes obsessionnels autour de la nourriture et de l'image corporelle (Keys, 1950)
- Les troubles du spectre autistique
- Des troubles de la personnalité de type Borderline en cours d'installation
- L'abus de substance. Les opiacées peuvent entraîner des nausées et réduire l'appétit, les patients jeunes utilisent tout leur argent pour obtenir leurs drogues plutôt que de se nourrir
- Le syndrome de fatigue chronique : il peut être associé aux troubles alimentaires et il répond en règle générale mal au traitement si l'ensemble des symptômes ne sont pas pris en compte simultanément.

Non à l'anorexie

«J'ai pensé que cela pourrait être une opportunité d'utiliser ma souffrance pour faire passer un message et enfin mettre une image sur ce que représente la maigreur et le danger à laquelle elle mène – à savoir la mort », déclarait Isabelle Caro, une actrice et mannequin Française qui est décédée des complications de l'anorexie mentale, le 17 Novembre 2010 à Tokyo, Japon. Elle avait 28 ans.

Toutes les prises en charge qu'elle avait reçues avaient échoué. Son anorexie a commencé à l'âge de 13 ans et elle a été hospitalisée pour la première fois à 20 ans. Au pire de sa maladie, en 2006, elle est tombée dans le coma, alors qu'elle pesait 25kg (IMC = 9,2).

Caro a dédié les dernières années de sa vie à faire campagne contre l'industrie de la mode qui utilise des mannequins maigres. Cette bataille a atteint son point culminant quand elle a été photographiée nue pour la campagne anti-anorexie d'une enseigne de vêtement. Les photos intitulées « No Anorexia » ont été diffusées dans les journaux et sur les panneaux publicitaires durant la fashion week de Milan en 2007. A l'époque elle avait un IMC inférieur à 12. L'attention était tournée vers l'industrie de la mode après qu'une mannequin brésilienne de 21 ans, anorexique, est succombée à sa maladie. Les photos de Caro ont suscité un certain émoi, déclenchant de nombreux débats.

La campagne avait été initialement approuvée par le ministère de la Santé italienne, mais a ensuite été interdite par l'autorité de contrôle de la publicité alors que l'autorité française a demandé aux entreprises françaises de ne pas l'utiliser. Certains groupes travaillant avec des patients anorexiques ont également estimé que cette campagne n'était pas utile.

Caro a souvent parlé de l'anorexie, de ses efforts pour la surmonter, et la menace de troubles de l'alimentation dans l'industrie de la mode. Elle travaillait à l'adoption d'une loi au parlement français qui empêcherait les mannequins trop maigres de travailler.

"Non à l'anorexie" meurt militant. IACAPAP municipal, Février 2011, p28.



"No to anorexia" campaigner dies. IACAPAP Bulletin, February 2011, p28.

Co-morbidité somatique :

- L'omission d'insuline est une pratique fréquente chez les personnes diabétiques insulino-dépendantes en particulier les filles qui usent de ce stratagème pour perdre du poids. Ceci peut entraîner le fait que même si le poids reste dans une moyenne relativement normale et qu'il n'y a pas d'autre comportement purgatif présent, les dommages à long terme sur le corps peuvent exister en lien avec une glycémie mal contrôlée. La mortalité dans cette population avec une co-morbidité diabétique et un trouble alimentaire est beaucoup plus élevée que la mortalité pour chacune de ces pathologies prises séparément
- La mucoviscidose est une autre situation où le sous-traitement de la maladie entraîne une perte de poids, qui peut être bien vécu par le jeune patient mais ne permet pas un retour à une bonne santé générale
- Les troubles gastro-intestinaux, une épilepsie et même certains cancers peuvent prédisposer les jeunes à une sensibilité à l'image corporelle et entraîner des négligences vis à vis des traitements qui entraînent des prises de poids.

EVOLUTION

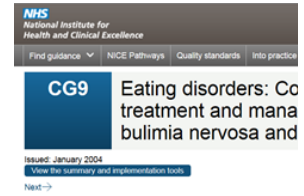
L'anorexie mentale est une des pathologies psychiatriques les plus létales avec une évolution longue dans le temps. Tous les patients ne seront pas guéris ; la moyenne de guérison (quand elle survient) est de 6 à 7 ans (Strober et al, 1997). Une des conséquences est que ces patients avec une anorexie mentale pèsent lourdement sur les services de psychiatrie et sur leurs familles avec une morbidité sociale qui est proche de celle des patients ayant une schizophrénie (Whitney, 2007). Alors que les symptômes boulimiques peuvent spontanément être en rémission chez les jeunes, il y a encore des désaccords pour savoir si le diagnostic précoce et une intervention permettent un meilleur devenir ou si ceci reflète l'évolution naturelle de ce trouble chez les adolescents.

PRISE EN CHARGE

Anorexie mentale

Dans l'anorexie, les cliniciens sont confrontés à la nécessité de faire face au risque somatique aigu indépendamment de la prise en compte de la psychopathologie, qui augmente elle-même ce risque de manière sous-jacente aux conditions somatiques prises isolément. Une perte de poids rapide (> 1 kg par semaine, moins chez les jeunes enfants) est dangereuse. La mortalité est souvent augmentée par des manœuvres de purge ou d'abus de substance. De tels patients doivent faire l'objet d'un avis spécialisé, certains ont besoin d'une admission en hospitalisation et des traitements contre la volonté du patient peuvent être nécessaires pour empêcher une évolution fatale. Les situations cliniques particulièrement alarmantes chez les patients émaciés sont l'épuisement (monter les escaliers, se lever d'une position accroupie), les douleurs de poitrine et le ralentissement cognitif.

Les indices somatiques de risque comme les analyses sanguines ou des mesures répétées de poids ne sont pas suffisants à prendre en compte des risque comportementaux qui peuvent être absents chez des patients avec des résultats similaires dans d'autres pathologies, puisqu'on peut attendre de ceux-ci plutôt de la coopération par rapport aux conseils et au traitement, que de l'opposition ou le dénigrement. Les équipes médicales ont besoin d'autres supports pour soigner ces enfants et ces jeunes patientes avec des troubles alimentaires pour gérer avec compassion, mais fermement leurs comportements à risque. Il y a une urgence particulière à renutrir les enfants en sous-poids ; plus l'enfant sera petit, plus la déshydratation et la détérioration sera rapide, le métabolisme des enfants étant bien plus rapide que celui des adultes. La croissance physique et l'exposition aux infections accroît cette nécessité. La dénutrition à un moment physiologique crucial de la croissance peut entraîner des conséquences à long terme. Par exemple, une dénutrition à 10-14 ans durant le siège de Leningrad a été associée avec une plus grande pression artérielle, un plus grand taux de cholestérol et au final une plus grande mortalité à long terme chez les survivants. La famine allemande de 1944 (Stein et al 1975) a montré des conséquences similaires incluant des effets sur la seconde génération après la famine telle qu'une obésité chez les enfants de mère ayant connu la famine pendant leur grossesse. Il peut y avoir des conséquences sur le retard de croissance permanent chez ceux qui ont été dénutris durant leur puberté avec des effets sur un cerveau encore en développement. Le cerveau,



Click on the picture to access the NICE guideline "Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders"

particulièrement les lobes frontaux, continue à se développer durant l'adolescence à la fois par prolifération et élagage des connexions neuronales (Giedd, 2008), reflétant une augmentation des compétences sociales et de la capacité d'abstraction de la pensée. Mais les patients avec une anorexie mentale sévère peuvent continuer à fonctionner dans le concret de manière infantile malgré les succès académiques et la maturité superficielle.

Les fonctions cognitives sont altérées par des courtes périodes de dénutrition et par les vomissements avec d'énormes variations inter-individuelles. Une amélioration considérable est obtenue avec la ré-nutrition permettant un meilleur engagement dans les thérapies psychologiques. Le développement social et psychologique peut être compromis par la maladie et par l'hospitalisation.

Heureusement, il est évident qu'une famille étayante peut être un substitut à un soin en hospitalisation temps plein et peut permettre le maintien des progrès pour celles qui sont sorties d'hospitalisation. Les familles finissent par être dans l'incompréhension, la frayeur, le désespoir et la colère quand leurs enfants se dénutrissent par eux même. Un degré élevé de tension peut rendre l'alimentation encore plus dure. Il faut pouvoir éduquer les familles pour éviter le blâme et plutôt devenir partie prenante, reconnaître le sérieux et la difficulté de la situation et enseigner la fermeté dans le calme. Il est évident que ceux qui prennent soin de l'enfant peuvent comprendre les peurs de l'enfant et éviter de croire que ces symptômes sont inacceptables et destructeurs. Que ce soit la complicité ou le harcèlement, ils ne sont ni l'un ni l'autre aussi productif à aider à un retour à la santé que ne l'est la fermeté.

Il est important d'échanger avec le milieu scolaire et avec les autres institutions concernées. Les enseignants et des éducateurs peuvent ne pas vouloir gérer les repas mais ils peuvent mettre des limites appropriées sur les exercices, les activités, et permettre une gestion personnalisée des temps de repas. Les voyages scolaires peuvent être à risque pour des enfants avec un poids bas et des rituels alimentaires.

Une évaluation diététique est essentielle pour les patients hospitalisés mais peut ne pas être utile ou suffisante pour les patients en ambulatoire. Le problème est moins en terme de savoir quoi manger que d'apprendre comment tolérer l'absorption suffisante de calories, qui est un combat. La ré-nutrition est centrale dans le traitement et la guérison ne peut advenir sans cela. Le retour à un poids normal qui va à l'encontre des souhaits du patient peut mener au rétablissement seulement si la thérapie ou la vie elle-même arrive à persuader le patient de maintenir de manière volontaire un poids normal. La thérapie de soutien est nécessaire pour promouvoir un poids minimum de survie qui soit non négociable alors que la thérapie motivationnelle vise à l'amélioration du patient. Les bénéfices pour la famille de la thérapie ne sont pas seulement de prévenir l'épuisement et la dépression mais il a été démontré que le travail familial, tels le modèle de Maudsley (Crisp et al, 1991), était le traitement à long terme le plus efficace pour cette pathologie. Les traitements pour la dépression, même les mieux intentionnés, en cas de poids extrêmement bas sont le plus souvent limités jusqu'à ce que la ré-nutrition soit suffisamment avancée.

Approches motivationnelles

Syndrome de renutrition inapproprié

Le syndrome de renutrition inapproprié est un déséquilibre hydro-électrolytique potentiellement mortel qui peut survenir chez les patients dénutris recevant une alimentation artificielle ou même oral trop rapide, mal équilibrée. Il peut comprendre un mélange de biochimie, de l'électrolyte, l'équilibre des fluides et des changements métaboliques qui peuvent inclure ou conduire à une hypophosphatémie, hypomagnésémie, hypokaliémie, une dilatation gastrique, l'insuffisance cardiaque congestive, oedème sévère, la confusion, le coma et la mort. Le syndrome de renutrition inapproprié était une cause courante de décès quand on a commencé à prendre en charge l'anorexie ainsi que d'autres patients dénutris.

Cependant, les guidelines actuelles sur la renutrition ont été critiqués pour leur excès de prudence et engendrant une perte de poids supplémentaire en début de traitement avec un risque accru et de plus longs séjours en hôpital.

Une réalimentation à domicile représente moins de danger si on évite des changements brusques du régime alimentaire et si on utilise des produits riches en phosphate tels que le lait comme constituant majeur de l'alimentation.

Ce n'est pas commun pour un enfant intelligent à qui on montre les dangers de la dénutrition, d'être pour autant terrifié à l'idée de manger de manière normale de nouveau. Cependant, l'indifférence de celui-ci qui contraste avec la peur grandissante chez les adultes concernés, peut augmenter la distance avec eux. La meilleure approche est d'aider l'enfant de manière graduelle et répétitive à faire des liens entre la maladie anorexique et les symptômes qu'il n'aime pas : la fatigue, l'agitation, l'obsessionnalité, le fait d'être préoccupé par la nourriture et de l'éviter, les problèmes de sommeil, le fait de sentir le froid, la perte des amis, les difficultés sociales, la chute des performances académiques ou sportives, la pression parentérale. Au fur et à mesure que l'enfant progresse, il est intéressant de l'aider à noter quelle prise de poids correspond à quel bénéfice : plus d'énergie, une plus grande clarté d'esprit, une résistance au froid, la reprise de la progression de la taille (il est généralement "cool" d'être grand), la capacité à s'amuser avec les amis et d'être suffisamment bien pour retrouver avec eux des jeux partagés.

Nous devons reconnaître avec empathie et sans colère les bénéfices qui indubitablement surviennent avec un trouble alimentaire grave : son pouvoir à obliger les gens à se soucier et à reconforter, le soulagement quand aux demandes sociales et sexuelles, la sensation que son propre corps est maintenant sous contrôle plutôt que d'être imprévisible de manière terrifiante. Les jeunes patients ont besoin de techniques de "coping" pour faire face à ces aspects de la vie sans avoir à s'affamer par eux même.

Les principes de l'entretien motivationnel ont été adaptés pour leur utilisation dans la prise en charge des troubles alimentaires à partir de l'approche

Extrait d'une lettre à l'anorexie

Chère Anorexie,
je t'écris cette lettre pour te plaquer. Oui, vraiment ! Je ne suis plus amoureuse de toi. Ce n'est pas toi, c'est moi.

Je ne t'oublierai jamais. Je t'ai vraiment à l'époque et nous nous sommes bien amusés pendant un moment, mais tu es trop exigeant et cela ruine ma vie.

Ma famille ne t'a jamais aimé, ce qui te rendait encore plus cool. Mais ensuite je me suis rendu compte que je perdais mes amis pour toi et ils m'ont dit que mes parents avaient raison et que tu étais néfaste pour moi. Tu n'en as rien à faire de moi, je le vois maintenant. Tu veux que je pense à toi tout le temps, au lieu de m'occuper de moi comme il faut...



La thérapie familiale selon le modèle Maudsley dans l'Anorexie Mentale

- La famille est encouragée à prendre la maladie très au sérieux
- L'anorexie est « externalisée », à savoir qu'elle est considérée comme une entité en soi (l'Anorexie) et traitée comme une maladie potentiellement mortelle et non comme un choix de l'enfant.
- La thérapie n'est pas axée sur les causes de la maladie et s'oppose à la notion que les familles devraient être blâmées ou ont un rôle dans le développement de la maladie de leur enfant.
- D'autre part la responsabilité de la guérison est placée entre les mains de la famille, en partenariat avec les professionnels
- Les adultes reprennent le contrôle jusqu'à ce que l'enfant puisse de nouveau s'alimenter de façon autonome. Ils sont invités à utiliser toutes leurs compétences et à en acquérir de nouvelles si besoin pour parvenir à ce résultat.
- Une fois que l'alimentation s'est normalisée et se maintient, le travail sur les questions du développement et de l'identité de l'adolescent pourra commencer.

de Miller et Rollnick (2008) utilisé dans les abus de substances. Elles ne doivent pas être considérées comme l'unique axe de traitement mais permettent d'aider au développement d'une relation thérapeutique qui sinon s'avère compromise (Geller, 2005). Le clinicien encourage les patients à explorer les conséquences du comportement anorexique de manière aussi ouverte et scientifique que possible de manière à ce que les patients puissent être en mesure d'articuler les inconvénients autant que possible. Quand le thérapeute *dit* au patient ce qu'il a à faire, il enclenche automatiquement une position opposée (cela arrive même aux meilleurs des cliniciens, mais ceux-ci peuvent récupérer la situation quand ils prennent conscience du déroulement de l'interaction). Il y a énormément de manuels disponibles pour favoriser la mise en place de techniques motivationnelles comme la technique d'écrire une "lettre d'amour" et une "lettre de rejet" à l'anorexie.

Les cliniciens qui explorent de manière sensible l'ambivalence, cherchant à comprendre à la fois le pour et le contre du trouble alimentaire, sont mieux à même de définir les aspects du patient qui peuvent être mobilisés *contre* le trouble. Les patients trouvent qu'il est moins effrayant d'abandonner leur trouble alimentaire s'ils peuvent mettre en place des comportements de coping alternatifs.

Traitement médicamenteux

Une métaphore utile dans le travail avec l'anorexie mentale est que *la nourriture est le traitement*. Ceci veut dire que la nourriture doit être prescrite à des moments spécifiques et selon des quantités prescrites. C'est le travail des soignants ou des parents de distribuer cette *médecine* à la bonne dose et de s'assurer que l'enfant la prend. C'est le travail de l'enfant de prendre cette *médecine* et de ne pas la contourner même s'ils peuvent ne pas aimer la goûter ou être affectés par les effets secondaires (prise de poids). Ceci est non négociable, le choix pour la jeune personne est limité à celui de savoir comment il prend cette médecine oralement en tant que nourriture, oralement par des suppléments à boire si ceux-ci sont disponibles ou par une sonde naso-gastrique.

Il y a peu de données pour justifier la prescription de substances psychoactives dans le traitement des troubles alimentaires et en pratique il est important d'éviter les traitements qui peuvent prolonger l'intervalle QT et qui peut fragiliser un cœur qui l'est déjà (les premières générations d'anti-psychotiques, les anti-dépresseurs tricycliques, certains anti-histaminiques, et les antibiotiques macrolides). Cependant, si le poids est normal ou au moins restauré avec un ECG normal, certains patients peuvent bénéficier de traitements sérotoninergiques à haute dose anti-obsessionnelle comme la Fluoxetine® à 60 mg ou la Sertraline® à 200 mg, même si les bénéfices rapportés sont souvent anecdotiques (Fairburn, 2009). Des observations sont rapportées concernant la Fluoxetine® qui pourrait réduire les rechutes et les pertes de poids chez les anorexies mentales mais qui n'ont pas malheureusement été toujours répliquées dans d'autres études.

Une littérature de plus en plus importante concerne la prescription à relativement faibles doses (2.5-10 mg) d'Olanzapine® pour réduire les ruminations et améliorer la tolérance du poids aussi bien chez l'adulte que dans des populations jeunes avec une anorexie mentale et cette utilisation semble sûre (Couturier et Lock, 2007 ; Bissada et al, 2008). Il peut être préféré des benzodiazépines pour réduire l'anxiété et si c'est nécessaire pour permettre la mise en place d'une sonde naso-gastrique.

Entretien motivationnel

- Anticiper l'ambivalence
- Exprimer de l'empathie
- « Rouler » avec la résistance
- Développer les divergences
- Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle

Les principes non négociables

- Les patients progressent – même lentement – vers un poids « adapté », ou s'en rapprochent.
- Tout le monde doit apprendre à accepter et coopérer avec le monitoring médical pour sa sécurité et développer la confiance et le respect.
- Les médecins et parents ont le devoir légal et moral de sauver la vie et prévenir les dommages irréversibles.

Boulimie

La boulimie dans les populations jeunes semble bénéficier de hautes doses d'anti-dépresseurs comme chez l'adulte – typiquement la Fluoxetine® à 60 mg par jour (Couturier & Lock 2007). Cependant, la thérapie cognitive ou comportementale (CBT) ciblant les symptômes boulimiques et le traitement de référence pour ces troubles à l'adolescence comme à l'âge adulte (Pretorius et al, 2009). Quand des thérapeutes formés ne sont pas disponibles, il ya de bons résultats rapportés avec l'utilisation par les patients eux même de livres, de CD ou de programme par WEB, guidés si possible, voire directement par un professionnel. Les thérapies interpersonnelles (IPT) reprenant le modèle de Kerman et Weissman sont aussi utilisées avec succès dans le traitement de la boulimie de l'adulte jeune, et semble être une alternative raisonnable à la thérapie cognitivo-comportementale pour les adolescents (Fairburn et al, 1995).

Il apparaît pertinent d'employer la thérapie cognitivo-comportementale et interpersonnelle pour les poids bas, ainsi que pour les troubles alimentaires avec un poids normal et, en accord avec la thérapie cognitivo-comportementale E de Fairburn – une version améliorée de la thérapie – a été recommandée par les auteurs comme étant plus performante pour les troubles alimentaires chez les patients de moins de 15 ans ou avec un BMI inférieur à 15 (Fairburn, 2009) ; malheureusement, beaucoup de jeunes patients ne rentrent pas dans cette catégorie. En complément, les travaux à Christchurch (Mackintosh et al, 2005) ont démontré que les adultes avec une anorexie mentale ont moins bien répondu aux traitements classiques de CBT ou IPT qu'aux traitements de prise en charge clinique avec un soutien non spécifique.

Référentiel de fonctionnement des services délivrant des soins pour les troubles alimentaires

En ce qui concerne l'anorexie mentale, la clef d'un traitement sûr et efficace est l'orchestration d'une coordination entre les différentes réponses. Ceci est plus compliqué qu'il n'y paraît quand les patients de manière instinctive entraînent les soins de manière à protéger leur comportement anorexique et amènent beaucoup de confusions et d'interruptions dans le processus thérapeutique. La scolarité peut être particulièrement difficile pour les adolescents qui ont besoin d'être accompagnés, le retour à la scolarité pouvant être utilisé non pas comme une journée allant dans le sens de la santé et d'un progrès vers la guérison mais être vécu comme un moment où la supervision des adultes sera moins présente permettant au comportement anorexique de fleurir de nouveau. Les moments d'examens qui sont des moments de compétition au sein de la scolarité alimentent souvent des réponses anorexiques ou obsessionnelles au stress, et les adultes souvent hésitent à interrompre un examen public pour donner la priorité au traitement.

Les thérapies de groupe peuvent apparaître comme un moyen beaucoup plus économique de délivrer le traitement. Cependant, les patients anorexiques mentaux ont tendance à éviter le groupe ou à l'utiliser comme un lieu de compétition vis à vis des autres patients. Les groupes mixtes mélangeant les patients avec des troubles anorexiques et des troubles boulimiques peuvent particulièrement poser problème. Cependant, les familles peuvent bénéficier de manière considérable du support offert par d'autres parents en lutte contre la maladie et il y a de plus en plus de données concernant l'intérêt et la valeur des thérapies de groupe multi-



familiales (Eisler, 2005)

Lorsqu'un patient boulimique peut maintenir un poids normal et accessible à un minimum de conseils médicaux, les traitements par Web ou CD-ROM peuvent être dans un premier temps un traitement bénéfique. L'équipe de Schmidt (Pretorius et al, 2009) ont modifié ce support spécifiquement pour les adolescents à partir du livre écrit par ces auteurs, livre auto-thérapeutique "*Getting Better Bit(e) by Bit(e)*" (Schmidt & Treasure, 1993).

EVOLUTION

Les premières études de suivi par Sten Theander's (1985) trouvent de manière extrêmement choquante que 20 % des patients anorexiques meurent d'une pathologie en lien avec leur trouble alimentaire. Même encore à l'heure actuelle, la mortalité de l'anorexie est 10 fois plus importante qu'en population générale et fait partie des 3 ou 4 causes principales des causes de décès à l'adolescence. La diminution actuelle des taux de mortalité reflète en partie les changements de critères diagnostiques depuis les premières publications à partir du DSM III-R en 1987 où il était exigé uniquement 15 % de perte de poids (ou un BMI < 17.5) pour faire le diagnostic comparé aux 25 % exigés précédemment (BMI en dessous de 15). En conséquence, le diagnostic de personnes, ayant une anorexie mentale a décuplé, alors que pour autant le nombre de personnes tellement dénutries par leurs troubles que celui-ci entraîne la mort, reste constant. Aussi, quand on exprime en pourcentage, il apparaît de manière artificielle que le taux de mortalité est en baisse.

Le traitement pour complètement guérir d'une anorexie mentale est lent et difficile : le temps moyen de guérison est de 6 à 7 ans avec un traitement qui est en règle générale plus épisodique que continu tout au long de cette période. Pour les plus jeunes, le traitement intensif permet d'obtenir plus rapidement une amélioration et, dans certains cas, la résolution peut se faire sans traitement.

L'amélioration des prises en charge peut aussi contribuer à une survie plus longue. Il est maintenant reconnu qu'une relation de tolérance et de respect autorise plus facilement une surveillance physique à plus long terme et la possibilité d'offrir une aide. Les premiers traitements de l'anorexie mentale tendaient à impliquer un cadre très stricte où les patients admis en hospitalisation en repos stricte avaient comme privilège d'utiliser les toilettes au lit ou pouvaient être autorisés à recevoir des visiteurs seulement en cas d'augmentation de poids.

De tels cadres d'hospitalisation ne semblent plus être profitables ou acceptables même si malheureusement l'esprit de récompense ou de punition des patients basés sur leur poids, semble persister dans certains centres. Ceci est peut-être une réponse instinctive à la nature même de l'anorexie qui est de donner une récompense pour une perte de poids ou de punition pour un gain de poids. Une minorité significative de patientes anorexiques n'arrive pas à guérir mais ces patientes peuvent au moins être capables d'avoir une vie de valeur qui soit tolérable. Il n'est pas possible d'identifier quelle patiente sera dans cette catégorie lorsqu'elles sont encore adolescentes et les jeunes patients ne doivent pas être considérées comme des malades chroniques avant plusieurs années de prise en charge.

La dénutrition, comme la malnutrition, sont des causes de réduction de fertilité. Le poids minimum nécessaire pour les menstruations et la fertilité varie

Hospitalisation ou soins ambulatoires ?

Gowers et coll (2007) ont constaté que lorsqu'il était possible de prendre en charge les patients anorexiques en ambulatoire, le devenir était nettement meilleur, en particulier si la prise en charge est effectuée par une équipe ayant une expertise dans les troubles alimentaires. Même une prise en charge ambulatoire pédopsychiatrique non spécialisée donne un meilleur devenir physique et psychosocial qu'une prise en charge hospitalière. Cependant, cette étude excluait les patients dont l'état n'était pas compatible avec une prise en charge à domicile. En outre, dans de nombreux lieux, le traitement ambulatoire n'est pas disponible malgré le développement de services de proximité et de la télémédecine.

entre individus. Les jeunes patients avec anorexie et leurs familles ont souvent peur que cette fertilité soit irrémédiablement endommagée par la pathologie alors qu'en fait la restauration d'un poids adéquate est un comportement alimentaire normal permet le retour de la fertilité avec le temps. Les patientes dans leur trentaine et quarantaine avec une longue aménorrhée primaire ont montré qu'elles pouvaient ovuler de manière normale une fois un poids normal retrouvé.

Malheureusement, cependant le taux de mortalité pour anorexie mentale reste élevé. Cet excès de mortalité est en partie le résultat des conséquences somatiques associées à la pathologie et pour une autre partie en raison de suicide. Certains décès peuvent résulter d'un geste ambivalent d'overdose qui n'aurait pas couté la vie à un individu avec un poids normal. De même, les effets d'abus de substance sont grandement amplifiés par un poids bas. Dans les pays froids, la majorité des décès survient durant les mois d'hiver quand l'hypothermie et les infections (incluant la tuberculose) représentent beaucoup de morts. Le cœur dénutri est spécialement vulnérable lorsque des excès d'exercice surviennent dans un contexte de température basse. Dans les pays chauds, la déshydratation et les infections entériques sont des risques importants. Les patients qui se font vomir, peuvent endommager leur système gastro-intestinal prédisposant à des perforations fatales.

Devenir

Dans l'enfance et l'adolescence, et quand l'anorexie menace grandement la vie, nous sommes obligés de prendre des décisions mais si le patient ne se remet pas malgré l'intensité de nos efforts et s'il n'est pas de manière significative en danger de mort, la priorité devient de maintenir le contact et de laisser la porte ouverte pour qu'il puisse accepter de l'aide autant que possible : la surveillance médicale, une oreille attentive et le maintien de l'espoir - et les patients - en vie. Plusieurs études récentes ont montré que la guérison est encore possible même 20 ans après le début de l'anorexie. En raison des groupes d'âges impliqués dans la maladie et du temps passé dans les soins, les soins des patients amènent à plusieurs transitions : par exemple passer d'un service d'enfants à un service d'adultes, quitter l'environnement relativement protecteur de la scolarité, partir de la maison peut-être pour s'engager dans un parcours universitaire ou pour travailler loin de la maison, ce qui implique d'autres changements dans les services de soins.

Des transitions sont des moments à haut risque de rupture de soins et de décompensation. Les patients avec une anorexie ont tendance à voir leur pathologie comme une stratégie de coping et même comme une caractéristique de leur identité, aussi l'énergie des professionnels est nécessaire pour inciter ou -quand c'est nécessaire- imposer le traitement. De manière non surprenante, beaucoup de professionnels ont une expérience de colère ou de frustration à un moment ou à un autre de ces prises en charge. Cependant, les jeunes patients et leurs familles concernés par une anorexie mentale ont tendance à être des gens performants, intéressants, qui veulent s'engager dans la société et où l'anorexie et la boulimie sont des troubles psychiatriques où un rétablissement complet et durable peut vraiment survenir.

PREVENTION

Les programmes de prévention sont typiquement organisés avec des

Est-ce juste une phase ?

Les experts ne sont pas d'accord entre eux sur les bénéfices d'une prise en charge précoce. Il pourrait y avoir des guérisons rapides et spontanées, indépendamment d'une prise en charge. La chronicisation est associée à un mauvais pronostic.

- Stice et coll (2009) présentent une étude prospective de 8 ans portant sur 495 adolescentes de 12 à 20 ans. Ils observent une prévalence de 12% de troubles alimentaires quelque soit la forme, avant 20 ans, dont la plupart se résout en quelques mois et plus de 90% des cas est résolu dans l'année
- Steinhausen et coll (1991) constatent qu'un trouble alimentaire qui dure longtemps est plus difficile à guérir.
- Treasure et Russell (2011) affirment qu'une prise en charge précoce est essentielle, mettant en avant, rétrospectivement, un meilleur devenir de jeunes patients avec une anorexie mentale de courte durée.
- Des méta-analyses (Schoemaker, 1997 ; Raes et coll, 2001) ont montré qu'une détection et un diagnostic précoces ne garantissent pas une guérison plus rapide.

groupes d'enfants ou d'adolescents à l'école ou étant à l'hôpital ou avec de jeunes groupes comme dans les clubs athlétiques. Les résultats des programmes de prévention sont mitigés. Les programmes ciblés montrent un effet petit ou modéré alors que les programmes généraux ont pu montrer qu'ils étaient en grande partie inefficaces. Les interventions les plus efficaces sont celles qui sont focalisées sur l'estime de soi, que ce soit dans des prises en charge individuelle ou en groupe (Stice et al, 2007). Certains pays ont mis en place des politiques pour imposer un BMI minimum pour les mannequins et déjà certaines écoles de danse requièrent un BMI minimum autant que maximum. Il est encore trop tôt pour pouvoir évaluer ces politiques de prévention mais elles délivrent un message fort au public.

Des craintes ont vu le jour concernant les campagnes anti-obésité qui peuvent avoir des effets collatéraux indésirables en promouvant les troubles alimentaires chez les plus vulnérables. Il a été démontré cependant qu'un message de promotion de la santé bien pensé qui se centre sur une nutrition et la promotion de l'exercice physique dans un souci de santé (plutôt qu'en se focalisant sur la réduction de poids) peut protéger à la fois de l'obésité et des troubles de l'image corporelle en lien avec les troubles alimentaires (Schwarz & Henderson, 2009).

BARRIERES A LA MISE EN ŒUVRE DE SOINS DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

Jusque récemment, les cérémonies et traditions autour des pratiques alimentaires et l'influence familiale offraient une protection relative aux pays en voie de développement contre le développement des troubles alimentaires, en juxtaposition avec une ambiance idéale pour traiter ceux ayant succombé à la maladie. L'idéal d'un corps mince n'a pas encore été adopté par les cultures non occidentales jusque récemment et encore maintenant les pays où le sida est redouté, tendent à ne pas admirer un corps émacié.

Triste ironie que de constater qu'au fur et à mesure que les valeurs obsédantes concernant l'image corporelle et ses troubles ont été largement transmis par la télévision, Internet et les autres médias, il est d'autant plus difficile pour les services de soins de faire face à ce fléau. Le traitement des troubles alimentaires chez les jeunes personnes n'a pas besoin de s'appuyer sur des médicaments sophistiqués ou chers (même si cela bien sûr implique de la nourriture disponible qui n'est pas nécessairement accessible partout à travers le monde). L'éducation et l'entraînement à des psychothérapies structurées sont au moins- si ce n'est plus- chères. La boulimie peut bien répondre à l'auto-administration de thérapie cognitivo-comportementale ou des guides pour garder par soi-même la forme et il est évident que l'anorexie mentale et son devenir est beaucoup plus dépendant du degré d'expérience du clinicien que tout autre modèle de thérapie spécifique (Dare et al, 2001). L'anorexie mentale, si dévastatrice, est relativement rare et est souvent cachée non seulement par ceux qui en souffrent mais aussi par leurs familles qui le vivent dans la honte. Aussi, le clinicien généraliste a peu de chance de se construire une expérience alors que les centres spécialisés sont trop chers et trop loin géographiquement pour desservir au mieux l'ensemble de la population mondiale.

En dernière analyse, c'est la famille ou les substituts familiaux qui doivent venir à la rescousse de l'enfant anorexique. Les styles adoptés par les parents peuvent

Sites internet

La plupart des sites internet de professionnels ou d'organismes caritatifs sont fiables et à jour. Il y a de nombreux excellents sites mais aussi beaucoup de sites mal informés et dangereux, voire même « pro-anorexie », souvent éphémère et non à jour.

- [The Centre for Eating and Dieting Disorders](#) (Australia)
- [L'Academy of Eating Disorders](#) d'origine américaine mais également international, offre des informations utiles et des guidelines pour la prise en charge.
- Le site du [Royal College of Paediatrics and Child Health](#) a un lien vers les courbes de croissance de l'OMS (Cliquer sur Child Health/Research Projects/Growth Charts)
- Le site du [Royal College of Psychiatrists](#) contient des informations qui s'adressent aussi bien aux professionnels et soignants qu'aux patients de tout âge.
- ["BEAT"](#), ancienne association des troubles alimentaires du Royaume unie, apporte des informations et de l'aide aux non-initiés sur tous les aspects des troubles alimentaires.
- ["Diabetics With Eating Disorders" \(DWED\)](#) est un site fait par et pour les patients diabétiques souffrants de trouble de l'alimentation.
- ["Men get eating disorders too"](#) fait par et pour les hommes et jeunes garçons.
- ["Something Fishy"](#) en anglais et mais donne des liens pour des sites en d'autres langues.

sembler contre intuitifs dans les familles de classe moyenne des pays occidentaux et peut être aussi contre intuitive chez des familles entravées par les mêmes obsessions qui affectent leur enfant. Cependant, le modèle de thérapie familiale du Maudsley est à la fois manualisé et décrit dans un manuel qui est accessible à toute famille anglaise sachant lire et écrire (Lock et al, 2001 ; Lock & Le Grange, 2005). Minuchin et al (1978) ont introduit la thérapie familiale dans l'anorexie sur la fausse hypothèse que l'attitude familiale était la cause du troubles alimentaire. Les recherches actuelles ont démontré que les familles étaient la source principale de guérison.

REFERENCES

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bissada H, Tasca GA, Barber AM et al (2008). Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 165:1281-1288.
- Blake Woodside D (2003). Culture as a defining aspect of the epidemiology and aetiology of eating disorders. In Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ et al (eds) *Eating Disorders*. Chichester: Wiley, pp114-116.
- Bruch H. (1978) *The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Crisp AH, Norton KWR, Gowers SG et al (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159:325-323.
- Couturier J, Lock J (2007). A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 16:173-176.
- Dare C, Eisler I, Russell G et al (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of outpatient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178:316-221.
- Eagles JM, Andrew JE, Johnston MI et al (2001). Season of birth in females with anorexia nervosa in Northeast Scotland. *International Journal of Eating Disorders*, 30:167-175.
- Eisler I (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27:104-131.
- Fairburn CG (2009). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

- Fairburn CG, Beglin SJ (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16:363-370.
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL et al (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52:304-312.
- Freeman C, Henderson M (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *British Journal of Psychiatry*, 150:18-24.
- Garner DM (2004). *Eating Disorders Inventory-3*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Geller J (2005). What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: reflections and responses. *European Eating Disorders Review*, 10:155-160.
- Giedd JN (2008). The teen brain: insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42:335-343.
- Gillberg C, Råstam M (1992). Do some cases of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions? *Behavioural Neurology*, 5:27-32.
- Gowers SG, Clark A, Roberts C et al (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191:427-435.
- Gull WW (1874). Apepsia hysterica, anorexia hysterical. *Clinical Society's Transactions*, vii:22.
- Keys A, Brozek J, Henschel A et al (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kiezebrink K, Campbell D, Mann E et al (2009). Similarities and differences between excessive exercising anorexia nervosa patients compared with DSM-IV defined anorexia nervosa subtypes. *Eating and Weight Disorders*, 14:e199-e204.
- Lasègue E-C (1873). On hysterical anorexia, *Medical Times and Gazette* (September 6, 1873), pp265-266 [original French report in *Archives Générales de Médecine* (April 1873), quoted in Brumberg JJ, *Fasting Girls*, Cambridge, Mas: Harvard University Press, p129].
- Lock J, Le Grange D, Agras WS et al (2001). *A Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford.
- Lock J, Le Grange D (2005). *Help Your Teenager Beat an Eating Disorder*. New York: Guilford.
- Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR (1988). The Children's Eating Attitudes Test (ChEAT). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:632-639.
- McIntosh VW, Jordan J, Carter FA et al (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162:741-747.
- Miller WR, Rollnick S (2008). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd edition. New York: Guilford.
- Minuchin S, Rosman B, Baker L (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Boston: Harvard University Press.
- Morgan HG, Hayward AE (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152:367-372.
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319: 1467-1468. doi:10.1136/bmj.319.7223.1467
- Pretorius N, Arcelus J, Beecham J et al (2009). Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: The acceptability and effectiveness of internet-based delivery. *Behaviour Research and Therapy*, 47:729-736.
- Raes DL, Schoemaker C, Zipfel S et al (2001). Prognostic value of duration of illness and early intervention in anorexia nervosa: a systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30:1-10.
- Schmidt U, Treasure J (1993). *Getting Better Bit(e) by Bit(e). A Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*. Hove: Psychology Press.
- Schoemaker C (1997). Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 21:1-15.
- Schwartz MB, Henderson KE (2009). Does obesity prevention cause eating disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:784-786.
- Shoebridge P, Gowers S (2000). Parental high concern and adolescent onset anorexia nervosa, *British Journal of Psychiatry*, 176:132-137.
- Stein Z, Susser M, Saengler G et al (1975). *Famine and Human Development. The Dutch Hunger Winter of 1944-1945*. London: Oxford University Press.
- Steinhausen H-C (2002). The outcome of anorexia nervosa in the twentieth century. *American Journal of Psychiatry*, 159:1284-1293.
- Stice E, Marti CN, Shaw H et al (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118:587-597.
- Stice E, Shaw H, Marti CN (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3: 233-257.
- Strober M, Freeman R, Morrell W (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22:339-360.
- Theander S (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19:493-508.
- Treasure J, Russell G (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199:5-7.

Whitney J, Haigh R, Weinman J et al (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46:413-428.

World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental & Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
