

RÉFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE D'ADOLESCENTES ATTEINTES D'ANOREXIE MENTALE

REFLECTION ON PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF TEENAGE GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA

Dominique Meilleur

Volume 37, Number 1, 2016

LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE
EATING DISORDERS

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040108ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040108ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Meilleur, D. (2016). RÉFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE
PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE D'ADOLESCENTES ATTEINTES D'ANOREXIE
MENTALE. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 153–173.
<https://doi.org/10.7202/1040108ar>

Article abstract

Anorexia is an eating disorder that often begins during adolescence. Most researchers and clinicians recognize the multifactorial etiology of this disorder and highlight the challenges related to its treatment. Individual psychotherapy remains the preferred mode of intervention with persons suffering from anorexia. The objective of this paper is to discuss various aspects of psychological assessment and intervention with teenage girls struggling with anorexia nervosa. Specifically, the article presents the diagnostic criteria, factors possibly associated with the development and maintenance of the disorder, the impact of anorexia on health, important issues to consider in psychological assessment and parents role in the process. Issues regarding the therapeutic relationship and clinical framework as well as guiding principles for intervention are discussed.

RÉFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE D'ADOLESCENTES ATTEINTES D'ANOREXIE MENTALE

REFLECTION ON PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF TEENAGE GIRLS SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA.

Dominique Meilleur¹
Université de Montréal

L'ANOREXIE CHEZ LES ADOLESCENTES²

Les troubles de la conduite alimentaire (TCA) occupent le troisième rang parmi les problèmes de santé chronique les plus importants chez les adolescentes, derrière l'asthme et l'obésité (Pinhas, Katzman, & Morris, 2004; Rosen, 2003). Un consensus se dégage parmi les chercheurs et les cliniciens quant à la pluralité des facteurs impliqués dans le développement et le maintien des TCA (Garner, 1993; Becker, Grinspoon, Klibanski, & Herzog, 1999) ce qui contribuerait à leur complexité et aux défis cliniques qu'ils posent dans l'intervention. Les principaux facteurs avancés par les auteurs comme étant potentiellement concernés et interreliés dans l'étiologie ou le maintien des troubles sont d'ordre biologique, génétique, psychologique, environnemental et socioculturel (Garner & Garfinkel, 1997; Rosen, 2003; Steiner *et al.*, 2003; Stice & Peterson, 2007).

La prévalence de l'anorexie chez les jeunes filles se situe autour de 0,5 à 2,0 %, avec un ratio filles : garçons de 10 : 1 (APA, 2013; Siegel, 2008). Le trouble se développe fréquemment à l'adolescence entre l'âge de 13 à 18 ans (Weaver & Liebman, 2011). Les résultats d'une importante méta-analyse portant sur l'évolution des personnes souffrant d'anorexie suggèrent que le pronostic serait meilleur chez les adolescentes comparativement aux adultes : en cours de suivi, 80 % des jeunes de l'échantillon ont repris des habitudes alimentaires saines, un poids près de la normale et ont des menstruations régulières (Steinhausen, 2002; 2008). Le taux de mortalité de l'anorexie se situerait autour de 5 à 6 %, ce qui en fait le trouble psychiatrique le plus fatal (Sullivan, 1995). Il est toutefois inférieur chez les adolescentes en comparaison aux adultes, soit autour de 2,9 % (Steinhausen, 2002; 2008).

-
1. Adresse de correspondance : Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128 succursale centre-ville, Montréal (QC), Canada. Téléphone : 1-514-343-5866. Courriel : Dominique.meilleur@umontreal.ca
 2. Étant donné que la majorité (90 %) des adolescents atteints d'anorexie est de sexe féminin, l'utilisation de la forme féminine dans le texte sera privilégiée, bien que le propos s'applique aussi aux garçons.

L'intervention auprès des adolescentes souffrant d'un problème d'anorexie (type restrictif ou boulimique) comporte des défis importants à divers niveaux. L'expérience auprès de cette clientèle confronte la majorité des cliniciens à des questionnements conceptuels et thérapeutiques. Les professionnels sont nombreux à souligner les écueils rencontrés, si bien que plusieurs hésitent ou renoncent à les prendre en psychothérapie. Les ressources psychologiques dans les milieux spécialisés sont souvent restreintes et doivent prioriser les services aux personnes qui présentent une anorexie d'intensité moyenne ou sévère. Celles-ci nécessitent fréquemment une intervention intensive en hospitalisation ou en centre de jour, laissant moins d'opportunités aux intervenants pour les suivis en ambulatoire. Les adolescentes atteintes d'un problème alimentaire sont donc de plus en plus nombreuses à se tourner vers les ressources dites de première et deuxième lignes, incluant les cliniques privées, pour recevoir des services psychologiques.

L'objectif de cet article est d'aborder certains aspects liés à l'évaluation et l'intervention psychologiques auprès d'adolescentes qui présentent un TCA de type anorexique. Cet article s'adresse aux intervenants désireux de s'initier ou de parfaire leurs connaissances concernant le travail psychothérapeutique auprès de cette clientèle dans le contexte de la pratique clinique québécoise. Plus précisément, les principaux thèmes abordés dans ce texte sont : les critères diagnostiques du DSM-5 pour l'anorexie; les facteurs potentiellement associés au développement ou au maintien du trouble; les principales répercussions de l'anorexie sur la santé physique et psychologique; les points importants à considérer lors de l'évaluation; la place des parents; l'alliance et le cadre thérapeutiques et quelques principes directeurs pour guider l'intervention.

Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2013) pour l'anorexie regroupent des symptômes physiques et psychologiques. Le premier critère est la présence d'une restriction alimentaire menant à un poids corporel significativement inférieur au poids minimal normal ou attendu compte tenu de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale et de la santé physique. Un poids significativement inférieur est défini comme un poids plus bas que le poids minimal ou, pour les enfants et les adolescents, un poids plus bas que ce qui est attendu. Le second critère est l'existence d'une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou des comportements persistants qui interfèrent avec le gain de poids alors que ce dernier est significativement bas. Finalement, le troisième critère se rapporte à la perturbation de la perception du poids ou de la forme corporelle, à une influence excessive accordée à ces dernières dans l'évaluation personnelle ou un manque de reconnaissance de la gravité des conséquences associées au faible poids observables chez les

personnes atteintes (APA, 2013). On distingue deux types d'anorexie, soit le type « restrictif » et le type « boulimique », identifiés à partir des comportements observables depuis les trois derniers mois. Le premier type se démarque par la présence de comportements alimentaires restrictifs ou d'activités physiques occasionnant la perte de poids; alors que des épisodes récurrents de crises de boulimie, accompagnés de vomissements ou de la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements) sont constatés chez le type boulimique (APA, 2013). Il est à noter que le critère se rapportant à l'absence des menstruations, inclus dans le DSM-IV-TR (APA, 2004), a été retiré dans la version du DSM-5 (APA, 2013). Ce critère a été remis en question au fil des ans, entre autres parce qu'il occasionnait, selon certains, un nombre important de diagnostics de trouble alimentaire non spécifié (*eating disorder not otherwise specified – EDNOS*) chez les personnes présentant tous les critères associés à l'anorexie sauf celui de l'aménorrhée (Eddy, Celio Doyle, Hoste, Herzog & le Grange, 2008; WCEDCA, 2007). Il importe de souligner qu'une nouvelle catégorie diagnostique, appelée trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (*avoidant/restrictive food intake disorder – ARFID*), est apparue dans le DSM-5. Cette catégorie regroupe des critères qui cernent mieux les présentations cliniques de certains enfants et adolescents (Knoll, Bulik, & Hedebrand, 2011; Hedebrand & Bulik, 2011; Mitchell, Cook-Myers & Wonderlich, 2005) et elle a pour objectif d'éviter une utilisation abusive de la catégorie diagnostique trouble alimentaire non spécifiée (APA, 2013).

La présentation clinique des adolescentes qui souffrent d'anorexie est similaire à celle des adultes à bien des égards. Le diagnostic peut être posé assez aisément dans plusieurs situations. Toutefois, chez certaines adolescentes, particulièrement chez les jeunes filles en période de latence ou au début de l'adolescence, la perte de poids est parfois plus difficilement perceptible ou quantifiable. Dans certains cas, elle peut même être absente, ce qui peut retarder l'identification du problème. Une absence de gain de poids en présence d'une augmentation de la taille chez une préadolescente ou une adolescente a des répercussions sur son indice de masse corporelle et peut entraîner des conséquences sur sa santé. Aussi, la perturbation de la perception du poids ou de l'apparence corporelle ou l'influence excessive de ces derniers sur l'autoévaluation ne sont pas toujours présentes chez les préadolescentes (Becker, Eddy & Perloe, 2009; Fisher, 2006; Meilleur, Jamouille, Taddeo, & Frappier, 2014; Rosen, 2003; Watkins & Lask, 2002; WCEDCA, 2007). La modification de certains critères diagnostiques et les nouvelles catégories proposées dans le DSM-5 pourront peut-être aider à une meilleure identification des troubles.

Les facteurs potentiellement associés au développement ou au maintien du trouble

Différents facteurs sont évoqués par les auteurs comme susceptibles de jouer un rôle dans le développement ou le maintien du problème alimentaire. Des modèles mettent l'accent sur la présence de facteurs génétiques qui prédisposeraient certaines personnes, soit au développement du trouble alimentaire, soit au développement de certains traits de personnalité (tels que le perfectionnisme, la rigidité et l'expression émotionnelle restreinte) qui les rendraient vulnérables au développement du problème (Collier & Treasure, 2004; RANZCP, 2004; Stice, Agras, & Hammer, 1999). Selon les auteurs, les défis inhérents à la période de l'adolescence occasionneraient, chez certaines adolescentes, des affects négatifs et des réactions plus ou moins adaptatives mettant de l'avant les traits de leur personnalité évoqués plus haut (Le Grange & Lock, 2011). D'autres auteurs ont évoqué les valeurs véhiculées par les médias sur l'image corporelle féminine, la minceur et ses attributs comme susceptibles d'influencer les adolescentes dans leur perception d'elle-même et de leur corps et dans le développement et l'adoption d'attitudes et de comportements inappropriés à l'égard de l'image corporelle et de l'alimentation (Guillemot & Laxenaire, 1993). Les valeurs sociales concernant la minceur, parfois endossées par l'entourage (famille, pairs), peuvent aussi influencer les principes et modèles identificatoires adoptés par les adolescentes. D'autres auteurs mettent de l'avant les effets de la dénutrition sur la physiologie du corps qui contribueraient au maintien des comportements anorexiques (Kaye, 2011).

Plusieurs auteurs ont identifié la période de l'adolescence et ses enjeux développementaux comme éléments explicatifs potentiels susceptibles de favoriser le développement ou le maintien du trouble. Le rôle attribué à la puberté et aux transformations intrinsèques à cette étape a été soulevé par plusieurs (Bruch, 1975; Brusset, 1998; Jeammet, 2004; Kestemberg, Kestemberg, & Decobert, 1972). La question reste ouverte à savoir si l'apparition d'un trouble de la conduite alimentaire à l'adolescence témoigne nécessairement de la présence d'une difficulté sur le plan psychologique ou développemental ou si cette dernière serait une conséquence du problème alimentaire. Un bref rappel des principaux enjeux liés à l'adolescence apparaît pertinent pour aider, d'une part, à situer le contexte dans lequel survient le trouble alimentaire et, d'autre part, à comprendre comment certains de ces aspects peuvent agir comme facteur déclencheur ou pérennisant du trouble.

Un enjeu important de l'adolescence est l'acquisition progressive de son autonomie et de son indépendance (psychique et physique) favorisant le développement d'une identité propre (Alvin, 2013; Blos, 1962; Erikson, 1972; Jeammet, 1994). Le problème alimentaire prend ainsi place à un

moment où la jeune tente de s'affranchir des figures parentales et de consolider son sentiment identitaire. Le groupe de pairs constitue un appui important pour plusieurs adolescentes à cette période dans leur travail de distanciation et d'autonomisation (Claes, 1983). Des difficultés dans les relations interpersonnelles (dans l'établissement ou le maintien des relations) peuvent empêcher certaines d'entre elles de prendre appui auprès de leurs pairs dans cette délicate tâche d'autonomisation. Pour d'autres jeunes, les défis de l'adolescence peuvent occasionner un stress ou une anxiété importante, les plaçant en situation précaire ou vulnérable relativement aux tâches développementales à rencontrer. La puberté entraîne des remaniements importants sur le plan physique et oblige les adolescentes à apprivoiser leur (nouveau) corps en changement et à intégrer et accepter les transformations corporelles sur lesquelles elles ont peu de contrôle (Laufer & Laufer, 1984). Une période de plus grande vulnérabilité peut entraîner certains adolescents à adopter des comportements alimentaires plus ou moins adaptés dans une tentative de contrôler les changements corporels qui surviennent. Ces comportements pourraient mener au développement d'un trouble alimentaire. L'adolescence met aussi au défi les jeunes concernant leur image d'eux-mêmes sur le plan psychique. Au cours de l'adolescence, la confrontation entre les attentes ou idéaux personnels (qu'ils soient d'ordre physique, psychique ou autre) et la réalité est inévitable pour une vaste majorité d'adolescentes; elle peut occasionner des blessures narcissiques plus ou moins importantes selon les cas et entraîner des réactions diverses (Jeammet, 1980; Marcelli & Braconnier, 2008).

Principales répercussions sur la santé

Santé physique

L'anorexie peut occasionner diverses répercussions d'intensités variables sur la santé physique. Parmi celles-ci on retrouve principalement : les étourdissements, les céphalées, l'anémie, la déshydratation, les problèmes gastro-intestinaux (ballonnements, constipation, reflux gastrique), les troubles du sommeil, l'assèchement de la peau, la perte des cheveux, l'apparition d'un léger duvet sur la peau (lanugo), les problèmes dentaires (usure précoce de l'émail, caries), l'œdème, le gonflement des glandes parotides, l'œsophagite, le retard ou l'arrêt de croissance, le déséquilibre des électrolytes et dans quelques cas plus rares, des complications cardiaques ou rénales (APA, 2006; 2013; Campbell & Peebles, 2014; Fisher, 1992; Herzog, Eddy, & Beresin, 2006; Pinhas, Katzman, & Morris, 2004; Rosen, 2003). Bien que la majorité des conséquences associées à la dénutrition soient réversibles avec le rétablissement, certaines (telle que la perte de la densité minérale osseuse) peuvent ne pas l'être complètement (APA, 2013). Les risques d'ostéoporose et les problèmes de fertilité à l'âge adulte sont rapportés

dans plusieurs études (APA, 2000; Herpertz-Dahlmann, 2008). Et dans certains cas sévères, le problème alimentaire et les conséquences qui y sont associées peuvent entraîner la mort (APA, 2013; Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner, & Gao, 2005; Steinhausen, 2008).

Ces nombreuses conséquences sur la santé soulignent l'importance d'identifier le trouble alimentaire précocement afin d'amorcer une intervention rapidement (AAP, 2003; APA, 2000; NICE, 2004; RANZCP, 2004). Hormis l'amaigrissement, les conséquences de l'anorexie sur la santé physique peuvent être peu apparentes ou même latentes. C'est pourquoi une évaluation approfondie de la santé physique de l'adolescente par un médecin est recommandée (APA, 2013), et ce, peu importe l'intensité du trouble alimentaire. Seul un médecin peut évaluer adéquatement l'ensemble des répercussions de l'anorexie sur la santé physique de la personne atteinte.

Santé psychologique

Des conséquences sur le fonctionnement psychologique peuvent aussi être observées chez les adolescentes atteintes d'anorexie. Des changements dans l'humeur sont fréquemment présents, tels que l'apparition d'une plus grande irritabilité ou labilité affective (APA, 2013). La présence d'un intérêt et de préoccupations soutenus pour la nourriture, l'image corporelle et le poids est aussi constatée chez une grande majorité d'adolescentes. L'apparition ou l'accentuation de pensées et d'attitudes obsessionnelles et compulsives entourant l'alimentation ou l'activité physique (p. ex., manies, rituels alimentaires) sont notées chez plusieurs d'entre elles (Rome *et al.*, 2003). Parmi les autres conséquences psychologiques possibles, des manifestations anxieuses ou dépressives peuvent apparaître (ou s'accentuer si elles étaient déjà présentes), les capacités d'attention et de concentration peuvent diminuer et l'intérêt pour les activités sociales ou sexuelles peut décroître (APA, 2013).

La pluralité des répercussions somatiques et psychiques exhorte à la prudence lors de l'évaluation du fonctionnement psychologique de l'adolescente dénutrie, car elles peuvent exacerber de manière transitoire (et souvent à son désavantage) certains des comportements, attitudes ou traits psychologiques. Plusieurs de ces répercussions s'améliorent de manière importante avec la prise de poids et le rétablissement. Il est donc recommandé de suivre l'évolution des différentes manifestations comportementales, cognitives et affectives associées à l'anorexie pendant le processus psychothérapeutique et de réévaluer le fonctionnement de la jeune régulièrement.

Aspects importants à évaluer

Différents thèmes sont importants à considérer lors de l'évaluation psychologique. Les comportements de l'adolescente associés à l'anorexie doivent être explorés avec elle. Même si ces aspects manifestes du problème peuvent paraître superflus à apprécier, particulièrement lorsqu'un autre intervenant (p. ex., un médecin) a précédemment évalué la jeune sur le plan somatique, il est important d'inviter l'adolescente à verbaliser sur ce point. La conduite anorexique est souvent au cœur des préoccupations quotidiennes de l'adolescente convaincue que ses attitudes et conduites alimentaires sont bénéfiques à sa santé et à son bien-être. L'abord des comportements reliés à l'anorexie s'avère fréquemment une porte d'entrée privilégiée pour initier la conversation avec l'adolescente, pourvu qu'elle sente que ses propos ne seront pas disqualifiés. Lors de ce premier contact, il est important que le psychologue soit à l'écoute et permette à l'adolescente de parler librement de ce qu'elle vit afin d'explorer sa capacité à identifier et à verbaliser son expérience, ses émotions, ses agissements et leurs conséquences. La possibilité pour la jeune de s'exprimer sans être jugée ni blâmée peut favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique et révéler, au moins partiellement, sa capacité à élaborer psychiquement ce qu'elle vit.

Certaines adolescentes sont intimidées au moment de parler de leurs symptômes ouvertement. Le psychologue peut aider l'exploration de ces thèmes en posant des questions simples et claires sur les comportements, pensées et attitudes associés au problème alimentaire. Sur le plan pratique, des questions concernant le poids (quantité et pourcentage de la perte de poids, fluctuations pondérales, objectif pondéral), les comportements alimentaires (choix des aliments, restrictions, crises de boulimie, habitudes, rituels) et les comportements compensatoires (activité physique, vomissements, laxatifs) peuvent être formulées. Les crises de boulimie et les vomissements sont des comportements qui suscitent un fort sentiment de honte chez la majorité des adolescentes. Pour cette raison, il est fréquent que plusieurs d'entre elles n'abordent pas le sujet spontanément ou se montrent très réticentes à parler de leurs conduites boulimiques. Il est important de s'enquérir auprès de la jeune de la fréquence et de l'intensité de ces comportements, car nombre d'entre elles ne fournissent pas ces informations d'emblée. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires (activité physique, vomissements, laxatifs) peuvent avoir un impact important sur la santé en fonction de leur fréquence et leur intensité (APA, 2000; Campbell & Peebles, 2014). Des questions directes peuvent favoriser les confidences (Rome *et al.*, 2003) tout en permettant de préciser l'intensité du trouble alimentaire et les objectifs thérapeutiques à prioriser. Les questions directes et ciblées peuvent aussi aider à gagner la confiance de la jeune en démontrant notre compréhension du trouble comme psychothérapeute. Les réponses et

précisions obtenues aux questions spécifiques permettent également au psychologue d'orienter la jeune vers une ressource médicale appropriée.

Il est pertinent d'explorer les aspects cognitifs et perceptuels liés à l'anorexie puisqu'ils sont souvent étroitement associés aux comportements alimentaires (APA, 2006; Garner, 1993; Gowers & Green, 2009). Les adolescentes qui présentent un problème d'anorexie ont tendance à présenter une perturbation quant à la perception de leur image corporelle, leur poids et leur apparence physique qui influence en retour leur estime personnelle. Cette altération de l'image corporelle, dont l'intensité peut varier, joue un rôle important dans l'adoption et le maintien des comportements alimentaires visant la perte de poids ou le contrôle du poids. Certaines adolescentes reconnaissent, de manière plus ou moins stable et à des degrés divers, la présence de cette distorsion perceptuelle. Il est pertinent d'en apprécier sa nature et son intensité ainsi que les croyances et attitudes de la jeune par rapport à ces différents aspects. Certaines adolescentes ne présentent pas de distorsion de leur image corporelle, c'est-à-dire qu'elles reconnaissent leur état d'émaciation et les conséquences sur leur santé. Il faut rappeler que l'absence d'altération de l'image corporelle n'exclut pas la présence d'une relation inappropriée par rapport au poids, au corps ou à l'alimentation, ni le diagnostic d'anorexie et ne présume pas nécessairement d'une sévérité moindre du trouble ni d'une adhérence accrue au changement de comportement. Il est pertinent d'explorer avec l'adolescente les raisons qui l'ont conduite à changer ses comportements alimentaires ou celles qui motivent leur maintien. Ces dernières peuvent être de natures variées (p. ex., désir de perdre du poids ou de manger de manière plus saine, insatisfaction de son image corporelle, etc.) et permettre de cerner certaines cognitions qui sous-tendent les comportements de l'adolescente. La possibilité d'identifier un événement précurseur ou déclencheur à la modification des comportements peut aussi être utile.

Au niveau du fonctionnement psychologique plus général, il peut être pertinent d'évaluer l'organisation de la vie affective de même que la nature et l'efficacité des mécanismes de défense ou des stratégies d'adaptation ou de coping présents (APA, 2000). La tâche peut s'avérer délicate puisque la dénutrition (et ses conséquences) peut altérer certains aspects de la personnalité tels que le niveau d'activité, la régulation affective, les interactions interpersonnelles ou l'intérêt pour les activités sociales et sexuelles. Les caractéristiques associées au tempérament de l'adolescente sont à apprécier. Le perfectionnisme, la rigidité et la difficulté à exprimer la vie affective (aussi nommée alexithymie) sont des caractéristiques observées chez plusieurs adolescentes atteintes d'anorexie (Bruch, 1975; Klump *et al.*, 2000; Strober, 1980; Vitousek & Manke, 1994). La conduite anorexique peut entraîner chez plusieurs

adolescentes un retrait des situations sociales ou une inhibition des liens sociaux (Herpertz-Dahlmann, 2008) ainsi que des tensions importantes dans les dynamiques relationnelles au sein de la famille. Ces dernières sont engendrées bien souvent par la modification des habitudes et comportements alimentaires et parfois les mensonges relativement à ceux-ci, qui touchent l'ensemble de la famille et peuvent aussi affecter les relations avec le groupe de pairs. L'évaluation de la qualité actuelle des liens entre l'adolescente et ses proches (parents, fratrie, amis) et antérieure à l'apparition du problème alimentaire fournit des informations pertinentes quant à sa capacité d'initier ou de maintenir des relations interpersonnelles.

La présence possible d'un trouble comorbide, comme de l'anxiété ou des difficultés au niveau de l'humeur, est aussi à évaluer. Il faut rappeler l'importance d'être prudent dans l'évaluation, car la dénutrition peut favoriser l'exacerbation de traits anxieux ou dépressifs qui peuvent s'améliorer ou disparaître avec la reprise pondérale (APA, 2013; NICE, 2004). Par ailleurs, il arrive qu'une comorbidité fasse son apparition simultanément avec le problème alimentaire. Ces situations sont souvent délicates à apprécier puisque les deux troubles (p. ex., anxiété et anorexie ou dépression et anorexie) peuvent s'influencer mutuellement. Pour cette raison, les auteurs sont nombreux à encourager la réévaluation régulière des symptômes associés à l'anxiété ou à l'humeur dépressive pour en suivre l'évolution pendant la reprise pondérale avant de poser un diagnostic définitif ou d'envisager un traitement psychopharmacologique (APA, 2013; NICE, 2004). Les indices suggérant la présence de traits ou d'un trouble de la personnalité doivent aussi être estimés au début et en cours d'intervention afin de les prendre en considération dans le traitement. La dénutrition peut avoir un impact sur le jugement, la capacité d'autocritique et la régulation des affects, c'est pourquoi il faut être vigilant dans l'interprétation des observations. Il est pertinent d'évaluer la présence d'idées, de plans ou de tentatives suicidaires étant donné le nombre important de décès associés au suicide (AED, 2012). De même, les antécédents familiaux psychiatriques, incluant les troubles de la conduite alimentaire, sont pertinents à examiner.

Différentes modalités peuvent être envisagées pour évaluer ces nombreux aspects énoncés précédemment. Les stratégies utilisées peuvent varier en fonction de la formation reçue, de l'expérience clinique du psychologue et des milieux de soins. L'entrevue clinique auprès de la jeune et de sa famille demeure un outil privilégié, sans être exclusif, pour une majorité d'intervenants. Elle favorise un contact individualisé, permet de s'adapter à la spécificité des situations, de saisir les particularités de chaque adolescente et celle de la dynamique familiale dans la façon d'aborder les thèmes. De nombreux instruments psychométriques

(entretiens structurés, tests, questionnaires généraux et spécifiques, épreuves projectives et thématiques) peuvent être utilisés de manière complémentaire à l'entrevue (APA, 2006; Mitchell & Peterson, 2008; Pike, 2005). Ces derniers peuvent s'avérer fort utiles pour valider un diagnostic nosographique ou structural, préciser l'intensité des difficultés alimentaires, identifier certains éléments de personnalité, de comorbidité ou pour évaluer le fonctionnement cognitif, familial ou social. La présentation de ces instruments dépasserait toutefois l'objectif poursuivi par cet article.

La place des parents

Une interrogation fréquente concerne la place à accorder aux parents dans le cadre du travail clinique auprès des adolescentes souffrant d'anorexie. Ces derniers (ou l'un d'eux) sont souvent à l'origine de la demande d'aide. Il est important de les rencontrer tôt dans le processus d'évaluation, car ces personnes significatives peuvent fournir des informations pertinentes sur le développement de l'adolescente de même que sur ses comportements et habitudes associés au problème alimentaire. Par ailleurs, une rencontre conjointe avec l'adolescente et ses parents permet généralement de mieux saisir la dynamique relationnelle qui prévaut entre eux à ce moment. Certains éléments plus spécifiques liés aux parents peuvent être pertinents à apprécier tels que : la reconnaissance de l'intensité du trouble alimentaire et des conséquences possibles sur la santé de leur fille; leur capacité à se mobiliser de manière appropriée par rapport au problème alimentaire; leur compréhension du problème; leur collaboration et adhésion au plan d'intervention proposé. Une rencontre avec les parents leur offre aussi la possibilité de verbaliser leurs inquiétudes, leurs interrogations ainsi que leurs besoins relativement à la situation et aux conduites à adopter, permettant au psychologue d'y répondre ou de les orienter vers d'autres ressources pouvant le faire.

Les comportements associés à l'anorexie et leurs conséquences suscitent des inquiétudes chez la majorité des parents et bien souvent aussi chez la fratrie. Les modifications de comportements et les préoccupations qu'elles suscitent ont pour effet d'influencer les interactions au sein de la plupart des familles (NICE, 2004). Il faut être prudent et ne pas nécessairement conclure que la dynamique familiale observée au moment de l'évaluation est celle qui était présente au sein de la famille avant l'apparition du trouble. De nombreuses études ont démontré que l'arrivée d'un TCA au sein d'une famille modifie les interactions entre ses membres (Cook-Darzens, 2014). Une grande majorité de parents éprouvent un fort sentiment de culpabilité associé soit au fait de ne pas avoir anticipé le problème, soit de ne pas être intervenus plus tôt ou encore de ne pas être capables de le régler. Nombreux sont ceux qui s'interrogent sur leur potentielle responsabilité dans le développement du problème. Cette culpabilité est souvent stérile et inappropriée. Elle peut

entraîner chez certains parents une inhibition ou un retrait limitant l'implication auprès de leur fille et dans son traitement. Chez d'autres, elle peut favoriser une attitude de souplesse excessive concernant les comportements alimentaires inappropriés, ce qui peut contribuer à leur maintien. D'autres encore peuvent adopter une attitude de confrontation et vouloir imposer des changements alimentaires à tout prix. Ces diverses attitudes ne s'avèrent pas nécessairement constructives relativement au problème alimentaire. Au contraire, elles peuvent nuire à la relation entre l'adolescente et ses parents, sans compter le fait qu'elles peuvent entraîner un épuisement chez ces derniers. Il est important d'identifier rapidement la présence d'un sentiment de culpabilité inadéquat chez les parents afin de les aider à s'en dégager. Souvent, quelques interventions du psychologue ou d'un autre professionnel seront suffisantes. Dans d'autres situations, une intervention plus soutenue pourra être nécessaire.

Étant donné qu'une grande partie des changements concernant les habitudes alimentaires se déroulent dans le milieu de vie de la jeune, l'implication et la collaboration des parents sont primordiales. De plus en plus d'études mettent de l'avant l'importance d'impliquer les parents dans l'intervention auprès d'adolescentes anorexiques (Campbell & Peebles, 2014; Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010). Un rôle important est confié aux parents en regard de la gestion quotidienne de l'alimentation auprès de leur adolescente. L'achat des aliments, la préparation des repas et des collations, la quantité de nourriture servie à chaque repas, l'implantation et le maintien d'habitudes régulières entourant les heures de repas, la gestion de l'activité physique, font partie des tâches fréquemment demandées aux parents par les intervenants. La contribution des parents dans la gestion de l'alimentation doit être adaptée en fonction de l'âge de l'adolescente et de l'intensité de son anorexie et elle peut être révisée avec les intervenants au cours du suivi. Concrètement, ceci signifie que dès le début de l'intervention, les parents doivent assumer une gestion étroite de l'alimentation et des repas pour aider l'adolescente à reprendre des habitudes alimentaires saines et régulières. Plusieurs études ont démontré que l'engagement des parents dans ces diverses tâches est associé à une évolution positive (Cook-Darzens, 2014; Le Grange & Lock, 2011). Les modalités d'interventions pour favoriser la collaboration des parents dans le traitement peuvent prendre diverses formes : intervention familiale individuelle ou multifamiliale, incluant la fratrie ou pas, jumelée ou non à une psychothérapie individuelle ou de groupe pour l'adolescente, ou à une intervention de couple (Cook-Darzens, 2014; Cook-Darzens *et al.*, 2005; Le Grange, Eisler, Dare, & Russell, 1992; Lock, Couturier, & Agras, 2006; NICE, 2004). Des rencontres régulières avec l'adolescente et ses parents offrent l'occasion de discuter des difficultés rencontrées dans l'implantation des changements de comportements visés par l'intervention et de tenter d'élaborer des solutions ensemble, lesquelles pourront être mises en place

en collaboration. Ces rencontres sont aussi pertinentes pour obtenir le point de vue des parents sur la façon dont se déroulent les changements et pour les aider à comprendre et suivre l'évolution de leur adolescente. On peut comprendre la volonté pour les parents, ainsi sollicités, de se sentir compétents et habilités à effectuer ces tâches et leur désir d'être accompagnés pour y arriver. La collaboration entre les parents et l'intervenant (ou les) impliqué(s) auprès de l'adolescente est primordiale. Les parents doivent connaître et comprendre les objectifs poursuivis par l'intervention et les moyens proposés pour y arriver. Ils doivent être en mesure d'adhérer au projet d'intervention, car ils en sont des acteurs clés (Lock & Le Grange, 2005; Treasure, Smith, & Crane, 2007). Pour favoriser une telle démarche, les parents doivent donc être mis à contribution rapidement dans le plan d'intervention proposé.

Il importe d'identifier la présence de difficultés personnelles ou conjugales chez les parents, car les conséquences du trouble alimentaire sur eux et sur l'ensemble de la famille doivent être prises en considération dans l'évaluation et l'élaboration du plan d'intervention proposé. Comme mentionné précédemment, la présence d'un problème alimentaire chez une adolescente peut influencer négativement les relations entre les membres de la famille à cause du stress et des inquiétudes qu'elles génèrent. Il arrive toutefois que ce problème survienne au sein d'un climat conjugal ou familial déjà tendu ou problématique avec comme conséquence l'exacerbation des difficultés présentes. En de telles circonstances, il importe de proposer une aide adaptée à la situation afin que les parents puissent exercer activement leur rôle parental de manière efficace et constructive, et ce, sans s'épuiser.

L'alliance et le cadre thérapeutiques

L'établissement d'une alliance thérapeutique avec une adolescente atteinte d'anorexie est souvent le premier objectif du psychologue. Cet objectif en apparence simple peut s'avérer long et difficile à atteindre. La motivation à modifier les comportements associés à l'anorexie, souvent précaire chez plusieurs adolescentes, jumelée à une reconnaissance fréquemment partielle du trouble constituent des obstacles importants au développement d'une relation thérapeutique. De plus, la consultation psychologique pour la jeune est souvent amorcée par un tiers, soit un parent ou un professionnel. Cette introduction à l'aide thérapeutique peut influencer le déroulement des premiers entretiens. Pour certaines, la rencontre avec le psychologue pourra être vécue comme étant imposée, intrusive, et entraîner une attitude de retrait ou d'opposition, surtout en début de processus. Pour d'autres, la possibilité de discuter de ses difficultés avec une personne à l'extérieur de la famille pourra être reçue favorablement et faciliter l'établissement d'une relation de collaboration.

Dans tous les cas, la mise en place d'un climat de confiance avec l'adolescente est cruciale pour le développement de l'alliance.

L'absence de reconnaissance partielle ou globale des symptômes, présente chez plusieurs, porte habituellement sur des aspects spécifiques du trouble tels que l'état d'émaciation corporelle, l'évaluation de la quantité de nourriture absorbée, la fréquence et l'intensité des comportements compensatoires (p. ex., les boulimies, les vomissements ou les activités physiques). Plusieurs adolescentes sont convaincues que leurs habitudes alimentaires sont appropriées et elles sont souvent capables de les justifier. La négation du problème n'est pas toujours facile à tolérer pour l'intervenant. Toutefois, la confrontation directe de l'adolescente à cette attitude n'est pas recommandée : elle risque de nuire à l'établissement d'une alliance en plus de s'avérer inefficace et d'occasionner une accentuation des comportements associés à l'anorexie (Bruch, 1990). Devant la négation des symptômes manifestée par l'adolescente, une des tâches délicates pour le psychologue est de ne pas argumenter avec la jeune ni de plaider en faveur du changement de la conduite alimentaire à tout prix. Il est plus thérapeutique de travailler à susciter une certaine ambivalence chez la jeune quant aux pensées, croyances et comportements alimentaires associés au trouble qui pourra éventuellement être utilisée comme levier (motivation intrinsèque) favorable au changement. Une telle attitude implique pour l'intervenant d'accepter, au moins pour un certain temps, la présence des comportements anorexiques chez l'adolescente. Ainsi, l'objectif thérapeutique à court terme peut difficilement être orienté uniquement autour du changement de comportement alimentaire visant nécessairement le gain de poids. Une première étape consistera plutôt à amener l'adolescente à remettre en question ses croyances et ses comportements pour tenter de l'aider à prendre une distance par rapport à sa conduite anorexique. Celle-ci aura pour but d'installer progressivement un espace psychique chez l'adolescente entre la conduite anorexique souvent rigide et contrôlée et sa capacité de réflexion et de pensée sur elle-même.

Les stratégies psychothérapeutiques à privilégier à ce stade de l'intervention sont axées principalement sur l'écoute empathique, l'utilisation de reflets et de reformulations simples dans le but de favoriser le développement d'une alliance thérapeutique. Ces différentes stratégies pourront aussi aider à développer une certaine divergence, voire une dissonance cognitive chez l'adolescente quant à des pensées, croyances et comportements qu'elle a adoptés par rapport à l'alimentation, son image corporelle et son poids. Les principes de l'approche motivationnelle apparaissent particulièrement utiles à cette étape, soit : exprimer de l'empathie à l'adolescente, démontrer une ouverture à comprendre la

détresse vécue par l'adolescente, l'aider à développer une certaine ambivalence quant au maintien de ses symptômes, tolérer la résistance présente chez elle et essayer de renforcer son sentiment de confiance dans sa capacité à effectuer les changements souhaités (APA, 2000; Miller & Rollnick, 2006; Treasure, Schmidt, & Macdonald, 2010).

Ce travail psychothérapeutique peut être effectué sur une base ambulatoire pourvu que l'état de santé de l'adolescente le permette. La possibilité que l'adolescente puisse être évaluée et suivie sur le plan médical simultanément à son suivi psychologique est fortement recommandée (APA, 2006; NICE, 2004). Elle permet un suivi étroit de l'évolution de l'anorexie sur le plan somatique tout en offrant aux intervenants la possibilité de se centrer sur les aspects respectifs de leur travail. Aussi, en cours de suivi psychothérapeutique, il arrive que les symptômes évoluent ou s'accroissent, et ce, malgré une amélioration sur le plan psychologique. La présence d'un médecin qui pourra réévaluer l'état de santé durant ces périodes est donc précieuse. L'inverse est également vrai. Il arrive que des adolescentes connaissent une évolution favorable sur le plan somatique alors que sur le plan psychique leur situation se détériore. À ce moment, le partenaire somaticien pourra compter sur la collaboration du psychologue. Ce travail en dyade nécessite une collaboration étroite de la part des intervenants impliquant une philosophie de soins et la poursuite d'objectifs communs quant au plan d'intervention. Un échange d'informations entre les professionnels impliqués, avec l'accord de l'adolescente et de ses parents, est souhaitable et parfois essentiel, car il favorise une meilleure prise en charge.

Quelques principes directeurs pour l'intervention

Malgré la multiplicité d'études et d'écrits sur le sujet, peu de traitements ou de programmes d'intervention auprès des adolescentes atteintes d'anorexie connaissent un taux de réussite élevé. La pluralité des facteurs impliqués dans l'étiologie et le maintien de l'anorexie, l'hétérogénéité des présentations cliniques des personnes qui en souffrent et le peu d'études contrôlées de bonne qualité portant sur l'efficacité de l'intervention auprès des adolescentes anorexiques expliquent en partie ces résultats (AAP, 2003; APA, 2000, 2013; NICE, 2004; RANZCP, 2004). Diverses particularités concernant les devis des recherches (étude sans groupe contrôle, mesures prises à différents moments dans l'évolution de la maladie, différentes modalités d'interventions, différents paramètres utilisés pour évaluer l'amélioration ou la guérison) et les variables mesurées (critères de pronostic variés, mesures variées de l'intensité du trouble, manque d'informations sur les groupes à l'étude) limitent les comparaisons possibles entre les études et la généralisation des conclusions (AAP, 2003; APA, 2000; NICE, 2004; RANZCP, 2004). Il est ainsi difficile de recommander un type d'intervention spécifique pour

l'anorexie qui soit applicable à toutes les adolescentes. Toutefois, certains principes directeurs, énoncés par plusieurs associations d'experts dans le domaine, peuvent guider le psychologue dans son intervention auprès de cette clientèle.

Une intervention précoce est recommandée puisque des études ont démontré que la durée des symptômes a un impact sur la modification de ces derniers : plus les symptômes sont présents depuis longtemps, plus il est difficile de les modifier (NICE, 2004; Steinhausen, 2002). Il est établi qu'une majorité d'adolescentes anorexiques peuvent être soignées sur une base ambulatoire (APA, 2000; RANZCP, 2004). Toutefois, certaines variables doivent être considérées dans le choix de cette modalité thérapeutique : l'état de santé de l'adolescente, la complexité et la sévérité du problème alimentaire, la mobilisation de la jeune et de ses parents, de même que la disponibilité de professionnels pouvant assumer l'intervention sur une base externe (APA, 2000). La psychothérapie individuelle est l'une des modalités thérapeutiques reconnues et largement utilisées auprès des adolescentes qui présentent un trouble du comportement alimentaire de type anorexie. Or, à ce jour, aucune approche théorique particulière n'a démontré sa supériorité sur le plan de l'efficacité (APA, 2000). Une intervention individuelle peut être proposée à une adolescente qui souffre d'anorexie même lorsqu'elle est en phase active de restriction. L'objectif principal est alors de tenter d'établir une alliance thérapeutique qui pourra faciliter un travail psychothérapeutique plus soutenu ultérieurement (APA, 2000). Il faut toutefois préciser que dans des situations où la dénutrition est très avancée, la psychothérapie n'est pas suffisante en soi pour le rétablissement de l'adolescente (APA, 2000; 2006). Le gain de poids et la reprise d'habitudes alimentaires saines sont des objectifs qui devraient être priorisés dans l'intervention proposée (APA, 2000; NICE, 2004; RANZCP, 2004). Cet objectif peut s'avérer complexe à poursuivre et à négocier, particulièrement avec certaines adolescentes. Le poids visé pour la jeune devrait être d'au moins 90 % de son poids santé (selon les normes) et devrait être révisé en cours d'intervention, en tenant compte de la croissance de la taille de l'adolescente et de sa maturation (APA, 2000). Il est important de rappeler les dangers potentiels associés à la réalimentation chez certaines personnes dénutries souvent atteintes d'anorexie sévère, ce qui s'appelle le syndrome de réalimentation (AED, 2012). Ses conséquences peuvent être très graves et même entraîner la mort. Le diagnostic n'est pas facile à poser ce qui milite, encore une fois, en faveur d'un suivi médical étroit. Les personnes qui sont atteintes d'un syndrome de réalimentation doivent être traitées par des médecins spécialistes en TCA en milieu hospitalier (AED, 2012). Les objectifs de la psychothérapie devraient viser la réduction des symptômes associés à l'anorexie (qu'elle soit de type restrictif ou avec crises de boulimies et vomissements). Cela implique un travail sur les pensées et croyances qui

y sont reliées, la diminution du risque de rechute par l'identification de situations ou de facteurs prédisposants et le développement d'attitudes plus saines entourant le poids et l'image corporelle (APA, 2000; 2006; 2013; Campbell & Peebles, 2014; NICE, 2004; RANZCP, 2004). L'objectif général devrait être le rétablissement du fonctionnement psychologique et le mieux-être chez la jeune. Lorsque des enjeux personnels ou développementaux sont présents et semblent jouer un rôle sur le problème alimentaire (comme la présence de difficultés dans les relations interpersonnelles), des solutions appropriées devraient être déterminées et leur mise en œuvre intégrée au travail psychothérapeutique (APA, 2000; NICE, 2004).

La psychothérapie individuelle n'exclut ni ne remplace l'intervention familiale qui, compte tenu de ses résultats prometteurs, est recommandée par plusieurs auteurs (Eisler, Dare, Hodes, Russell, Dodge, & Le Grange, 2000; Le Grange *et al.*, 2010). L'intervention individuelle peut précéder l'intervention familiale, être offerte conjointement ou y faire suite (Cook-Darzens, 2014). Nombreuses sont les études qui soulignent l'importance et la pertinence de l'implication des parents et des familles dans l'intervention auprès des adolescentes qui ont un problème alimentaire (APA, 2006; Cook-Darzens, 2014; Le Grange & Lock, 2011; Le Grange *et al.*, 2010).

Il importe de souligner que la modification des pensées, attitudes et comportements (à l'égard de la nourriture, l'apparence physique et le poids) associés à l'anorexie vers des comportements plus sains et appropriés pourra s'effectuer, pour certaines jeunes, sans nécessairement avoir à comprendre de manière approfondie les éléments déclencheurs et les motivations sous-jacentes qui ont mené au trouble alimentaire. Toutefois, pour d'autres adolescentes, outre le travail de modifications des comportements et attitudes associés au TCA, l'intervention devra prendre en compte l'exploration des motivations, des facteurs personnels et du rôle joué par le trouble alimentaire dans l'économie psychique. La psychothérapie individuelle est un lieu privilégié pour que ce travail puisse s'effectuer.

Finalement, il est pertinent de mentionner que dans certaines situations cliniques l'adolescente et ses parents devront être référés à des ressources spécialisées dans le traitement des troubles de la conduite alimentaire. Parmi les principaux motifs pouvant mener à une telle décision on trouve : un état de santé physique ou psychique trop précaire chez l'adolescente pour envisager un suivi en ambulatoire, une détérioration ou une absence d'améliorations de l'état de santé malgré un suivi régulier, la présence d'idées et de gestes suicidaires récurrents, la présence de comorbidité (anxiété, dépression, impulsivité) qui influencent négativement

l'évolution du trouble alimentaire, l'absence de collaboration des parents, l'impossibilité pour le psychologue de mettre en place ou de maintenir un cadre d'intervention thérapeutique adapté à la situation de l'adolescente.

Conclusion

Les résultats encourageants des études concernant le devenir des adolescentes atteintes d'anorexie militent en faveur de l'offre de services psychothérapeutiques adaptés aux besoins spécifiques de cette clientèle et de leurs familles. Le psychologue peut jouer un rôle important auprès des adolescentes qui souffrent d'anorexie et auprès de leurs familles, et ce, à différentes étapes de l'évolution du trouble. Compte tenu des défis susceptibles de se présenter au cours du travail psychothérapeutique, le psychologue a avantage à utiliser diverses stratégies lui permettant de s'adapter aux situations rencontrées. Un dépistage rapide favorise une intervention visant à freiner l'exacerbation des symptômes. Une évaluation des aspects spécifiques associés à l'anorexie peut aider le psychologue à orienter la jeune vers une ressource médicale et à établir les objectifs prioritaires poursuivis par l'intervention psychologique. Une prise en charge psychologique peut favoriser, chez l'adolescente, le développement de stratégies pour modifier ses attitudes, pensées, croyances et comportements associés au trouble. La psychothérapie vise aussi à aider l'adolescente atteinte d'anorexie à identifier les facteurs impliqués dans le développement du trouble, dans son maintien ou associés aux rechutes et à explorer des pistes de solutions pouvant lui donner la possibilité de se rétablir. Les travaux concernant la psychothérapie auprès des adolescentes souffrant d'anorexie doivent se poursuivre pour mieux comprendre les facteurs engagés dans le rétablissement et développer des interventions qui soient à la fois efficaces et adaptées aux adolescentes.

RÉFÉRENCES

- Academy for Eating Disorders (AED) (2012). *Eating disorders : 'Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders* (2^e éd.). Deerfield, IL : AED Ed.
- Alvin, P. (2013). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Paris : Doin.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2003). Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics*, 111(1), 204-211.
- American Psychiatric Association. (APA) (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *The American Journal of Psychiatry*, 157(S1), 1-39.
- American Psychiatric Association (APA) (2004). *MINI DSM-IV-TR. Critères diagnostiques* (Washington, D.C., 2000). (Traduction française par J.-D. Guelfi *et al.*). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (APA) (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Arlington, VA : APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition. DSM-5*. Washington, D.C. : APA.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999). Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092-1098.

- Becker, A. E., Eddy, K. T., & Perloe, A. (2009). Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 611-619.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146.
- Blos, P. (1962). *Les adolescents*. Paris : Stock.
- Bruch, H. (1975). *Les yeux et le ventre : l'obèse, l'anorexique*. Paris : Payot.
- Bruch, H. (1990). *Conversations avec des anorexiques*. Paris : Payot.
- Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents : State of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.
- Claes, M. (1983). *L'expérience adolescente*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185(5), 363-365.
- Cook-Darzens, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse : Érès.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.-J., Bergametti, F., et al. (2005). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26(3), 223-245.
- Eddy, K. T., Celio Doyle, A., Hoste, R. R., Herzog, D. B., & Le Grange, D. (2008) Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(2), 156-164.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa : the results of a control comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727-736.
- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Fisher, M. (1992). Medical complications of anorexia and bulimia nervosa. *Adolescent Medicine State of the Art Review*, 3(3), 487-502.
- Fisher, M. (2006). Treatment of eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Pediatrics in Review*, 27(1), 5-16.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631-1635.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, NY : Guilford Press.
- Gowers, S. G., & Green, L. (2009). *Eating disorders : Cognitive behaviour therapy with children and young people*. New York, NY : Routledge.
- Guillemot, A., & Laxenaire, M. (1993). *Anorexie mentale et boulimie : Le poids de la culture*. Paris : Masson.
- Hedebrand, J., & Bulik, C. M. (2011). Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 665-678.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Adolescent eating disorders : Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 31-47.
- Herzog, D. B., Eddy, K. T., & Beresin, E. V. (2006). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In M. K. Dulcan & J. M. Wiener (Éds), *Essentials of child and adolescent psychiatry* (p. 527-560). Arlington, VA : APA.
- Jeammet, P. (1980). Réalité externe et réalité interne : importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 44(3-4), 481-522.
- Jeammet, P. (1994). Les vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 42(8-9), 395-402.
- Jeammet, P. (2004). *Anorexie. Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Hachette.
- Kaye, W. H. (2011). Neurobiology of anorexia nervosa. In D. Le Grange & J. Lock (Éds), *Eating disorders in children and adolescents : A clinical handbook* (p. 11-24). New York, NY : Guilford Press.
- Kestenberg, E., Kestenberg, J., & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris : PUF.

- Klump, K. L., Bulik, C. M., Pollice, C., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., *et al.* (2000). Temperament and character in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 188(9), 559-567.
- Knoll, S., Bulik, C. M., & Hedebrand, J. (2011). Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 95-101.
- Laufer, M., & Laufer, M. E. (1984). *Adolescence et rupture du développement. Une perspective psychanalytique*. Paris : PUF.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. F. M. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa : A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 347-357.
- Le Grange, D. & Lock, J. (2011). *Eating disorders in children and adolescents : A clinical handbook*. New York, NY : Guilford Press.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper : The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666-672.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2005). *Help your teenager beat an eating disorder*. New York, NY : Guilford Press.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1992). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson.
- Meilleur, D., Jamouille, O., Taddeo, D., & Frappier, J.-Y. (2014). Caractéristiques comportementales et personnelles chez des enfants âgés de 8 à 12 ans (n=215) présentant un problème alimentaire : étude rétrospective. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(5), 278-286.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. Paris : Dunod.
- Mitchell, J. E., Cook-Myers, T., & Wonderlich, S. A. (2005). Diagnostic criteria for anorexia nervosa : Looking ahead to DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S95-S97.
- Mitchell, J. E., & Peterson C. B. (2008). *Assessment of eating disorders*. New York, NY : Guilford Press.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). Eating disorders : Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *Clinical Guideline*, 9, 1-35.
- Pike, K. M. (2005). Assessment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S22-S25.
- Pinhas, L., Katzman, D. K., & Morris, A. (2004). Troubles de l'alimentation à apparition précoce. Société canadienne de Pédiatrie (2004). Récupéré de : <http://www.pcsp.cps.ca/uploads/studies/troubles-alimentation-precoce-protocole.pdf>
- Rome, E. S., Ammerman, S., Rosen, D. S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., *et al.* (2003). Children and adolescents with eating disorders : the state of the art. *Pediatrics*, 111(1), e98-e108.
- Rosen, D. S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents : etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine State of the Art Review*, 14(1), 49-59.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa - RANZCP (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(9), 659-670.
- Siegel, E. (2008). Eating disorders. *Adolescent Medicine State of the Art Review*, 19(3), 547-572.
- Steiner, H., Kwan, W., Graham Shaffer, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., *et al.* (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(S1), i38-i46.

L'anorexie chez les adolescentes

- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Steinhausen, H.-C. (2008). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Stice, E., Agras, W. S., & Hammer, L. D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances : A five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 375-387.
- Stice, E. & Peterson, C. B. (2007). Eating disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Éds), *Assessment of childhood disorders* (p. 751-780). New York, NY : Guilford Press.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(6), 353-359.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074.
- Treasure, J., Smith, U., & Crane, A. (2007). *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder. The new maudsley method*. New York, NY : Routledge.
- Treasure, J., Smith, G., & Macdonald, P. (2010) *The clinician's guide to collaborative caring in eating disorders. The new maudsley method*. New York, NY : Routledge.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.
- Watkins, B., & Lask, B. (2002). Eating disorders in school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatry Clinic of North America*, 11(2), 185-199.
- Weaver, L., & Liebman, R. (2011). Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 13(2), 93-98.
- Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). (2007). Classification of child and adolescent eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 40, S117-S122.

RÉSUMÉ

L'anorexie mentale est un trouble de la conduite alimentaire qui débute fréquemment à l'adolescence. Plusieurs chercheurs et cliniciens reconnaissent les défis qu'elle pose lors de la prise en charge psychothérapeutique. La psychothérapie individuelle demeure une modalité privilégiée pour intervenir auprès des adolescents qui en souffrent. L'objectif de cet article est d'aborder différents aspects liés à l'évaluation et l'intervention psychologiques auprès des adolescentes atteintes d'anorexie mentale. L'article revoit les critères diagnostiques de l'anorexie, les facteurs potentiellement associés au développement ou au maintien du trouble, les répercussions sur la santé de l'adolescente et les points importants à évaluer. La place des parents et les enjeux liés à l'alliance et au cadre thérapeutiques sont discutés ainsi que quelques principes directeurs pouvant guider l'intervention.

MOTS CLÉS

anorexie, psychothérapie, évaluation, intervention, adolescentes

ABSTRACT

Anorexia is an eating disorder that often begins during adolescence. Most researchers and clinicians recognize the multifactorial etiology of this disorder and highlight the challenges related to its treatment. Individual psychotherapy remains the preferred mode of intervention with persons suffering from anorexia. The objective of this paper is to discuss various aspects of psychological assessment and intervention with teenage girls struggling with anorexia nervosa. Specifically, the article presents the diagnostic criteria, factors possibly associated with the development and maintenance of the disorder, the impact of anorexia on health, important issues to consider in psychological assessment and parents role in the process.

Issues regarding the therapeutic relationship and clinical framework as well as guiding principles for intervention are discussed.

KEY WORDS

anorexia, psychotherapy, assessment, intervention, teenage girls
