



HAL
open science

Anorexie mentale, lien parental et attachement : étude du lien parental dans l'enfance chez une population d'enfants et d'adolescents avec anorexie mentale

Audrey Albinhac

► **To cite this version:**

Audrey Albinhac. Anorexie mentale, lien parental et attachement : étude du lien parental dans l'enfance chez une population d'enfants et d'adolescents avec anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01348208

HAL Id: dumas-01348208

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01348208>

Submitted on 22 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

N° 3049

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Audrey ALBINHAC**

Née le 14 juin 1986 à Montpellier

Le 8 juillet 2016

Titre de la thèse

**Anorexie mentale, lien parental et attachement :
Étude du lien parental dans l'enfance chez une population d'enfants et
d'adolescents avec anorexie mentale**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Madame le Docteur Stéphanie BIOULAC, Juge

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER, Juge

Monsieur le Docteur Marc DELORME, Rapporteur

Université Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

N° 3049

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Audrey ALBINHAC**

Née le 14 juin 1986 à Montpellier

Le 8 juillet 2016

Titre de la thèse

**Anorexie mentale, lien parental et attachement :
Étude du lien parental dans l'enfance chez une population d'enfants et
d'adolescents avec anorexie mentale**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Madame le Docteur Stéphanie BIOULAC, Juge

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER, Juge

Monsieur le Docteur Marc DELORME, Rapporteur

REMERCIEMENTS

A notre Présidente de thèse,

Madame le Professeur Hélène Verdoux,

Vous nous faites l'honneur d'assurer la présidence du jury de thèse.
Vos qualités professionnelles et votre investissement dans le partage de vos connaissances sont pour nous des exemples à suivre.
Nous tenons à vous témoigner notre respect et toute notre reconnaissance.

A notre Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de diriger cette thèse et de nous avoir apporté votre soutien, vos critiques constructives et de nous avoir recentré sur le cœur de notre sujet tout au long de l'élaboration de ce travail.
Travailler avec vous a été pour nous très enrichissant.
Recevez l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Rapporteur de thèse,

Monsieur le Docteur Marc Delorme,

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de participer au jury et d'être le rapporteur de cette thèse.
Nous vous remercions pour votre ouverture d'esprit et l'étendue de vos connaissances sur le sujet des troubles des conduites alimentaires.
Soyez assuré de toute notre gratitude.

A nos Juges,

Madame le Professeur Marie Tournier,

Vous avez accepté de juger ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre sincère considération pour votre savoir et votre rigueur.

Monsieur le Professeur Aouizerate,

Pour nous avoir fait l'honneur de siéger à notre jury de thèse.
Pour la qualité de votre enseignement tout au long de notre internat.
Recevez ici l'expression de notre vive gratitude.

Madame le Docteur Anne-Laure Sutter,

Pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, nous avoir confirmé l'intérêt pour la périnatalité et nous faire l'honneur de bien vouloir juger ce travail.
Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de notre estime et de notre reconnaissance.

Madame le Docteur Stéphanie Bioulac,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de nous avoir confirmé le goût pour la pédopsychiatrie.
Permettez-moi de vous témoigner notre respect le plus sincère.

Aux Médecins, Co-internes et Équipes soignantes qui ont traversé à mes côtés ces semestres d'internat en psychiatrie.

A Monsieur le Docteur Antoine Oliveira, qui m'a éclairé dans le chemin de la psychiatrie.

A Monsieur le Docteur François Gosse, qui m'a donné l'envie de travailler avec les enfants.

A Madame le Docteur Anne Postel, qui m'a donné le goût de la périnatalité.

A Madame le Docteur Astrid Claret, qui m'a donné l'envie d'aller plus loin, d'approfondir mes connaissances et de me dépasser.

A Monsieur le Docteur Xavier Pommereau, qui m'a ouvert l'esprit, montré de nouvelles et innovantes approches de la psychiatrie.

A Madame le Docteur Clarisse Locret, pour sa patience, sa gentillesse, ses précieux conseils, son accompagnement et ses relectures dans ce travail de thèse.

A Madame le Docteur Sophie Denard, Madame le Docteur Souad Bouzgarrou, Monsieur le Docteur Jean-Philippe Chaffiol, Monsieur le Docteur Jean-François Viaud, pour la transmission de votre savoir et pour m'avoir guidé au cours de mon internat.

A l'ensemble des équipes soignantes que j'ai rencontré durant ces années d'internat, pour leur accueil, leur professionnalisme, leur gentillesse et tout particulièrement à l'équipe de l'UTCA pour sa convivialité et son humour.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe Reneric, Madame le Docteur Anne Gaiffas, Madame Bayle, Monsieur Pons, l'équipe du SUHEA, l'équipe de UPSILON, l'équipe de l'UTCA et Valérie pour leur collaboration dans ce travail de thèse.

Aux patients et aux familles sans qui ce travail de thèse n'aurait pu avoir lieu.

A ma famille,

A mes parents,
Pour leur amour et soutien de tous les jours.
Ceux grâce à qui je suis devenue qui je suis aujourd'hui.

A mon frère,
Pour son amour, son réconfort, sa confiance et sa présence.

A mon papi et particulièrement à ma mamie, que j'aime et qui veille sur nous.

A ma tante et mes cousines, pour leur amour et leur soutien.

A ma belle-famille, pour m'avoir si bien accueillie dans leur famille.

A mes amis,

A Marie, Noémie, Julie, Ombeline, Camille, Audrey, Pauline, Céline, Clémence, Mathilde,
JB, Romain, Nico, la team bayonnaise et les autres,
Pour votre amitié, votre soutien et tous les moments de bonheur partagés à vos côtés.

A Jean-Etienne,

Mon futur époux, l'amour de ma vie.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	11
INTRODUCTION	12
PARTIE I : ÉTAT DES CONNAISSANCES	13
ANOREXIE MENTALE	13
I- Épidémiologie	13
A- Sexe ratio	13
B- Incidence	13
C- Prévalence	14
II- Classifications et critères diagnostiques	15
A- Critères diagnostiques : les différences selon les classifications	15
B- Apports du DSM-5	17
III- Formes cliniques	18
A- Forme typique de l'adolescent	18
1) Triade symptomatique	18
2) Comportements compensatoires	19
3) Distorsions cognitives	19
4) Aspects affectifs	20
5) Comorbidités	20
B- Autres formes cliniques	21
1) Anorexie mentale de la période pré-pubertaire	21
2) Anorexie mentale chez le garçon	21
IV- Facteurs étiopathogéniques	23
A- Facteurs biologiques	23
1) Génétiques	23
2) Neurobiologiques et neuropsychologiques	24
3) Prénataux et périnataux	24
4) Infectieux	26
B- Facteurs psychologiques	26
1) Individuels	26
2) Familiaux	27
3) Attachement et traumatisme	28
C- Facteurs socio-culturels	28
V- Évolution	30
A- Taux de mortalité	30
B- Facteurs pronostiques	31
VI- Prise en charge	32
ATTACHEMENT, LIEN PARENTAL et TROUBLES PSYCHIATRIQUES	34
I- Attachement normal	34
A- Rappel historique	34
B- Théorie de l'attachement	35
1) Concepts généraux	35
2) Ontogenèse du lien d'attachement	38
3) Styles d'attachement	39
4) Évolution de l'attachement	42
C- Attachement et ocytocine	42
D- Facteurs familiaux influençant l'attachement	44
1) Caractéristiques individuelles des parents	44
2) Environnement	46
3) Système familial	46

4) Mode de garde	47
5) Caractéristiques individuelles de l'enfant	47
II- Troubles de l'attachement	48
A- Classifications et critères diagnostiques	48
B- Trouble réactionnel de l'attachement	51
C- Trouble de l'engagement social désinhibé	52
III- Attachement et pathologies psychiatriques	53
A- Enfant, adolescent	53
1) Comportements internalisés	53
2) Comportements externalisés	54
B- Adulte	55
1) Dépression	55
2) Suicide	55
3) État de stress post-traumatique	56
ATTACHEMENT, LIEN PARENTAL et ANOREXIE MENTALE	58
I- Lien parental et symptômes alimentaires dans la population générale	60
A- Chez les préadolescents et adolescents	60
B- Chez les adultes	61
II- Lien parental et troubles des conduites alimentaires	64
III- Lien parental et anorexie mentale	71
IV- Conclusion	74
PARTIE II : ÉTUDE PERSONNELLE	
ÉTUDE DU LIEN PARENTAL DANS L'ENFANCE CHEZ UNE POPULATION D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS AVEC ANOREXIE MENTALE	76
OBJECTIFS	76
HYPOTHÈSES	76
I- Principale	76
II- Secondaire	76
MATÉRIEL ET MÉTHODE	76
I- Population étudiée	76
A- Critères d'inclusion	77
B- Critères d'exclusion	77
II- Outil d'évaluation	77
A- Mini International Neuropsychiatry Interview for Children and Adolescent (MINI-KID)	77
B- Children's Depression Inventory (CDI) et Children Depressive Rating Scale (CDRS)	77
C- Parental Bonding Instrument (PBI)	77
D- Grille de recueil d'informations sur l'anorexie mentale	78
III- Procédure	79
A- Étapes de la procédure	79
B- Lieu de recrutement	79
IV- Analyse statistique	79
RÉSULTATS	80
I- Analyse descriptive	80
A- Données socio-démographiques	80
B- Données cliniques	80
1) Données cliniques sur les patientes souffrant d'anorexie mentale	80
2) Données cliniques sur l'ensemble de la population étudiée	81
3) Résultats concernant le PBI	83
II- Analyses de corrélation	88
A- Corrélation des scores du PBI par rapport à l'âge	88
B- Corrélation de la dépression par rapport au lien parental	88
C- Corrélation des variables de l'anorexie mentale par rapport au lien parental	89

D- Corrélation du lien parental perçu avec la mère par rapport à celui avec le père	89
DISCUSSION	90
I- Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature	90
II- Limites de l'étude	94
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	95
BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXES	113

GLOSSAIRE

AAI	<i>Adult Attachment Interview</i>
ACAA	Attitudes et Comportements Alimentaires Anormaux
ADS	Anxiété De Séparation
AM	Anorexie Mentale
AM-R	Anorexie Mentale de type Restrictif
AM-B	Anorexie Mentale avec crise de Boulimie/vomissements ou prise de purgatifs
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BED	<i>Binge-Eating Disorder</i>
BN	Boulimie Nerveuse
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i>
CDRS	<i>Children Depressive Rating Scale</i>
CIM	Classification internationale des maladies
CMR	<i>Crude mortality rate</i> (Taux brut de mortalité)
DSED	<i>Disinhibited Social Engagement Disorder</i> (Trouble de l'engagement social désinhibé)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders</i>
EAT	<i>Eating Attitudes Test</i>
EDM	Episode Dépressif Majeur
EDNOS	<i>Eating Disorders Not Otherwise Specified</i>
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
GMM	Grand-Mère Maternelle
GPP	Grand-Père Paternel
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de Jour
IC	Intervalle de Confiance
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRMf	Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle
MIO	Modèles Internes Opérants
OMS	Organisation mondiale de la santé
OT	Ocytocine
OR	<i>Odds Ratio</i>
OXTR	Récepteur de l'ocytocine
PANDAS	<i>Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections</i>
PBI	<i>Parental Bonding Instrument</i>
PIU	Problématique de l'Utilisation d'Internet
PTSD	<i>Post-traumatic stress disorder</i> (État de stress post-traumatique)
RAD	<i>Reactive Attachment Disorder</i> (Trouble réactionnel de l'attachement)
SMR	Ratio standardisé de mortalité
SNP	Polymorphismes Nucléotidiques Simples
SSPT	Symptômes de Stress Post-Traumatique
STS	Stress Traumatique Secondaire
TACA	Trouble de l'Alimentation et des Conduites Alimentaires
TCA	Trouble des Conduites Alimentaires
TDA/H	Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité
TGP	Troubles Graves de la Personnalité
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
TS	Tentatives de Suicide

INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) semblent de plus en plus fréquents et suscitent un intérêt qui n'a cessé de croître durant ces dernières décennies. Cet intérêt est lié au caractère à la fois provocant et paradoxal de l'anorexie mentale (AM).

L'AM est une pathologie essentiellement psychologique, qui entraîne des conséquences somatiques graves.

L'AM est présentée par certains auteurs comme une pathologie du lien à l'environnement et du lien à l'autre. Le dysfonctionnement familial prend également une place importante.

En parallèle, la théorie de l'attachement suscite également un intérêt croissant pour les cliniciens et les chercheurs dans le domaine de la psychopathologie au cours de ces dernières décennies. L'attachement est en lien avec la régulation des émotions, l'estime de soi, les stratégies d'adaptation, les compétences sociales (Sroufe 2005) mais aussi avec les pathologies psychiatriques.

La théorie de l'attachement fournit ainsi un modèle théorique pour comprendre l'interaction des caractéristiques individuelles et familiales de l'AM.

Au cours des dernières années, la question du lien entre les troubles de l'alimentation et les difficultés dans les relations interpersonnelles et plus spécifiquement familiales a pris une nouvelle actualité. La théorie de l'attachement est maintenant considérée comme une théorie non seulement des relations précoces des nourrissons avec leurs parents mais aussi comme une théorie plus générale des relations interpersonnelles. Elle a donc une place centrale dans l'étude de la santé psychique.

A l'heure actuelle, les chercheurs s'accordent sur le rôle de l'attachement insécure dans le développement et la pérennisation des TCA, bien que la nature de ce rôle reste largement inconnue en raison du petit nombre de recherches dans ce domaine. Les TCA pourraient représenter une tentative inadaptée pour faire face aux expériences de vie négatives de l'enfance. Celles-ci pourraient être un facteur de vulnérabilité psychopathologique ou un facteur de risque spécifique d'AM.

La nature multifactorielle de l'AM, la place centrale de la famille dans ce trouble et l'intérêt croissant pour la théorie de l'attachement dans les TCA, nous ont donné envie de nous questionner sur le rapport entre les liens intrafamiliaux et l'émergence de l'AM.

Nous allons présenter dans une première partie théorique, un état des lieux des données actuelles sur l'AM, l'attachement et les liens parentaux au travers de la théorie de l'attachement et enfin sur l'association entre attachement, lien parental et AM.

Dans une seconde partie expérimentale, nous avons confronté ces données théoriques à l'étude observationnelle d'une population clinique de 18 patientes ayant été hospitalisées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent entre juin 2015 et janvier 2016 pour AM et 12 patientes témoins hospitalisées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour épisode dépressif majeur (EDM) en questionnant le lien parental perçu dans l'enfance.

ANOREXIE MENTALE

I- Épidémiologie

L'AM débute le plus souvent après la puberté avec un âge moyen de début des troubles à 17 ans. On observe deux pics de survenue : l'un autour de 13-14 ans et l'autre autour de 18 ans (Chalet et al. 2015).

Le suivi de l'évolution de l'incidence et de la prévalence de l'AM au cours du temps est difficile. Il en est de même pour les différences entre les populations et les cultures étudiées dans les études. Ces difficultés peuvent être expliquées par différents facteurs:

- au fil des avancées de la recherche, les critères diagnostiques des classifications internationales, telles que le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5* (DSM - 5) de la classification américaine APA (American Psychiatric Association 2013) et la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Pull 1994), évoluent.
- une faible prévalence en population générale associée au déni fréquent des troubles par le patient et leur évitement du système de soins.
- la non généralisation des données obtenues des cohortes issues de la population clinique à la population générale. La majorité des études étant issues de la population clinique du fait de la faible prévalence du trouble en population générale.
- la disparité méthodologique des études cliniques, des populations étudiées (en particulier l'âge des échantillons) et des durées de suivi.

De plus, nous soulignerons qu'aucune étude épidémiologique sur l'AM n'a été réalisée en France (N. Godart et al. 2009).

A- Sexe ratio

Le sexe ratio est le ratio des taux de prévalence à vie de l'AM chez les hommes contre les femmes. Il est souvent signalé comme égale ou inférieure à 1: 10 (Hans W. Hoek 2006). Chez les enfants, ce ratio change. Dans une étude canadienne de 161 enfants de moins de 13 ans, le sexe ratio a été de 6 :1 (Pinhas et al. 2011).

B- Incidence

Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans la population sur une période donnée.

Dans la revue de la littérature de Smink et coll. (Smink, van Hoeken, et Hoek 2012), les auteurs ont montré que le taux d'incidence de l'AM est relativement stable au cours du temps mais qu'il s'accroît dans le groupe à risque des 15-19 ans.

L'augmentation de l'incidence de l'AM ces dernières décennies, a souvent été discutée, avec des questionnements sur une éventuelle épidémie nationale ou internationale. Cette augmentation serait plutôt en lien avec la médiatisation et la sensibilisation du public et des professionnels de santé avec une augmentation du dépistage et de l'accès aux soins.

Selon la revue de la littérature de Hoek et coll. (Hans Wijbrand Hoek et van Hoeken 2003), l'incidence de l'AM a varié entre 0,1 et 12 pour 100 000 personnes par an.

Selon la revue de la littérature de Roux et coll. (Roux, Chapelon, et Godart 2013), en population générale, l'incidence a été comprise entre 109 et 270 pour 100 000 personnes par an entre 15 et 19 ans.

Chez les enfants de moins de 13 ans, les études sont rares et les résultats ont varié entre 1,1 et 2,6 pour 100 000 personnes par an, à partir des bases de données des pédiatres, selon la revue de la littérature de Smink et coll. (Smink, van Hoeken, et Hoek 2012).

Chez l'homme, l'incidence a été de 1 pour 100 000 personnes par an (Hans W. Hoek 2006).

C- Prévalence

En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment). La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.

La prévalence vie entière de l'AM a été évaluée dans trois grandes études de cohorte en population de jumeaux. En Suède, chez une cohorte de jumeaux nés entre 1935 et 1958, elle a été de 1,2% pour les femmes et 0,29% pour les hommes (Bulik CM et al. 2006). En Australie, la prévalence vie entière a été de 1,9% chez des femmes âgées de 28 à 39 ans (Wade et al. 2006). Enfin, en Finlande, dans une cohorte de jumeaux nés entre 1975 et 1979, elle a été de 2,2% pour les femmes (Keski-Rahkonen et al. 2007) et 0,24% pour les hommes (Raevuori et al. 2009).

Selon la revue de la littérature de Hoek et coll. (Hans Wijbrand Hoek et van Hoeken 2003), comprenant des études allant de 1930 à 1999, la prévalence vie entière a varié entre 0 et 0,9% chez des populations dont l'âge varie entre 11 et 35 ans.

Chez les adolescents, dans l'étude de Swanson et coll. (Swanson SA et al. 2011), sur 10 123 patients âgés de 13 à 18 ans de la zone continentale des États-Unis, la prévalence vie entière a été de 0,3%.

Nous pouvons remarquer que la prévalence a tendance à varier en fonction de l'âge de la population étudiée.

II- Classifications et critères diagnostiques

L'AM est un trouble psychiatrique caractérisé. Les deux principales classifications des maladies mentales dont disposent actuellement les cliniciens et les chercheurs pour harmoniser leurs diagnostics et permettre une meilleure comparabilité, s'inscrivent dans une perspective descriptive, catégorielle et statistique. Ces deux modèles nosographiques sont la classification américaine établie par l'APA, le DSM et la CIM. Les versions successives de ces classifications ont permis de s'adapter progressivement à l'évolution des connaissances dans les TCA.

Les critères diagnostiques de l'AM pour ces deux systèmes sont répertoriés dans le tableau suivant.

A- Critères diagnostiques : les différences selon les classifications

Les critères diagnostiques d'AM sont répertoriés dans le tableau ci-dessous et les différences entre les classifications sont en couleur (tableau N°1).

Tableau N°1: Comparaison des critères diagnostiques de l'anorexie mentale selon les classifications.

	DSM-IV-R	DSM-5	CIM-10
Chapitre	Trouble des conduites alimentaires (TCA)	Trouble de l'alimentation et des conduites alimentaires (TACA) « <i>Feeding and Eating Disorders</i> »	Trouble de l'alimentation (F50)
Sous chapitres	-Anorexie mentale -Boulimie -Trouble des conduites alimentaires non spécifié	- Pica (chez l'enfant et chez l'adulte) -Mérycisme (<i>Rumination Disorder</i>) -Alimentation sélective (<i>Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder</i>) -Anorexie nerveuse (type restrictif ou binge-eating/purging) -Boulimie nerveuse -Hyperphagie (<i>Binge-Eating Disorder</i>) -Autres TACA spécifiés -TACA non spécifiés (<i>Unspecified Feeding or Eating Disorder</i>)	-Anorexie mentale -Anorexie mentale atypique -Boulimie -Boulimie atypique -Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques -Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques (Pica de l'adulte) -Autres troubles de l'alimentation -Troubles de l'alimentation sans précision
Code AM	(307.1)	(307.1)	(F50.1)
Critères diagnostiques de l'AM	A) Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour	A) Restriction des apports énergétiques alimentaires menant à un poids significativement	A) Poids corporel inférieur à la normale de 15% ou $IMC \leq 17,5$; chez les patients

	<p>l'âge et pour la taille (perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).</p> <p>B) Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.</p> <p>C) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.</p> <p>D) Chez les femmes postpubères, aménorrhée (absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs).</p>	<p>bas pour l'âge, le sexe, la trajectoire de développement, et la santé physique. Un poids significativement bas est défini par un poids inférieur au poids minimum normal, ou chez les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimum attendu.</p> <p>B) Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou la persistance de comportements qui interfèrent avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.</p> <p>C) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie); influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.</p> <p>D) Disparition du critère D.</p>	<p>prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.</p> <p>B) La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des aliments qui font grossir, fréquemment associée à au moins une des manifestations suivantes: vomissements provoqués, utilisation des laxatifs, pratique excessive d'exercices physiques, utilisation de coupe-faim ou de diurétiques.</p> <p>C) Psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie: la peur de grossir.</p> <p>D) Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique avec aménorrhée chez la femme, perte du désir sexuel et impuissance chez l'homme.</p> <p>E) Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées.</p>
Sous types	- Type restrictif («Restricting type»): pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux	- Type restrictif («Restricting type»): durant les trois derniers mois, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués	

	vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements). - Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« <i>Binge-Eating/Purging type</i> »): pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).	ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements). - Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« <i>Binge-Eating/ Purging type</i> »): durant les trois derniers mois , le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).	
--	---	--	--

AM : Anorexie mentale ; CIM : Classification Internationale des Maladies ;
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual* ; IMC : Indice de Masse Corporelle

Différences entre les classifications

B- Apports du DSM-5

Les deux objectifs principaux ont été de clarifier les critères existants et de mieux spécifier les diagnostics au sein du groupe des TCA en diminuant la fréquence du diagnostic de TCA non spécifié du DSM-IV-R (ou dans le DSM-IV, EDNOS (*eating disorders not otherwise specified*)). Ces modifications ont ainsi permis de constituer des groupes plus homogènes pour la clinique et la recherche.

Les principaux changements ont concerné :

- le remplacement de la nomination de la catégorie.
- le regroupement des troubles habituellement diagnostiqués pendant la première, deuxième enfance ou l'adolescence (Pica, mérycisme et TCA de la première et deuxième enfance) avec les TCA dans un seul chapitre de cohésion.
- la reconnaissance de l'hyperphagie boulimie comme un diagnostic caractérisé.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'AM, on retrouve :

- la clarification du statut de faible poids.
- la modification du critère B de telle sorte que les patients ne doivent pas explicitement approuver la peur de prendre du poids ou de devenir gros. Ce changement est particulièrement intéressant en ce qui concerne les patients plus jeunes verbalisant difficilement leur motivation pour le comportement de restriction alimentaire.
- l'élimination du critère D, concernant l'aménorrhée, permettant ainsi de faciliter le diagnostic d'AM chez l'homme, chez la femme pré-ménarchale, la femme post-ménopausée et la femme prenant des contraceptifs oraux.

III- Formes cliniques

Les premières descriptions médicales historiques remontent au XI^e siècle avec Avicenne et restent constantes et stables à travers les époques et les pays. C'est seulement en 1883, que Huchard lui donne son nom actuel d'AM.

Son diagnostic est avant tout clinique. Il nécessite classiquement la présence de la triade symptomatique dite des « 3A » : Anorexie-Amaigrissement-Aménorrhée décrite dès 1873 par Lasègue.

A- Forme typique de l'adolescent

1) Triade symptomatique

L'anorexie est le symptôme principal. Il s'agit non pas comme le suggère l'étymologie de ce mot d'une absence d'appétit mais d'une restriction alimentaire volontaire qualitative et quantitative. Cette restriction alimentaire représente une lutte active contre la faim, sensation à la fois source de honte rappelant les besoins instinctuels du corps et source d'une satisfaction jouissive, indice activement recherché de la maîtrise des besoins.

Les conduites de restriction sont quantitatives (diminution des quantités) et/ou qualitatives (exclusion des aliments les plus caloriques ou supposés tels) aussi appelées conduites de sélection. Elles sont accompagnées d'attitudes alimentaires aberrantes avec par exemple, tri dans l'assiette, découpage des aliments en portions minuscules, cuisson exagérée des aliments et consommation excessive de sel, d'épices... La patiente investit de plus en plus la cuisine jusqu'à l'occuper totalement. Les centres d'intérêts se focalisent progressivement et exclusivement sur la nourriture et le repas devient souvent un enjeu de conflits familiaux (Grall-Bronnec, Guillou-Landreat, et Vénisse 2007).

Une perte de contrôle peut se produire, ce d'autant plus que la restriction est importante. Elle se traduit par les crises de boulimie et représente 50 à 64% des cas (Stice et al. 2008).

L'amaigrissement correspond à une perte de poids importante ou à une absence de prise de poids pendant la croissance. Le diagnostic est posé lorsque le poids est au moins 15 % en dessous du poids attendu, soit un Indice de Masse Corporelle (IMC = poids en kg/taille en m²) inférieur au 10^e percentile chez les adolescents, ou inférieur à 17,5 chez les adultes (American Psychiatric Association 2004; Hebebrand et al. 1996).

Il représente généralement le motif de consultation initial. L'inquiétude de l'entourage contrastant avec l'apparente indifférence, le déni de l'adolescent.

Cet amaigrissement procure initialement une illusion de mieux-être et permet d'effacer toutes traces de transformations pubertaires et notamment les caractères sexuels secondaires féminins.

Cet amaigrissement se répercute sur le plan somatique, au niveau des phanères (cheveux secs et cassants, ongles striés et cassants, peau sèche, lanugo et hypertrichose), au niveau cardiovasculaire (bradycardie, pâleur, hypotension artérielle, acrocyanose, œdèmes de carences), au niveau central (hypothermie) et au niveau digestif (constipation).

L'aménorrhée peut être primaire si la jeune fille n'était pas encore réglée ou secondaire dans le cas contraire. On parle d'aménorrhée après une interruption de trois mois des règles précédemment régulières, ou de six mois si elles étaient irrégulières. Son apparition est

précoce et elle est habituellement un des derniers symptômes à disparaître. L'aménorrhée est liée à l'importance de la dénutrition et de l'exercice physique et à leurs effets sur l'axe hypothalamo-hypophysaire gonadique (insuffisance gonadotrope centrale fonctionnelle), mais aussi à certaines dimensions psychopathologiques comme l'ont suggéré certaines données cliniques telles que l'aménorrhée précédant l'amaigrissement (30 % des cas) et la persistance de l'aménorrhée après la rééquilibration pondérale.

Les règles réapparaissent dans un délai extrêmement variable, avec un pourcentage d'aménorrhée persistant six à douze mois après le retour à un poids normal allant de 13 à 20 %. Les taux d'œstradiol périphériques ont alors été corrélés à des symptômes clés de l'AM tels que l'insatisfaction corporelle (Brambilla et al. 2003).

L'aménorrhée fait partie des symptômes cardinaux de l'AM mais peut être masquée par la contraception orale. Ainsi dans la nouvelle classification du DSM-5, ce critère n'est plus obligatoire pour porter le diagnostic d'AM (American Psychiatric Association 2013).

2) Comportements compensatoires

Ils sont mis en œuvre pour limiter la prise de poids en cas d'ingestion alimentaire jugée excessive ou pour favoriser une perte de poids. On retrouve l'hyperactivité physique qui est très fréquente chez les patientes avec une anorexie mentale de type restrictif (AM-R), les vomissements provoqués par des manœuvres destinées à entraîner un réflexe nauséeux, la prise de laxatifs ou de diurétiques.

Plus rarement, l'AM est associée à des comportements plus complexes: l'ingestion de grandes quantités d'eau, appelée la potomanie dans un but de « purification » ou même de « lavage d'estomac » ; une kleptomanie, avec notamment des vols d'aliments ; un mérycisme (retour provoqué du bol alimentaire pour être mastiqué à nouveau), toujours fait en cachette (N. Godart et Doyen 2015). Le mérycisme doit être recherché car il témoigne souvent de troubles profonds de la personnalité et est plus fréquent qu'il n'y paraît (Jeammet 2011).

3) Distorsions cognitives

Chez ces patientes il existe une distorsion, quasi délirante, de l'image de leur propre corps, on parle alors de dysmorphophobie qui peut être généralisée à l'ensemble du corps mais qui, le plus souvent, est centrée sur certaines zones (ventre, cuisses, hanches, fesses). Ce trouble de l'image du corps augmente paradoxalement avec l'amaigrissement (Nicolas, Lamas, et Corcos 2014). Il est à noter que le déni des troubles reflète l'importance du trouble de la perception de l'image du corps.

La crainte de grossir s'exprime difficilement d'emblée mais se traduit par de multiples conduites de vérification : pesées quotidiennes voire pluriquotidiennes, prise de mensurations. Sont également mises en évidence des croyances erronées relatives aux aliments et au fonctionnement digestif comme par exemple les propos d'une patiente: « chaque aliment ingéré s'accumule dans le ventre, en couches bien distinctes, comme un millefeuille ».

L'hyperactivité que l'on retrouve au niveau physique est également présente dans les activités intellectuelles. On rapporte classiquement un hyper-investissement dans le travail scolaire, un perfectionnisme très affirmé et une rigidité (Anderluh et al. 2003). Le mode de pensée est opératoire et se remarque surtout dans les domaines de l'apprentissage et peu dans ceux de l'imagination et la créativité (Nicolas, Lamas, et Corcos 2014). Contrairement aux idées reçues, ces patientes ne semblent pas avoir de performances intellectuelles supérieures à celles

de la population générale. Les études concernant les fonctions cognitives et exécutives chez ces patientes ont montré que la défaillance des deux dimensions attention et flexibilité mentale sont à l'origine du perfectionnisme, de la rigidité et des comportements ritualisés (Carina Gillberg et al. 2007).

4) Aspects affectifs

Les patientes anorexiques ont en commun une grande insécurité intérieure et un manque d'estime de soi, qui les rendent dépendantes de leur entourage et hypersensibles à la déception. Leur comportement d'autodestruction leur permet de s'opposer et de retrouver force et maîtrise (Jeammet 2011).

On retrouve chez ces patientes un isolement relationnel de leurs pairs aboutissant à une dépendance relationnelle avec les parents et la fratrie. L'AM apparaît alors comme une tentative de se dégager de l'emprise de cette relation. Autrement dit, selon Chaulet, l'adolescente anorexique inverse les rôles, dans la mesure où c'est la famille qui devient dépendante de son bon vouloir. Cette « emprise manipulatrice » assure le succès d'un illusoire contrôle de la sphère affective. Les conflits avec les parents sont alors inévitables et contribuent à l'auto-renforcement de la conduite (Chaulet et al. 2015). Ces perversités des relations interpersonnelles sont à la hauteur des conflits internes du sujet (Nicolas, Lamas, et Corcos 2014).

Maurice Corcos et coll. (Corcos et Dupont 2007) ont décrit les patientes souffrant d'AM avec une incapacité à gérer les conflits et avec une prédisposition à une dépendance exagérée et un manque d'autonomie. Ils parlent ainsi de « pathologie du lien ».

L'estime de soi est très fortement dépendante de l'image du corps.

La sexualité est refoulée, désinvestie. Les transformations corporelles liées à la puberté sont niées.

5) Comorbidités

Il est retrouvé chez les patientes anorexiques une prévalence élevée de troubles anxieux ainsi que de troubles de l'humeur et en particulier d'EDM. Les troubles anxieux sont généralement rapportés comme prémorbides aux TCA et les plus fréquents sont la phobie sociale et le trouble obsessionnel compulsif (TOC) (N. T. Godart et al. 2002). Dans la publication de Kessler et coll., la prévalence globale des troubles de l'humeur chez les sujets anorexiques a été deux fois supérieure à celle observée dans la population générale (environ 23,9% selon la *National Comorbidity Survey*) (Kessler RC et al. 1994). Dans une revue de la littérature chez des patients anorexiques âgés de 7 à 17 ans, les auteurs ont retrouvé 26% de troubles anxieux et phobiques, 20,9% de troubles thymiques, 18,9% d'addictions, 17,9% de troubles graves de la personnalité (TGP), 12% de TOC et 6,5% de troubles schizophréniques (Steinhausen 2002).

B- Autres formes cliniques

1) Anorexie mentale de la période pré-pubertaire

Le trouble a été décrit pour la première fois dans les années 1960 par Lesser et coll. (Lesser et al. 1960). Il s'agit d'une entité clinique qui se manifeste avant tout signe de puberté.

Il va être réalisé un résumé des différences cliniques retrouvées dans cette forme d'AM à partir de plusieurs publications (Peebles, Wilson, et Lock 2006; Heuzey et Acquaviva 2006; Doyen 2008; N. Godart et Doyen 2015).

Il est ainsi retrouvé un début souvent moins insidieux, avec une perte de poids rapide en raison de la faible masse grasse des enfants. Le premier signe est souvent représenté par une cassure de la courbe de croissance. Le tableau clinique est marqué par l'intensité des symptômes habituels avec la généralisation des conduites de refus, la restriction hydrique, la verbalisation rare des préoccupations corporelles ou pondérales et les plaintes somatiques fréquentes à type de douleurs abdominales ou de difficultés à avaler. Les choix alimentaires peuvent surprendre parfois, car ces enfants acceptent de manger des produits sucrés ou gras, mais toujours en quantité restreinte. Les conduites alimentaires rigides semblent l'apanage des très jeunes anorexiques qui témoigneraient de plus de perfectionnisme et de rigidité que les patients pubères.

Dans cette forme d'AM, les garçons sont plus représentés ainsi que le sous-type restrictif d'AM. Le sous-type avec vomissement puis avec mésusage de laxatifs devient plus commun avec l'âge.

Le fonctionnement familial est également modifié, plus le sujet est jeune et plus le contrôle et la tyrannie familiale sont majeurs (Doyen 2008).

Les antécédents de TCA dans la petite enfance sont fréquents et son pronostic semble plus grave.

Sur le plan des comorbidités, les études sont rares mais toutefois, les observations cliniques tendent vers une incidence élevée dans cette population. Dans la publication de Madden et coll. (Madden et al. 2009), les auteurs ont retrouvé que 62% des patients TCA présentent au moins une comorbidité psychiatrique et dans la publication de Nicholls et coll. (D. E. Nicholls, Lynn, et Viner 2011), la comorbidité la plus fréquente a été l'anxiété. La dépression, l'anxiété et le TOC sont présents chez 41% des enfants avec TCA.

2) Anorexie mentale chez le garçon

L'anorexie masculine a été décrite en 1694 par Morton (cité par (Chambry 2008)). Elle demeure relativement rare mais la plupart des auteurs suggèrent une sous-évaluation de sa prévalence. Ceci s'explique en partie par le faible nombre d'études menées en population générale, l'importance de l'aménorrhée ou de la baisse de la libido chez le garçon dans les critères diagnostiques, ainsi que par l'évolution longtemps supposée des formes masculines vers des troubles psychotiques.

Le tableau clinique se rapproche de la fille avec cependant quelques différences.

L'anorexie masculine débute plus souvent dans la période pré-pubertaire que chez la fille (Grall-Bronnec, Guillou-Landreat, et Vénisse 2007; Chaulet et al. 2015).

Les formes restrictives pures sont plus rares (Haute Autorité de Santé 2010).

L'aménorrhée est remplacée par la disparition du désir sexuel et l'absence d'érection.

Les préoccupations sont plus marquées pour l'image corporelle et une moindre importance est accordée au poids avec un désir de perdre « leur graisse » afin de parvenir à l'idéal d'un corps musclé (N. Godart et al. 2009; Corbeil-Serre, Meilleur, et Turgeon 2014). On retrouve ainsi l'idéalisation des corps des athlètes et des culturistes (Heuzey et Acquaviva 2006).

L'IMC initial est plus élevé (Chambry 2008; Haute Autorité de Santé 2010).

L'hyperactivité physique prédomine sur l'investissement intellectuel (Haute Autorité de Santé 2010).

Il a été retrouvé moins de somatisation, de sensibilité interpersonnelle et d'anxiété (Raevuori 2014).

Il est fréquemment associé une obésité pré-morbide.

Les comorbidités psychiatriques sont quelque peu différentes (Woodside et al. 2001; Raevuori et coll. 2009). La notion classique d'une plus grande comorbidité avec la schizophrénie n'a pas été corroborée par les études récentes mais une plus grande fréquence de TGP de type obsessionnel-compulsif, antisocial et borderline a été signalée (Léonard 2015) ainsi que d'alcoolisme (Woodside et al. 2001). Par contre, les antécédents de TS (Gueguen, Godart, et Chambry 2012) et d'EDM (Woodside et al. 2001) sont moins fréquents.

Les investigations de l'orientation sexuelle ont produit des données contradictoires de sorte qu'il n'est pas possible non plus d'affirmer que l'homosexualité est plus fréquente chez l'homme (Léonard 2015).

L'évolution serait assez proche des formes féminines. Le fait d'être un garçon ne constituerait pas en soi un facteur pronostique péjoratif.

Nous ne traiterons pas des formes cliniques chez l'adulte.

IV- Facteurs étiopathogéniques

L'étiopathogénie de l'AM reste encore mal connue. L'hypothèse la plus consensuelle actuellement est que l'AM est une pathologie d'origine multifactorielle avec des facteurs de vulnérabilité directement ou indirectement impliqués dans le symptôme. L'étude de ces facteurs dans l'AM est compliquée du fait de sa faible prévalence dans la population générale. La plupart des études sont des études transversales avec un nombre limité de facteurs de risque potentiels recherchés. De plus, peu d'études utilisent un groupe contrôle composé de patients avec un autre trouble psychiatrique et encore moins sans trouble psychiatrique. Voici un résumé de ces facteurs étiopathogéniques et facteurs de risque.

Rappelons qu'un facteur de risque est défini par l'OMS comme tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme (« OMS | Facteurs de risque » 2016).

A- Facteurs biologiques

1) Génétiques

L'héritabilité de l'AM varie de 30 à 80% en fonction des études (Thornton, Mazzeo, et Bulik 2011).

Steinhausen et coll. (Steinhausen et al. 2015) ont étudié l'agrégation familiale sur trois générations chez environ 9500 danois dans une étude cas-témoins et a retrouvé une prévalence au cours de la vie:

- six fois plus fréquente chez les mères de cas probants par rapport aux mères de contrôle avec un odds ratio : OR = 0,17 (IC 95% = 0,02 – 1,19 ; p < 0,05).
- quatre fois plus fréquente chez les frères et sœurs de cas probants par rapport aux frères et sœurs des contrôles avec un OR = 0,5 (IC 95% = 0,15 – 0,42 ; p < 0,001).
- cinq fois plus fréquente chez la progéniture des cas probants par rapport aux descendants des contrôles avec un OR = 0,19 (IC 95% = 0,03 – 1,12 ; p < 0,05).
- en revanche, aucun cas d'AM n'a été trouvé chez les pères.

Les nouvelles études ont suggéré que la puberté modifie les effets génétiques sur les troubles alimentaires, se déplaçant d'aucune influence génétique dans la période pré-pubère à une influence génétique importante après la puberté. En effet, il semblerait que le processus pubertaire et les modifications hormonales qui s'y produisent seraient essentiels à l'activation des gènes de susceptibilité en cause (Klump, McGue, et Iacono 2003; Klump et al. 2007; Culbert et al. 2009).

Les gènes les plus susceptibles d'être impliqués dans l'héritabilité des TCA concernent les systèmes biologiques en lien avec l'apport alimentaire, l'appétit, le métabolisme, l'humeur et le système de récompense-plaisir. Cependant, cette influence génétique n'a pas été attribuée à des gènes spécifiques, mais a résulté d'une interaction beaucoup plus complexe entre la vulnérabilité génétique et les facteurs environnementaux (Trace et al. 2013; Zerwas et al. 2014).

Le sexe féminin est un facteur de risque de développer une AM OR = 22,1 (IC 95% = 5,2 - 94) (Dasha E. Nicholls et Viner 2009). Le risque attribuable pour ce facteur dans l'AM est de 89,4% (Raevuori, Linna, et Keski-Rahkonen 2014).

2) Neurobiologiques et neuropsychologiques

Dans l'étude de Favaro et coll. (Angela Favaro et al. 2014), les auteurs ont étudié la relation entre des altérations fonctionnelles et structurelles du striatum et l'AM. Ils ont conclu en l'existence d'altérations significatives de la connectivité fonctionnelle du striatum et des volumes du striatum chez les patients avec une AM. Ils ont également mis en évidence une association significative entre le nombre de complications obstétricales et la connectivité fonctionnelle des noyaux accumbens et du putamen, permettant ainsi d'émettre des hypothèses intéressantes sur la participation de ces zones cérébrales afin d'expliquer le rôle pathogène des complications obstétricales dans cette maladie.

Les études précoces de neuro-imagerie des TCA chez les enfants et les adolescents utilisant la tomographie par émission monophotonique ont démontré une hypo-perfusion principalement dans la région temporale du cerveau (Gordon 1997). Ces résultats ont été reproduits (Chowdhury 2003) et n'ont pas été réversibles avec une restauration de poids à long terme (Frampton 2011).

Plus récemment, des études en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont montré qu'une alimentation désordonnée peut être la conséquence d'une dérégulation du système de récompense et/ou d'un déséquilibre dans le traitement de l'information avec l'inhibition des systèmes motivationnelles de récompense. La restriction alimentaire peut ainsi être un moyen de réduire l'anxiété causée par des interactions biaisées entre le système sérotoninergique inhibiteur et le système de récompense dopaminergique (Kaye 2013).

3) Prénataux et périnataux

Les périodes prénatales et périnatales sont deux périodes se chevauchant. Le développement prénatal se réfère au processus de gestation d'un embryon ou d'un fœtus pendant la grossesse, allant de la fécondation jusqu'à la naissance. La période périnatale est définie par l'OMS de la 22^{ème} semaine de grossesse jusqu'à la fin de la 1^{ère} semaine de vie. Période comprenant donc la naissance (« WHO/Europe | Maternal and newborn health » 2015).

Au cours de ces périodes, il a pu être individualisé trois phases : la grossesse, l'accouchement ou la délivrance et le post-partum immédiat. Le plan suivra ces phases pour une meilleure clarté.

◆ *Facteurs de risque au cours de la grossesse*

Il est retrouvé dans la littérature, au cours de la grossesse, les facteurs de risque suivants : l'exposition à un stress au cours du troisième trimestre de la grossesse, suggérant ainsi la fin de la grossesse comme une «fenêtre de vulnérabilité» (St-Hilaire et al. 2015), un statut de poids chez la mère avant la grossesse avec insuffisance pondérale, surpoids ou obésité (relation non retrouvée chez les garçons) (A. Goodman et al. 2014), l'infarctus placentaire et la pré-éclampsie (Favaro A, Tenconi E, et Santonastaso P 2006; Tenconi et al. 2014).

Il existe des preuves suggérant l'importance potentielle des infections maternelles comme l'exposition à la varicelle ou à la rubéole au cours du sixième mois de grossesse (A. Favaro et al. 2011) mais les répliques font défaut.

Le tabagisme de la mère (Dasha E. Nicholls et Viner 2009; A. Goodman et al. 2014), la prise de poids excessive de la mère pendant la grossesse (A. Goodman et al. 2014) et l'infection urinaire (Tenconi et al. 2014) n'ont pas été retrouvés comme des facteurs de risque d'AM.

Les résultats sont plus contradictoires en ce qui concerne l'effet des hormones sexuelles prénatales, notamment la testostérone (Raevuori, Linna, et Keski-Rahkonen 2014), l'anémie et le diabète (Favaro A, Tenconi E, et Santonastaso P 2006; Dasha E. Nicholls et Viner 2009; Tenconi et al. 2014) .

◆ *Facteurs de risque au cours de l'accouchement*

Aucun facteur de risque n'a été clairement identifié au cours de l'accouchement.

L'inertie utérine et la disproportion céphalo-pelvienne n'ont pas été retrouvées comme des facteurs de risque d'AM (Tenconi et al. 2014).

L'accouchement par le siège (Lindberg et Hjern 2003; Tenconi et al. 2014), la rupture prématurée des membranes (A. Goodman et al. 2014), la césarienne (A. Goodman et al. 2014; Tenconi et al. 2014) et la méthode de délivrance par forceps ou à vide (Lindberg et Hjern 2003; Krug et al. 2013; A. Goodman et al. 2014; Tenconi et al. 2014) ont montré des résultats contradictoires.

◆ *Facteurs de risque au cours du post-partum immédiat*

Au cours du post-partum immédiat, les facteurs de risque d'AM identifiés dans la littérature sont : la détresse respiratoire, les tremblements, l'hypothermie (Tenconi et al. 2014), les problèmes cardiaques, l'hyporéactivité (Favaro A, Tenconi E, et Santonastaso P 2006; Tenconi et al. 2014), d'autres traumatismes de la naissance impliquant la tête, le cou ou le système nerveux central (non définis par les auteurs), les naissances multiples (jumeaux ou triplés) (A. Goodman et al. 2014) et la prématurité avec une relation dose-réponse (37-38 vs 39-41 semaines) (Krug et al. 2013; A. Goodman et al. 2014).

Par contre, aucune association n'a été retrouvée entre la cyanose, la présence de méconium dans le liquide amniotique, la nécessité de réanimation, l'hypotonie (Tenconi et al. 2014), la nécessité d'oxygène à la naissance ou d'intubation (Dasha E. Nicholls et Viner 2009; Tenconi et al. 2014), le score d'Apgar (A. Goodman et al. 2014), le poids de naissance (Dasha E. Nicholls et Viner 2009; Krug et al. 2013; Tenconi et al. 2014), une taille inférieure à l'âge gestationnel (A. Goodman et al. 2014; Tenconi et al. 2014) et le risque d'AM.

Les résultats sont plus contradictoires en ce qui concerne le céphalématome (Lindberg et Hjern 2003; Krug et al. 2013; A. Goodman et al. 2014; Tenconi et al. 2014), le cordon ombilical noué ou enroulé étroitement autour du cou (Favaro A, Tenconi E, et Santonastaso P

2006; Tenconi et al. 2014) et la saison de naissance (Winje, Willoughby, et Lask 2008; Winje et al. 2013).

◆ *Facteurs de risque combinés*

Une association entre un nombre plus élevé de complications obstétricales et l'AM a été retrouvée dans plusieurs publications avec une relation dose-réponse (Favaro A, Tenconi E, et Santonastaso P 2006; Tenconi et al. 2014) ainsi qu'un nombre plus élevé de complications obstétricales dans le sous type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (AM-B) (Tenconi et al. 2014).

4) Infectieux

Il n'existe qu'un petit nombre de cas dans la littérature suggérant le déclenchement de l'AM par les infections. Le concept de troubles neuropsychiatriques pédiatriques auto-immuns associés à une infection à streptocoque (PANDAS : *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections*) a été plus largement étudié pour le TOC, les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette mais reste hypothétique pour l'AM (Sokol 2000; Puxley et al. 2008).

L'exposition in utéro à des infections virales a également été suggérée comme un facteur de risque pour l'AM mais les répliquons font défaut (A. Favaro et al. 2011).

B- Facteurs psychologiques

Le risque attribuable aux facteurs de risque psycho-sociaux est de 7,6% (Lindberg et Hjerm 2003).

1) Individuels

Les préoccupations corporelles ont été retrouvées comme facteur de risque dans plusieurs études (Keel et Forney 2013).

Le perfectionnisme a été défini comme un facteur de risque spécifique de l'AM (Pike et al. 2008; Machado et al. 2014). Ces résultats ont été retrouvés quel que soit le sous-type étudié (Halimi, Bellace, et Berthod 2012). Il a été défini comme une caractéristique personnelle pouvant influencer la susceptibilité aux facteurs de risque tels que l'idéalisation de la minceur et les préoccupations corporelles par Keel et coll. (Keel et Forney 2013). Il a également été défini comme un facteur prédictif pour le sous-type restrictif (Hilbert et al. 2014).

Une haute estime de soi à l'âge de 10 ans a été retrouvée comme un facteur protecteur de développer une AM (Dasha E. Nicholls et Viner 2009).

Les difficultés alimentaires précoces ont été également retrouvées dans plusieurs études avec des problèmes d'alimentation fréquents après la naissance (Tenconi et al. 2014), dans les 6 premiers mois de vie (Dasha E. Nicholls et Viner 2009) et dans la petite enfance (Kotler et al. 2001).

L'orientation sexuelle a été étudiée dans l'étude de Feldman et coll. (Feldman et Meyer 2007), dans la ville de New York, sur un échantillon de petite taille issu de la population générale, avec donc une faible prévalence de TCA. Ils n'ont pas retrouvé de différences significatives entre le groupe hétérosexuel (n= 136) et le groupe bisexuel ou homosexuel (n = 388) pour l'AM. Contrairement à la boulimie nerveuse (BN) dont la prévalence vie entière est plus importante chez les hommes homosexuels ou bisexuels comparé aux hétérosexuels.

2) Familiaux

- *Résultats significatifs : facteur de risque*

Un nombre plus élevé de frères et sœurs a été retrouvé comme un facteur protecteur d'AM. L'association avec les frères et sœurs a été particulièrement forte si les frères et sœurs étaient plus âgés (suggérant un effet protecteur supplémentaire de l'ordre de naissance), alors que l'association avec des demi-frères et sœurs a été observée indépendamment de l'âge (A. Goodman et al. 2014).

En ce qui concerne les antécédents familiaux d'AM, les résultats sont similaires en fonction des études. L'histoire familiale de TCA chez le père et la mère a été retrouvée comme un facteur de risque spécifique de l'AM pour l'enfant (Machado et al. 2014; Hilbert et al. 2014) et a été étudiée uniquement chez la mère dans l'étude de Goodman et coll. (A. Goodman et al. 2014).

La discorde familiale a été retrouvée dans plusieurs études, soit comme un facteur de psychopathologie générale (Machado et al. 2014), soit comme un facteur de risque spécifique (Pike et al. 2008; Hilbert et al. 2014).

Les exigences parentales élevées ont également été retrouvées comme facteur de risque (Pike et al. 2008; Hilbert et al. 2014).

Dans un article récent, Bould et coll. (Bould et al. 2015) ont étudié si les différentes maladies psychiatriques parentales sont des facteurs de risque de TCA chez leurs enfants. Ils ont utilisé les données d'un registre d'une étude de cohorte de 158 679 enfants âgés de 12-24 ans, résidants dans le comté de Stockholm entre 2001 et 2007. Les auteurs n'ont pu analyser que les données concernant les filles, les garçons atteints de TCA étant en nombre très insuffisant. Ils ont ainsi retrouvé que la maladie psychiatrique chez les parents était un facteur de risque. En prenant les maladies séparément, ils ont retrouvé le trouble bipolaire, le TGP et l'anxiété / dépression. Les autres troubles n'ont pas été significatifs.

- *Résultats NON significatifs*

L'âge du père et de la mère n'ont pas été associés de façon significative à l'AM (A. Goodman et al. 2014).

- *Résultats contradictoires*

La qualité du rôle parental, à la fois dans son ensemble et à la fois spécifique au père ou à la mère ont été des facteurs de risque de TCA (Hilbert et al. 2014). Les résultats n'ont pas été retrouvés dans l'étude de Machado de plus petite envergure (Machado et al. 2014). Les mères sont parfois décrites comme peu chaleureuses, rigides, ayant des difficultés à percevoir les besoins propres de leur enfant et les pères comme effacés, permissifs, intervenant peu dans les décisions familiales. Ils sont plutôt chaleureux avec leurs enfants ; certains auteurs parlent même de pères « maternisés » (Chaulet et al. 2015).

3) Attachement et traumatisme

Le style d'attachement insécurité anxieux semble être fréquemment retrouvé chez les adultes présentant un TCA (Illing et al. 2010), mais cette partie sera abordée plus en détails dans la partie attachement, lien parental et anorexie mentale (p 57).

La séparation de la mère et des difficultés psychologiques chez la mère pendant les 5 premières années de vie ont été associées avec le développement d'une AM plus tard (Dasha E. Nicholls et Viner 2009).

Les abus physiques et sexuels ont également été retrouvés comme un facteur de risque de TCA et d'AM-B (Hilbert et al. 2014).

Une récente méta-analyse d'environ 3 millions de patients psychiatriques, a retrouvé une association significative entre l'abus sexuel dans l'enfance et le diagnostic de TCA au cours de la vie (Chen et al. 2010).

C- Facteurs socio-culturels

L'exposition à l'idéal de beauté de l'Ouest, qui est associé, de nos jours, à la minceur, a été mise en évidence comme facteur de risque pour le développement de l'AM dans la publication de Smink et coll. (Smink, van Hoeken, et Hoek 2012), corroboré par la publication de Keel et coll. (Keel et Forney 2013).

Dans une autre étude, c'est le niveau d'intériorisation du message sociétal qui a été mis en évidence, c'est-à-dire le degré auquel les jeunes filles adhèrent aux valeurs de minceur. Plus le niveau d'intériorisation du message sociétal valorisant la minceur augmente, plus les jeunes filles sont insatisfaites de leur corps (Simon 2007). Les auteurs prennent d'ailleurs pour exemple, l'impact des médias avec l'étude réalisée aux îles Fidji en 1995 au moment de l'apparition de la télévision. À cette date, on parlait peu de régimes aux îles Fidji et les habitants manifestaient une préférence pour les corps aux formes généreuses. Trois ans après l'arrivée de la télévision, 11 % des jeunes filles disaient avoir vomé pour contrôler leur poids (contre 0% avant 1995) ; 29 % (contre 13 % en 1995) présentaient des risques de développer des troubles alimentaires et 74 % se trouvaient trop grosses (Becker et al. 2002).

De plus récentes et amples recherches ont été réalisées sur l'influence des médias directs et indirects sur le développement des TCA. Les auteurs ont constaté que l'exposition aux réseaux sociaux (médias indirects) a été associée à une augmentation de ces troubles chez les adolescentes dans les îles Fidji (Becker et al. 2011).

De plus, les sites internet pro-TCA deviennent une préoccupation de santé publique. Rodgers et coll. (Rodgers et al. 2016) ont étudié l'influence des sites pro-TCA sur l'image du corps et les troubles alimentaires dans une méta-analyse. Ils ont retrouvé une association significative

de la fréquentation de ces sites avec une mauvaise image corporelle, les régimes et les émotions négatives mais pas sur les symptômes boulimiques.

Les plaisanteries sur l'apparence physique ont été mises en évidence dans la publication de Simon et coll. (Simon 2007). Dans l'étude de Machado et coll. (Machado et al. 2014), elles ont été retrouvées comme un facteur de risque de psychopathologie générale et non comme un facteur de risque spécifique de l'AM.

Sur le plan de la stigmatisation, d'après la revue de la littérature de Puhl et coll. (Puhl et Suh 2015), les résultats sont contradictoires avec un rejet social pour certains et pour d'autres une réponse pro-sociale voire même une admiration. Les parents ont été la source la plus fréquente de critiques au sujet de leur AM.

Sur le plan socio-économique, les niveaux d'enseignement supérieur de la mère et du père ont montré une association significative avec l'AM dans l'étude réalisée en Suisse sur une cohorte de 2 millions d'enfants nés entre 1975 et 1998, contrairement au niveau de revenus (A. Goodman et al. 2014).

Pour conclure, ces facteurs sont regroupés selon des modèles dont le plus consensuel, à l'heure actuelle, est le modèle multidimensionnel « bio-psycho-social » en fonction de leur survenue au cours du développement (figure N° 1). Les TCA, selon ce modèle, se déclareraient chez des sujets prédisposés, à la faveur de facteurs déclenchants et seraient maintenus par des facteurs pérennisants, réalisant ainsi un véritable cercle vicieux (Guelfi et Rouillon 2012).

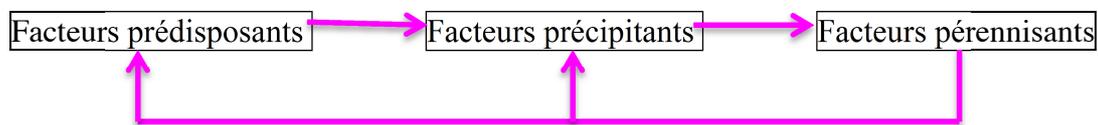


Figure N° 1 : Schématisation du modèle « bio-psycho-social ».

V- Évolution

En ce qui concerne l'évolution de cette maladie, la revue de la littérature de Steinhausen et coll. reste à ce jour la plus complète. Elle a regroupé les résultats de 119 études de suivi, rassemblant 5 590 sujets adultes et/ou adolescents soignés en ambulatoire ou en hospitalisation et suivis sur une durée minimale de quatre ans. Cette étude a ainsi retrouvé des taux moyens de guérison complète (restauration d'un poids normal et de cycles menstruels réguliers) de 46,9%, de guérison partielle de 33,5%, de chronicité de 20,8 % et de mortalité de 5%. Elle a également montré, avec l'augmentation de la durée de suivi, une nette tendance à la guérison des patientes, une diminution des formes chroniques mais une augmentation de la mortalité (Steinhausen 2002).

Dans une publication plus récente, les auteurs ont retrouvé, en moyenne, un taux de guérison de 47%, une amélioration sans rémission symptomatique complète de 34%, un passage à la chronicité de 21% et 5% de décès (Roux, Chapelon, et Godart 2013).

En ce qui concerne le taux de rechute au cours de la première année après une hospitalisation, il est de 30% à 50% (Léonard 2015).

En ce qui concerne les adolescents, le pronostic est meilleur avec 50 à 70 % de guérison, 20 % de symptômes résiduels et 20 % de chronicisation (Steinhausen 2002).

A- Taux de mortalité

La mortalité, ou taux de mortalité, est le rapport entre le nombre annuel de décès et la population totale moyenne sur cette année d'un territoire donné.

L'AM est une pathologie grave et mortelle avec le plus haut taux de mortalité parmi tous les troubles mentaux (Harris et Barraclough 1998).

Le taux de mortalité varie peu, entre 0,5% (Sullivan 1995) et 0,51% par an (Arcelus et al. 2011).

Dans une étude suédoise, incluant 6009 patientes atteintes d'AM, suivies sur 30 ans, les auteurs ont pu observer une mortalité maximale l'année qui suivait la sortie d'hospitalisation (Papadopoulos et al. 2009).

Dans une autre publication, comparant les différences entre les genres, les auteurs retrouvaient que les hommes mouraient plus tôt après la sortie d'hospitalisation que les femmes (Gueguen, Godart, et Chambry 2012).

En ce qui concerne les principales causes de décès, il est retrouvé dans la littérature, les complications somatiques de l'AM (Sullivan 1995; Papadopoulos et al. 2009), le suicide (Sullivan 1995; Papadopoulos et al. 2009; Arcelus et al. 2011) et le cancer (taux de décès supérieur à celui de la population générale) (Papadopoulos et al. 2009).

Les facteurs prédictifs de mortalité cités dans la littérature sont : un âge avancé lors de la première admission (Papadopoulos et al. 2009; Arcelus et al. 2011; Franko et al. 2013), une durée plus courte du premier séjour à l'hôpital (Papadopoulos et al. 2009; Arcelus et al. 2011), un nombre répété d'hospitalisation (Papadopoulos et al. 2009; Franko et al. 2013), un âge plus avancé (Arcelus et al. 2011), la durée du TCA, des antécédents de TS, l'utilisation de diurétiques, un désir de faible poids à l'admission, la comorbidité psychiatrique (Franko et al. 2013) ou le nombre répété d'hospitalisation pour d'autres troubles psychiatriques (Papadopoulos et al. 2009).

De façon plus spécifique chez l'homme, il était retrouvé un âge plus élevé (≥ 27 ans), un IMC inférieur à 15 à l'admission, et un sous-type restrictif d'AM (AM-R) (Gueguen, Godart, et Chambry 2012).

B- Facteurs pronostiques

Dans le cadre de l'AM, quelques facteurs émergent comme des potentiels facteurs de mauvais pronostic (Keel et Brown 2010):

- une longue évolution de la maladie avant l'accès aux soins.
- une longue durée de traitement ou la nécessité de recourir à une hospitalisation.

Ces facteurs sont également retrouvés dans la revue de la littérature de Steinhausen en y ajoutant : les vomissements, la BN, l'abus de purgatif, le développement prémorbide et les anomalies cliniques (incluant les troubles de l'alimentation pendant l'enfance).

Par contre, une bonne relation parent-enfant a été identifiée comme un facteur protecteur (Steinhausen 2002).

Dans la publication de Katzman et coll. (Katzman 2005), les auteurs se sont intéressés plus spécifiquement à l'adolescence. Les facteurs de mauvais pronostic retrouvés ont été: le retard à la prise en charge, mais aussi, les relations familiales difficiles, un IMC inférieur à 13 en début de prise en charge, l'association à un trouble de la personnalité ou à une dépression, un nombre et une durée élevés d'hospitalisations.

VI- Prise en charge

Il ne sera pas développé la prise en charge de l'AM mais il va en être exposé les grandes lignes.

Les objectifs de la prise en charge sont triples : traiter le TCA, prendre soin du patient et de sa personnalité et, enfin, prendre en charge les dysfonctionnements familiaux.

L'établissement d'une alliance thérapeutique fait partie intégrante de la réussite.

Le traitement doit être mis en place le plus précocement possible.

La proposition de soins doit être graduée et adaptée à chaque cas et à chaque étape de l'évolution.

La prise en charge peut être ambulatoire ou hospitalière mais doit, dans tous les cas, être pluridisciplinaire.

La décision d'hospitalisation dépend des degrés d'urgence somatique et/ou psychiatrique, ou de l'échec de la prise en charge ambulatoire.

Toutes ces modalités de prise en charge ont été discutées en 2010 lors de la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (HAS) (Haute Autorité de Santé 2010) et sont synthétisées dans le document « AM : prise en charge » (Haute Autorité de Santé 2010).

ANOREXIE MENTALE

Dans ce chapitre, il a été abordé :

- Le sexe ratio est de 1: 10.
- L'incidence de l'AM varie entre 0,1 et 12 pour 100 000 personnes par an.
- La prévalence vie entière de l'AM varie de 0 à 2,2%, en fonction du genre et de l'âge.
- L'AM est un trouble psychiatrique caractérisé dont les critères sont définis dans les classifications internationales : CIM et DSM.
- La forme typique de l'AM à l'adolescence est représentée par la triade symptomatique: anorexie-amaigrissement-aménorrhée. A ce tableau clinique sont associés des comportements compensatoires, des distorsions cognitives, une faible estime de soi et un trouble des relations interpersonnelles. A présent, il n'est plus considéré l'aménorrhée comme un critère diagnostique dans le DSM 5.
- Les principales comorbidités sont le trouble anxieux (phobie sociale et TOC) et le trouble de l'humeur (EDM).
- La forme pré-pubertaire de l'AM est brutale, intense, avec des plaintes somatiques fréquentes et la faible verbalisation des préoccupations corporelles et pondérales. Le sous-type AM-R est prédominant. La comorbidité la plus fréquente est l'anxiété.
- Chez le garçon, le début des troubles est plus précoce et la forme restrictive plus rare. Les préoccupations sont centrées sur l'image du corps avec l'idéalisation des corps musclés.
- L'AM est une pathologie d'origine multifactorielle.
- Les facteurs étiopathogéniques mis en évidence sont :
 - génétiques : hérédité, sexe féminin.
 - neurobiologiques et neuropsychologiques : altérations fonctionnelles et structurales du striatum, hypo-perfusion de la région temporale et dérégulation du système de récompense.
 - prénataux et périnataux : exposition à un stress au cours du troisième trimestre de la grossesse, statut de poids chez la mère avant la grossesse, infarctus placentaire, pré-éclampsie, détresse respiratoire, tremblements, hypothermie, problèmes cardiaques, hyporéactivité, naissances multiples, prématurité et nombre plus élevé de complications obstétricales.
 - psychologiques individuels : préoccupations corporelles, perfectionnisme et difficultés alimentaires précoces.
 - familiaux : fratrie, antécédents familiaux d'AM, discorde familiale, exigences parentales élevées et maladie psychiatrique chez les parents.
 - traumatiques : séparation de la mère et abus physiques et sexuels.
 - socio-culturels : exposition à l'idéal de beauté, sites internet pro-TCA, plaisanteries et niveau d'enseignement supérieur des parents.

Ils sont regroupés selon le modèle multidimensionnel « bio-psycho-social » en fonction de leur survenue au cours du développement.

- L'AM est une pathologie grave et mortelle avec le plus haut taux de mortalité parmi tous les troubles mentaux. Les principales causes de décès sont les complications somatiques, le suicide et le cancer. Son évolution est marquée par une guérison complète proche de 50%, une guérison partielle d'environ 30%, une chronicisation aux alentours des 20% et un taux de décès de 5%.
- La prise en charge est pluridisciplinaire, globale et ciblée. Elle doit être la plus précoce possible.
- Le fonctionnement familial est en lien étroit avec l'AM, à la fois dans sa clinique, ses facteurs étiopathogéniques, ses facteurs de pronostic et sa prise en charge.

ATTACHEMENT, LIEN PARENTAL et TROUBLES PSYCHIATRIQUES

I- Attachement normal

A- Rappel historique

La théorie de l'attachement a été développée en réaction aux théories de l'époque, essentiellement psychanalytiques, de l'observation des effets perniciose de la perte sur les enfants dans un contexte d'après-guerre et de l'essor de nouvelles disciplines scientifiques comme l'éthologie. C'est dans ce contexte que le psychiatre et psychanalyste anglais, John Bowlby est devenu le fondateur de la théorie de l'attachement, en intégrant les apports de la psychanalyse et ceux de l'éthologie dans sa théorisation des liens d'attachement.

En effet, la seconde guerre mondiale amène les psychiatres et les éthologues de cette période à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. Les principaux travaux à l'origine de cette théorie sont ceux du médecin et psychanalyste viennois Spitz (1947), et des éthologues Harlow (Harlow 1958) et Lorenz (Lorenz K. 1935). Les études de Spitz (Spitz 1945; Spitz 1946; Spitz 1947), connues sous le nom d'« hospitalisme », démontrent l'impact de la relation mère-enfant sur leur séparation. Il y parle pour la première fois de symptômes dépressifs du nourrisson et montre que plus la relation mère-enfant a été chaleureuse et aimante, plus la rupture sera dramatique. Celles de Harlow (1958), réalisées sur des singes macaques, séparés de leur mère, vont révéler que la recherche de contacts (et donc du réconfort que ceux-ci impliquent) est plus importante que la recherche de nourriture. Enfin, celles de Lorenz (Lorenz K. 1935), connues sous le nom de « phénomène de l'empreinte », confirment la fonction adaptative du lien d'attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou son substitut.

Dans les années 1960, Ainsworth, psychologue américaine, se demande si la séparation est traumatique en elle-même ou si elle dépend de la qualité relationnelle antérieure. C'est elle qui va opérationnaliser le concept théorique d'attachement par l'intermédiaire de la Situation Étrange (*Strange Situation*) à partir de ses observations en milieu naturel (M. Ainsworth 1978).

La Situation Étrange, est devenue l'outil de référence pour évaluer la qualité d'attachement d'un enfant. Elle a été mise au point originellement pour des enfants âgés de 12 mois. Elle peut être réalisée en moins de 25 minutes. Elle consiste en une série de séparations et réunions (8 séquences) entre le parent et l'enfant qui crée une tension graduelle chez l'enfant afin d'activer le système d'attachement et d'observer les comportements vis à vis du *caregiver* (d'attachement et d'exploration) en situation de détresse avec un intérêt particulier pour les retrouvailles. Elle permet ainsi de différencier les styles d'attachement développés dans la partie suivante (p 39).

B- Théorie de l'attachement

1) Concepts généraux

Nous allons décrire quelques uns des principaux concepts fondateurs de la théorie de l'attachement élaborée par Bowlby.

Nous emploierons le terme de *caregiver* (celui qui prend soin) plutôt que celui de parent pour insister sur l'importance des interactions avec ceux qui élèvent l'enfant, qu'ils soient ou non les parents biologiques.

◆ Comportements d'attachement

Comme le définissent si bien Atger et Guedeney (Atger et Guedeney 2006): « Les comportements d'attachement se réfèrent à ce qui est observable. Ils sont définis comme toute forme de comportements dont le résultat est d'obtenir ou de regagner la proximité avec une figure différenciée, pour laquelle il existe une préférence ».

Deux classes de comportements favorisent la proximité du *caregiver* : le comportement de signal, qui amène le *caregiver* à l'enfant, et le comportement d'approche, qui amène l'enfant au *caregiver* » (Atger et Guedeney 2006).

Il existe plusieurs types de comportements d'attachement (Titeca 2014). Dans la première enfance, on retrouve :

- des comportements aversifs (crier, pleurer) qui amènent les *caregivers* aux enfants afin de faire cesser ces comportements.
- la succion et les comportements de signalisation (vocalisations et sourires) qui amènent les *caregivers* vers l'enfant pour une interaction positive.
- les comportements actifs (approcher, suivre, s'accrocher) qui amènent les enfants aux *caregivers*.

Ces comportements évoluent avec le développement.

◆ Figure d'attachement

Le comportement d'attachement est orienté vers une figure particulière : c'est la notion de figure d'attachement.

Les travaux pionniers de Bowlby (Bowlby 1969) évoquent sans détour la « monotropie » de l'attachement, c'est à dire la tendance innée à s'attacher plus spécialement à une figure, notamment la mère, sans nier que le comportement d'attachement peut être dirigé vers d'autres personnes. Ainsworth et coll. (M. Ainsworth 1978) introduisent l'idée d'une hiérarchisation des figures d'attachement selon l'hypothèse de la pluralité de ces figures d'attachement. Selon Mary Ainsworth, c'est la figure qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses, qui sera investie comme figure d'attachement principale (M. Ainsworth 1978).

Cette capacité à multiplier les relations d'attachement s'accroît avec l'âge. La mère occupe alors la position de figure principale et le père fait partie des figures secondaires.

Il faudra attendre l'étude de Main et Weston (MaryWeston Main Donna R. 1981) pour avoir la preuve expérimentale de l'hétérogénéité des styles d'attachement envers la mère et le père.

◆ *Relation d'attachement*

La relation d'attachement se construit progressivement à partir d'un schème génétiquement programmé modelé par l'environnement social.

Selon Ainsworth (M. S. Ainsworth 1989), la relation d'attachement présente quatre caractéristiques :

- la recherche de proximité.
- la notion de base de sécurité permettant une exploration plus libre en présence de la figure d'attachement.
- la notion de comportement de refuge représentée par un retour vers la figure d'attachement quand une menace est perçue.
- des réactions marquées vis-à-vis de la séparation.

Des études sur le modèle d'attachement ont été réalisées à travers le monde, montrant l'aspect transculturel de la relation d'attachement et ainsi son universalité.

◆ *Systèmes motivationnels*

Bowlby a compris les besoins pour l'attachement comme découlant d'un système basé sur l'évolution, qui a servi à organiser les réponses vers un objectif de maintien de la proximité du *caregiver* (Bowlby 1969). Ce système, inné, essentiel à la survie de l'espèce est un système motivationnel avec un objectif à atteindre. Il en est décrit 5 : le système d'attachement proprement dit, le système exploratoire, le système affiliatif ou le système de sociabilité, le système de vigilance alarme et le système de *caregiving* (versant parental de l'attachement).

• *Système d'attachement*

Le but assigné du système d'attachement est de maintenir la proximité, l'accessibilité et la disponibilité de la figure d'attachement dans le but de garder le contrôle de son développement propre tout en gardant le contrôle de son environnement. Tout ceci, du fait de son immaturité physiologique, dans un contexte de dépendance à son environnement (Titeca 2014).

En fonction de l'âge, des compétences motrices et des capacités de représentation, la distance optimale sera recherchée avec la figure d'attachement.

L'objectif dans ce domaine est double avec un objectif externe de proximité spatiale et physique et un objectif interne, secondaire, de sentiment de sécurité (Guedeney et Guedeney 2010).

L'enfant s'attache aux parents que ces derniers remplissent ou non leurs rôles parentaux, on parle du concept de motivation inhérente. Ce concept est défini par N. Guedeney comme « un objectif prédéfini et commun à tous les membres de l'espèce » (Guedeney et Guedeney 2010).

• *Système d'exploration*

Les liens entre le système d'attachement et le système d'exploration sont particulièrement étroits.

La fonction du comportement exploratoire est d'extraire l'information de l'environnement.

Selon Ainsworth (M. D. S. Ainsworth et Bell 1970), l'équilibre dynamique entre ces deux systèmes comportementaux est encore plus déterminant, en termes de survie, que chacun d'entre eux pris isolément. Le concept de « base sûre » initialement formulé par Ainsworth

rend compte de cet équilibre. L'enfant utilise sa figure d'attachement comme « base sûre » à partir de laquelle il peut se lancer dans l'exploration de son environnement et revenir vers elle de temps en temps ou en cas de stress.

Bowlby considérait que, grâce au développement cognitif et émotionnel de l'enfant, c'est la confiance de l'enfant dans la disponibilité de la figure d'attachement plus que sa proximité physique qui permet l'exploration, et que cela restait ensuite valable tout au long de la vie.

L'association entre la disponibilité de la figure d'attachement et l'exploration a été confirmée depuis, par des travaux expérimentaux (Grossmann 1999 cité par (Atger et Guedeney 2006)).

- *Système de soins parentaux : le caregiving*

Du point de vue de la théorie de l'attachement, on ne parle pas d'attachement du parent à l'enfant puisque par définition s'attacher veut dire, de manière très spécifique, chercher la protection de quelqu'un en cas de détresse ou d'alarme: l'attachement comme nous l'avons vu va du nourrisson à l'adulte. Par contre le lien qui survient entre un nourrisson et son *caregiver* est composé de deux dimensions.

Le *bonding* s'installe sur une période relativement brève (quelques heures à une semaine en général), après la naissance: ce sont les sentiments chaleureux et proches vécus par le parent dès les premières heures ou jours de la vie du nourrisson. Le *bonding* a une base biologique forte et facilite le déclenchement du *caregiving*.

Le système motivationnel du *caregiving* est l'ensemble des comportements au sens large (incluant les soins physiques et affectifs) organisés par un système de représentations qui permet au *caregiver* de répondre aux besoins d'attachement du nourrisson.

Le système de *caregiving* est déclenché par tous les stimuli qui signalent la vulnérabilité d'un être vivant. Ce système ne commence à s'exprimer qu'à partir de la fin de la petite enfance. C'est un système d'alerte aux besoins des autres. Les comportements du *caregiving* ont tous comme particularité fonctionnelle de protéger l'enfant.

La tâche de *caregiving* pour favoriser le développement d'un attachement de qualité sécurisée est complexe: elle associe une sensibilité aux besoins d'attachement et d'exploration qui se définit par le concept de *responsiveness*. Concept traduit par Guedeney et coll. comme : « la capacité du parent à percevoir et à interpréter les expressions verbales et non verbales de l'enfant de manière correcte et d'y répondre rapidement et adéquatement » (Guedeney 2008).

Les réponses doivent être prévisibles et cohérentes et surtout, suivies de correction ou de réparation si elles n'ont pas été immédiatement adéquates, ce qui arrive normalement au moins la moitié du temps dans des marges d'erreur raisonnables.

Résumé réalisé à partir de la publication de Guedeney et coll. (Guedeney 2008).

- ◆ *Représentations d'attachement : les Modèles Internes Opérants*

Pour rendre compte de la persistance d'un système d'attachement chez un individu donné, Bowlby a recours au concept de Modèles Internes Opérants (MIO), représentation mentale, consciente et inconsciente, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde (Bowlby 1969). Ce sont des modèles mentaux construits au cours des premières années, à partir de la généralisation des expériences réelles du sujet avec ses figures d'attachement, qui vont persister même lorsque les circonstances seront modifiées (Atger et Guedeney 2006). Ces modèles internes de travail prévoient des règles qui guident le comportement, organisent l'attention, et permettent ou limitent l'accès à la mémoire.

Ainsi vont se constituer tout au long du développement des modèles de représentation de soi et des autres résultant de l'intériorisation des relations précoces (Bretherton 1999 cité par (Atger et Guedeney 2006)).

Ces modèles sont véritablement opérationnels sous une forme mentalisée aux alentours de la troisième année de vie. Il existe un modèle pour chaque figure d'attachement.

2) Ontogenèse du lien d'attachement

Les sentiments affiliatifs des parents pour leurs enfants commencent souvent avant la naissance. Des études ont indiqué que les parents sont enclins à décrire un sentiment de connaissance du bébé et affirmer qu'ils ont une relation avec le nourrisson même avant que le nourrisson ne soit né (C. H. Zeanah et al. 1985; Benoit, Parker, et Zeanah 1997). La naissance de l'enfant intensifie généralement les sentiments d'affection, et les attributs physiques du nouveau-né, sont connus pour attirer l'attention, l'intérêt, et même l'affection des adultes (Stern 1977).

Bien que la plupart des parents déclarent se sentir attachés à la naissance ou même avant, les nourrissons ne naissent pas attachés à leurs *caregivers*.

Bien que ces différentes lignes de l'ontogenèse soient continues, Bowlby (Bowlby 1969) décrit schématiquement quatre phases de développement pendant l'enfance, dont les trois premières ont lieu au cours de la première année de la vie et la quatrième commence autour du troisième anniversaire. L'adolescence est ensuite l'occasion de remaniements importants des liens d'attachement, qui se stabilisent à l'âge adulte.

Les systèmes d'attachement construits pendant la petite enfance sont stables et permanents en dehors de la survenue d'événements particuliers susceptibles de les remanier (Waters 1978; Waters et al. 2000; Pinquart, Feußner, et Ahnert 2013).

◆ *Première phase : orientation et signaux sans discrimination de figure*

Elle va de la naissance à 3 mois. Les comportements ne sont pas dirigés vers une figure en particulier. Au cours de cette phase comme de la suivante, c'est principalement l'entourage qui assure la proximité.

◆ *Deuxième phase : orientation et signaux vers une figure discriminée*

Elle va de 3 à 6 mois environ. Les comportements élémentaires d'attachement commencent à s'organiser entre eux et l'enfant développe une préférence pour une figure particulière.

Toutefois, ce comportement ne peut réellement s'organiser en système, par rapport à une figure discriminée, que lorsque l'enfant a la capacité cognitive de conserver sa mère à l'esprit lorsqu'elle est absente, capacité qui se développe au cours du second semestre de la vie.

Au cours de cette phase, l'enfant prend de plus en plus souvent l'initiative du comportement d'attachement et des interactions sociales au sens large. Des comportements d'engagement social apparaissent, avec le sourire réponse et le roucoulement (*cooing*) et un contact visuel plus soutenu entre l'enfant en bas âge et le *caregiver* adulte.

◆ *Troisième phase : maintien de la proximité avec une figure discriminée au moyen de la locomotion aussi bien que des signaux*

Elle commence vers 6 mois (entre 6 et 9 mois) et se prolonge jusqu'au début de la troisième année.

Tandis que la discrimination est de plus en plus marquée, c'est surtout l'élargissement et la sophistication du répertoire de réponses qui caractérise cette période. L'enfant a un rôle plus actif dans le maintien de la proximité. Le changement le plus important est l'acquisition de la motricité qui lui permet d'avoir un contrôle beaucoup plus important de la proximité de la figure d'attachement.

C'est également l'établissement du phénomène de base de sécurité (28 semaines), développé précédemment, puis de l'utilisation de la mère comme un havre de sécurité (34 semaines). L'enfant retourne vers sa mère quand il est alarmé pour rechercher réconfort et soutien.

L'enfant ne peut encore concevoir que l'autre, au-delà de son comportement, ait des perceptions et des objectifs qui sont différents des siens.

C'est au début de cette phase, lorsque l'enfant discrimine bien la figure d'attachement, qu'apparaissent, dans le développement normal, l'angoisse de séparation d'abord, puis la peur de l'étranger ensuite. Pour Bowlby, il s'agit là de deux phénomènes distincts, bien que reliés, mais qui participent tous les deux à la consolidation du lien spécifique à une figure donnée.

C'est donc au cours de cette période que, pour la plupart des auteurs, le lien d'attachement se noue véritablement.

◆ *Quatrième phase : formation d'un partenariat corrigé quant au but*

Elle commence au plus tôt au début de la troisième année.

L'enfant apprend à élaborer des stratégies qui tiennent compte des buts assignés par son *caregiver*, et ces buts sont nombreux et contradictoires. L'enfant tente de les influencer. Le développement de ses capacités cognitives lui permet d'acquérir une compréhension des intentions de l'autre, correspondant à la théorie de l'esprit (Premack et Woodruff 1978).

Une interaction complexe se développe alors, dans laquelle les deux partenaires ont une compréhension intuitive des sentiments et des motivations de l'autre, ce que Bowlby appelle un « partenariat ». La capacité de l'enfant à intégrer les objectifs et les désirs de ses partenaires et à les modifier par son propre comportement en fonction de ses besoins va s'affiner progressivement, mais dès l'âge de 3-4 ans, elle va jouer un rôle clé dans la capacité à négocier les conflits.

En résumé, l'attachement est un processus progressif qui prend environ 9 mois pour se construire. Il faut environ 9 mois d'interactions suffisamment continues pour que l'enfant construise ce lien d'attachement spécifique avec chacune de ses figures d'attachement qui devient unique, non interchangeable et non remplaçable. À partir de 7-9 mois, le système d'attachement est opérationnel.

3) Styles d'attachement

Les travaux d'Ainsworth et coll. (M. Ainsworth 1978) et l'élaboration d'une méthode standardisée (protocole expérimental de la Situation Étrange), ont permis de catégoriser l'attachement en termes de « sécurité » ou d'« insécurité ». On distingue trois principaux patterns comportementaux chez l'enfant : l'attachement dit sûr, l'attachement anxieux-

évitant et l'attachement anxieux-résistant (ou ambivalent). Ces trois types d'attachement sont considérés comme des attachements organisés parce qu'ils sont considérés comme représentatifs des stratégies qui maximisent la disponibilité des *caregivers* (Mary Main 1990). Pendant la première décennie après la publication par Ainsworth du système de classification, les chercheurs ont utilisé ces trois catégories pour classer l'attachement des enfants. Environ une décennie plus tard, Main et Solomon introduisirent l'attachement désorganisé comme une catégorie distincte (Mary Main et Solomon 1986).

Le comportement des enfants pendant les épisodes de réunion de la situation étrange met en évidence des différences individuelles dans les modèles d'attachement.

Il est important de noter que ces classifications ne sont pas des diagnostics et devraient être considérées comme des facteurs de risque ou de protection probablement liés à des troubles cliniques.

◆ *Style d'attachement sécure*

Il représente 65% des styles d'attachements de la population générale (van IJzendoorn 1988). C'est la qualité optimale de l'attachement.

Les enfants attachés de manière sécure ont tendance à protester lors de la séparation, à accueillir leur mère lors de son retour avec plaisir ou en recherchant leur proximité et enfin à retourner jouer après avoir été réconforté. La figure d'attachement remplit son rôle de protection et l'enfant peut orienter son attention vers des activités autres que le maintien de la proximité, telles que l'exploration.

Les individus sécurisés ont une plus grande capacité d'adaptation lors des situations de stress et restent relativement imperturbables pendant les périodes de stress, récupèrent plus rapidement des épisodes de détresse, et connaissent des périodes d'affectivité positive. L'attachement sécure à 12 mois est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité (confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales). C'est un facteur de protection contre le développement d'une psychopathologie ultérieure (Guedeney 2011).

◆ *Style d'attachement insécure*

Ces styles d'attachement ne sont pas pathologiques mais certains vont de pair avec une vulnérabilité clinique, ayant une traduction biologique. Les enfants ayant un attachement insécure présentent une réaction physiologique lors des situations de séparation différente de celle des enfants dits sécures.

• *Attachement insécure évitant*

Il représente 21% des patterns d'attachements (van IJzendoorn 1988).

Dans ce style d'attachement, le système d'attachement est désactivé. L'enfant paraît peu affecté par la séparation, lors des retrouvailles, il tend à éviter le contact et la proximité avec la figure d'attachement et surtout, il surinvestit la sphère cognitive : il se focalise sur l'exploration sans se soucier de sa sécurité. S'il est dans une situation de stress, il peut accepter d'être réconforté par un étranger (Bouchet et al. 2011).

Ces enfants qui paraissent si autonomes ont tous les indicateurs de stress biologique (Guedeney 2011).

- *Attachement insécure résistant*

Il représente 14% des patterns d'attachements (van IJzendoorn 1988).

Le système d'attachement est dit hyperactivé au détriment des capacités d'exploration. L'enfant maintient la proximité avec la mère alors même que les conditions de sécurité sont remplies. L'enfant montre de la détresse lors de la séparation avec un comportement à la fois de contact et de rejet de la figure d'attachement ainsi qu'une difficulté à être réconforté (Bouchet et al. 2011). Les indicateurs de stress biologiques restent élevés même en présence de la figure d'attachement (Guedeney 2011).

◆ *Style d'attachement désorganisé*

L'attachement désorganisé a d'abord été identifié par rapport aux enfants qui étaient difficile à classer et/ou qui ont montré des comportements en dehors de ceux caractérisés dans le système d'Ainsworth. Il a été décrit pour la première fois en 1990 par Main et Hesse (Mary Main et Hesse 1990). Cela représentait environ 15% des enfants (Mary Main et Solomon 1986). L'attachement désorganisé représente une rupture dans la stratégie d'attachement, avec des enfants qui paraissent manquer de solution pour faire face à leur détresse (Mary Main et Solomon 1990). Les enfants avec un attachement désorganisé montrent des comportements anormaux ou étranges, non dirigés socialement, en cas de détresse en compagnie de leur figure d'attachement. L'enfant vit en état de « peur sans solution », dilemme motivationnel puisque la même figure d'attachement est à la fois source de sécurité et d'alarme. Les indices de stress biologique sont au maximum (Guedeney 2011) et sur le plan cognitif, ceci est relié à un déficit de l'attention conjointe et de régulation du stress (Claussen et al. 2002).

Bien que l'attachement désorganisé ait une prévalence de 14% dans les échantillons à faible risque (van IJzendoorn, Schuengel, et Bakermans-Kranenburg 1999), il s'élève aux environs de 75-80% dans les échantillons d'enfants maltraités et institutionnalisés (Vorria et al. 2003; Charles H. Zeanah et al. 2005).

Au cours du développement, l'enfant cherche à reprendre le contrôle.

A l'âge préscolaire, la désorganisation est transformée en comportements contrôlant, punitifs orientés vers la figure d'attachement, bien que dans certains échantillons d'âge préscolaire à haut risque, les comportements désorganisés restent évidents (Smyke et al. 2010).

Nous venons d'exposer les concepts princeps de l'attachement. Néanmoins, au cours de ce travail de recherche, nous nous sommes rendu-compte de la non univocité de ce concept. En effet, en fonction des outils d'évaluation utilisés et des auteurs, les termes employés sont différents. A notre initiative, nous réalisons ainsi un tableau de « correspondances » par soucis de clarté pour le lecteur (tableau N° 2).

Tableau N° 2 : Proposition de correspondance des différents concepts d'attachement.

Concepts d'attachement
SECURE / Autonome
INSECURE
- Evitant / Rejetant / Détaché
- Résistant / Ambivalent / Préoccupé
- Désorganisé / Désorienté / Non résolu / Craintif

4) Évolution de l'attachement

◆ *Adolescence*

Bien que l'attachement à un *caregiver* soit particulièrement saillant dans l'enfance et la petite enfance, l'attachement demeure important tout au long de la vie. Bowlby parlait déjà de l'importance de l'attachement « du berceau à la tombe » dans son ouvrage (Bowlby 1988). La forme que cet attachement prend, change au cours du développement, avec des enfants de plus en plus aptes à se représenter intérieurement les figures d'attachement au fil du temps (Mary Main, Hesse, et Kaplan 2005).

Avant le passage à l'âge adulte, l'adolescence est toutefois une occasion de remaniements importants avec, au centre de cette problématique, le thème de séparation-individuation.

L'adolescence est une période de transformations physiques mais également psychologiques au cours de laquelle ont lieu :

- une mise à distance des figures d'attachement primaires.
- la création de nouveaux liens d'attachement.
- l'émergence des systèmes comportementaux sexuels et de soins parentaux (*caregiving*).
- le développement des capacités à devenir soi-même une figure d'attachement.

Ces remaniements se réalisent aussi sur le plan cognitif avec l'apparition du stade piagétien dit des opérations formelles. La pensée se libère du concret, l'adolescent devient capable de raisonner de façon logique et abstraite sur des hypothèses, sans soutien du concret.

◆ *Age adulte*

À partir de la fin de l'adolescence, les liens d'attachement s'établissent dans la réciprocité. Chaque partenaire est, en effet, à la fois donneur et receveur de soutien, d'attention, de sécurité, devenant pour l'autre une figure d'attachement et en utilisant son partenaire comme une figure d'attachement pour lui-même.

Les relations interpersonnelles (amoureuses, amicales, parent-enfant) sont imprégnés par les MIO construits pendant l'enfance.

A l'âge adulte, l'évaluation de l'attachement dans l'enfance ne peut se réaliser qu'au travers de la représentation actuelle de l'adulte, de ses propres expériences d'attachement de l'enfance, encore appelée « état d'esprit quant à l'attachement » ou « représentation mentale de l'attachement ». A partir de cette conceptualisation, Mary Main et coll. ont développé un entretien semi-structuré, l'*Adult Attachment Interview (AAI)* (George C. et Kaplan N. 1996). Ces représentations mentales se manifestent dans le langage pendant le discours sur les expériences infantiles. Quatre catégories sont ainsi différenciées : autonome, détaché, préoccupé et non résolu-désorganisé. Cet outil est actuellement le plus validé chez les adolescents et les adultes.

Il est important de rappeler que l'AAI n'est pas une évaluation rétrospective de l'attachement dans l'enfance.

C- Attachement et ocytocine

Sur le plan des indicateurs biologiques, nous allons maintenant aborder le lien entre l'attachement et l'ocytocine (OT).

L'OT a été identifiée pour la première fois dans les années 1950 par un biochimiste franco-américain, Vincent Du Vigneaud (Vigneaud et al. 1953). Elle est un nonapeptide produit au

niveau para-ventriculaire et par les noyaux supra-optiques de l'hypothalamus. Ce nonapeptide est libéré dans la circulation sanguine par l'intermédiaire de l'hypophyse où il est stocké, ainsi que directement dans le système nerveux par des fibres nerveuses. Ainsi, l'OT agit à la fois comme une hormone et un neuropeptide.

Depuis les dix dernières années, les recherches dans le domaine de l'attachement sur les neuropeptides, en particulier l'ocytocine, connaissent un essor. L'OT est un médiateur clé des comportements sociaux complexes et l'OT et son récepteur sont essentiels pour le lien et l'attachement chez l'homme (Heinrichs et Domes 2008; Buchheim et al. 2009).

Des mécanismes différents peuvent expliquer les effets sociaux de l'OT.

L'OT diminue la réponse comportementale et neuro-endocrinienne au stress social (Heinrichs et Domes 2008). L'OT qui est libérée en réponse aux défis sociaux, atténue le système endocrinien et les réponses du système autonome au stress. L'OT est également libérée en réponse à des interactions sociales positives, comme le soutien social ou la proximité sociale, pouvant ainsi représenter un médiateur pour les effets protecteurs des interactions sociales au stress.

D'autre part l'OT a montré des effets anxiolytiques (Ayers et al. 2011). L'OT administrée par la voie systémique a montré une réduction de l'anxiété de fond et en particulier de l'hypervigilance.

D'autres études ont indiqué que l'OT semble être un indicateur d'appartenance sociale (Taylor et al. 2010). L'OT favorise la cognition sociale, l'interprétation des signaux sociaux et ainsi le comportement d'approche sociale et l'empathie (Heinrichs et Domes 2008).

Les styles d'attachement semblent être l'un des facteurs de modération des effets de l'OT (J. Bartz et al. 2011; Waller et al. 2015). Chez les adultes avec des styles d'attachement insécure, en particulier l'attachement préoccupé, l'OT permet d'augmenter l'expérience de sécurité de l'attachement (Buchheim et al. 2009). Chez les personnes avec un style d'attachement évitant, l'OT favorise le comportement social mais chez ceux avec un attachement anxieux, l'OT aggrave l'insécurité interpersonnelle (J. A. Bartz et al. 2015).

Le niveau d'OT prénatal est également étudié chez les femmes enceintes. Les recherches ont retrouvé un lien entre le style d'attachement, les événements de vie stressants au cours de l'année et le niveau d'ocytocine (Samuel et al. 2015). Les niveaux pré-nataux d'OT seraient inversement proportionnels à la symptomatologie dépressive chez la mère.

Des recherches sur la contribution génétique de l'OT sur l'attachement ont également été réalisées. Une méta-analyse récente a indiqué que les deux variants génétiques les plus étudiés d'OXTR (rs53576 et rs2254298) n'étaient pas associés de façon fiable aux domaines étudiés : biologique, personnalité, comportements sociaux et psychopathologique chez l'homme (Bakermans-Kranenburg et van Ijzendoorn 2014). Aucune preuve n'a été également retrouvée concernant la stabilité du développement de l'attachement sécure et les variants génétiques du récepteur de l'OT (Raby, Roisman, et Booth-LaForce 2015).

La recherche se penche actuellement sur l'hypothèse d'un lien entre l'OT et l'attachement au partenaire amoureux sur la base du lien entre l'attachement dans l'enfance et l'OT (Johnson et Young 2015; Numan et Young 2015).

D- Facteurs familiaux influençant l'attachement

Il existe un certain nombre de facteurs pouvant influencer la qualité de l'attachement et ce, dès la petite enfance.

Les variations individuelles de l'attachement sont observables dès l'âge de 12 mois.

1) Caractéristiques individuelles des parents

◆ *Comportement des parents*

Le comportement parental est considéré comme le mécanisme essentiel influençant la qualité de l'attachement.

La théorie de l'attachement suggère que les enfants développeront un attachement sécurisé si les parents sont toujours disponibles quand ils sont en détresse, et ils développeront un attachement insécurisé quand les parents montrent un autre modèle de comportements.

Dans son étude à Baltimore, Ainsworth et ses collègues ont codé le comportement maternel en 4 dimensions (fortement corrélées entre elles):

- la sensibilité.
- l'acceptation des comportements du bébé.
- la coopération et notamment avec les rythmes du bébé.
- la disponibilité physique et psychologique.

Ces dimensions prédisent fortement la classification de l'attachement chez l'enfant. En ce qui concerne les enfants sécurisés, on retrouve des mères qui ont un score élevé dans les quatre dimensions (M. Ainsworth 1978).

Dans une méta-analyse plus récente (De Wolff et van Ijzendoorn 1997), l'association entre la sensibilité maternelle et l'attachement sécurisé n'a été que modérée. Les différences dans la période d'observation, les évaluations et les interactions complexes avec le contexte possible peuvent contribuer à la variabilité des résultats.

Mc Elwain et coll. (McElwain et Booth-LaForce 2006) ont tenté d'analyser les différentes composantes de cette sensibilité. Ils ont ainsi retrouvé que la sensibilité aux signaux de détresse de l'enfant était associée à l'attachement sécurisé mais que la réactivité au signal de l'enfant dans les interactions positives (synchronie) ne l'était pas.

Les comportements effrayants influencent également l'attachement et sont associés à un attachement désorganisé (Abrams, Rifkin, et Hesse 2006; Lyons-Ruth, Bronfman, et Parsons 1999).

Le comportement parental insensible ou sans réponse a également été retrouvé comme prédicteur d'attachement insécurisé (S. H. Goodman et Gotlib 1999).

◆ *États d'esprit quant à l'attachement du parent*

La théorie de l'attachement a tout d'abord mis en évidence un lien entre les comportements parentaux de soins et les patterns d'attachement de l'enfant. Ensuite, elle a montré comment ces patterns relationnels s'intériorisaient sous la forme de représentations mentales. Enfin, elle nous montre comment ces modèles internes de relations imprègnent les comportements relationnels de l'individu tout au long de sa vie, en particulier ses comportements amoureux et, pour fermer la boucle, les comportements de soins envers ses propres enfants.

Ces travaux tendent à une généralisation du modèle original de Mary Ainsworth qui souligne notamment l'existence de liens entre la vie psychique de la mère, ses représentations et les comportements de l'enfant. Mary Main met ainsi en évidence une association significative entre les représentations d'attachement du parent telles qu'étudiées par le AAI et le pattern d'attachement de l'enfant observé à la Situation Étrange (tableau N° 3).

De nombreuses études vont confirmer cette association et surtout l'existence d'une transmission transgénérationnelle de l'attachement (Van IJzendoorn 1995; Pederson et al. 1998).

Tableau N° 3 : Correspondance entre les classifications d'attachement parental et du nourrisson.

Styles d'attachement du nourrisson	Représentations mentales de l'adulte
Sécore	Autonome
Evitant	Détaché
Résistant	Préoccupé
Désorganisé	Non résolu

De nombreux facteurs peuvent interférer avec le comportement parental et ainsi influencer les parents.

◆ *Psychopathologie*

Comme on pourrait s'y attendre, la littérature montre que les parents avec des troubles psychiatriques éprouvent des difficultés particulières à la parentalité.

La dépression maternelle a été associée avec des comportements et affects négatifs, tels que la tristesse, l'irritabilité, les comportements punitifs, intrusifs, hostiles et conflictuels, suggérant ainsi un risque accru d'attachement insécore pour l'enfant (Goodman 1999).

Les preuves liant la dépression maternelle à la qualité d'attachement de l'enfant sont variables. Dans la méta-analyse d'Atkinson et coll. (Atkinson et al. 2000), les résultats montrent une petite association significative entre la dépression maternelle et l'attachement insécore.

Dans celle d'IJzendoorn et coll. (van IJzendoorn, Schuengel, et Bakermans-Kranenburg 1999), il n'a pas été retrouvé d'association entre la dépression maternelle et l'attachement désorganisé du nourrisson.

Les mères avec un TGP limite sont plus susceptibles d'interagir de façon intrusive et d'avoir des nourrissons avec un attachement désorganisé comparé aux mères du groupe contrôle sans psychopathologie (Hobson et al. 2005).

En plus de l'association des troubles psychiatriques à des comportements parentaux de mauvaise qualité, les troubles psychiatriques sont également associés aux représentations mentales non-autonomes. Cette association sera développée plus tard, dans la partie sur l'attachement et les troubles psychiatriques (p 48).

◆ *Traumatisme*

Lorsque les parents font l'expérience d'un traumatisme non résolu ou de violence domestique, il est souvent difficile pour eux de ne pas le répercuter au travers de l'enfant. Lorsque les parents ne sont pas résolus à l'égard de la perte ou d'un traumatisme, ils sont plus à risque de

se comporter avec leurs enfants d'une manière effrayante et les enfants sont plus à risque de présenter un attachement désorganisé (Schuengel, Bakermans-Kranenburg, et Van IJzendoorn 1999).

2) Environnement

Vivre dans des conditions difficiles peut également interférer avec le comportement des parents et ainsi influencer la qualité du lien parent-enfant. Cyr et coll. (Cyr et al. 2010) ont réalisé une méta-analyse sur l'effet des conditions de l'environnement sur l'attachement des enfants. En comparaison avec des échantillons d'enfants issus de milieux à faible risque, les échantillons à haut risque présentaient des proportions plus élevées d'enfants avec un attachement insécurisé et désorganisé. En outre, les enfants qui ne sont pas maltraités mais qui ont, cinq ou plus, des indicateurs de risques sociodémographiques (par exemple : faible revenu, toxicomanie des parents, origine ethnique, famille monoparentale, mère adolescente et faible niveau d'éducation des parents) avaient des taux similaires d'attachement désorganisé aux enfants maltraités. En résumé, ces études suggèrent que des conditions environnementales défavorables peuvent contribuer à des taux plus élevés d'attachement insécurisé et désorganisé.

3) Système familial

Pinel-Jacquemin et coll. (Pinel-Jacquemin et Zaouche-Gaudron 2009) ont mis en avant, dans une revue de la littérature, que la satisfaction conjugale a prédit la qualité de l'attachement père-enfant, mais pas celle de l'attachement mère-enfant. Elle est définie comme la qualité des relations conjugales et englobe la communication et les échanges dans le couple ainsi que la représentation de bonheur et de réussite conjugale des deux partenaires.

Le conflit conjugal, perçu comme menaçant par l'enfant, a prédit des relations d'attachement parent-enfant insécurisées et désorganisées. Pour autant, le conflit conjugal peut aussi être exprimé de façon constructive, par exemple, lors de sa résolution. Il peut être modéré, avoir lieu dans un environnement familial par ailleurs chaleureux et soutenant, et, dans ces cas, les enfants peuvent tirer des enseignements profitables sur la manière de négocier le conflit et de le résoudre.

En ce qui concerne le style éducatif parental, les auteurs ont retrouvé une association positive entre le style parental autoritaire et l'attachement sécurisé tandis que le style permissif prédit l'attachement évitant.

Au sein d'une fratrie, les sujets ayant eu le sentiment d'avoir reçu la même affection de leurs parents que leurs frères et sœurs ont présenté des styles d'attachement plus sécurisés comparé aux individus ressentant une jalousie. De même pour les enfants qui se sont sentis « désavantagés » par rapport à leurs frères et sœurs.

Pour finir, les auteurs ont retrouvé des résultats contradictoires au sujet du niveau d'éducation.

4) Mode de garde

Dans une publication de plus de 1300 enfants, aucun effet n'a été trouvé entre la présence d'un mode de garde, la qualité et le temps de garde avec la sécurité de l'attachement (NICHD Early Child Care Research Network 1997). Résultats soutenus dans les évaluations des enfants à l'âge de 3 ans. Ceci est en contradiction avec plusieurs études antérieures (JayRovine Belsky Michael J. 1988; Clarke-Stewart 1989) qui avaient montré les effets du temps de garde sur la qualité de l'attachement.

5) Caractéristiques individuelles de l'enfant

Le tempérament se réfère à des différences individuelles dans la réactivité du nourrisson ou la régulation émotionnelle, attentionnelle et comportementale. Il reflète le style émotionnel d'un individu, c'est un paramètre repérable dès la naissance et il oriente l'expression émotionnelle de l'attachement. Comme Dozier et coll. (Dozier et Bernard 2015) l'ont cité dans leur publication : « En général, les études n'ont pas trouvé des preuves solides d'une association entre le tempérament du nourrisson et la sécurité de l'attachement. Bien que le tempérament du nourrisson ne détermine pas la probabilité d'avoir un attachement sécurisé ou non sécurisé, plusieurs études suggèrent que la réactivité tempéramentale peut influencer le type d'attachement insécure ». Plusieurs publications ont retrouvé que les nourrissons atteints d'un niveau élevé de réactivité émotionnelle négative peut être plus enclins au type d'attachement résistant (caractérisés par des niveaux élevés de détresse), alors que les nourrissons avec un niveau faible peuvent être plus enclins au type d'attachement évitant (caractérisés par de faibles niveaux de détresse) (Jay Belsky et Rovine 1987; Marshall et Fox 2005), résultats également retrouvés dans la revue de la littérature de Pinel-Jacquemin et coll. (Pinel-Jacquemin et Zaouche-Gaudron 2009).

II-Troubles de l'attachement

Bien que les troubles de l'attachement soient décrits dans la littérature depuis près de 75 ans et qu'ils aient été définis par des critères spécifiques dans les nosologies psychiatriques depuis plus de trente ans, ils n'ont été étudiés que récemment.

Il existe un consensus sur le fait que ces troubles sont rares, même si il n'y a pas eu d'études épidémiologiques précises de leur prévalence dans des échantillons en population générale (American Psychiatric Association 2004). Lorsque les critères diagnostiques sont appliqués, les troubles de l'attachement sont inhabituels dans les populations de soins ambulatoires et plus susceptibles d'être détectés dans les populations extrêmes, telles que, chez les jeunes enfants qui ont été victimes de privations graves.

A- Classifications et critères diagnostiques

Dans la nosographie actuelle, les troubles de l'attachement sont présentés sous deux entités distinctes : le trouble réactionnel de l'attachement (RAD : *Reactive Attachment Disorder*) et le trouble de l'engagement social désinhibé (DSED : *Disinhibited Social Engagement Disorder*). Pourtant cela n'a pas été toujours le cas. Il va vous être présenté brièvement les quelques changements dans la façon dont les troubles ont été décrits et définis au fil des ans avec un résumé dans le tableau N°4.

Les troubles de l'attachement ont d'abord été formellement définis comme un trouble dans le DSM-III, en tant que RAD de la petite enfance (American Psychiatric Association 1980). Les troubles du développement social et affectif étaient une caractéristique de la maladie et comprenaient également un retard de croissance. Inexplicablement, il y avait aussi une exigence par rapport à l'âge de survenu qui était de 8 mois, soit, l'âge avant lequel l'attachement discriminant émerge habituellement (Charles H. Zeanah 1996).

Les versions ultérieures du DSM ont remplacé cette exigence par un âge d'apparition de moins de 5 ans. Puis, dans le DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), une précision sur l'étiologie a été incluse: les signes d'un attachement perturbé de l'enfant étaient en réponse aux «soins pathogènes». Les critères de la CIM-10 (Pull 1994) sont assez conformes aux critères du DSM mais ne précisent pas les soins pathogènes. Ils mettent en garde contre l'établissement du diagnostic en l'absence d'antécédents de maltraitance. Les «soins pathogènes» dans le DSM-IV et «abus parental, la négligence ou une mauvaise manipulation grave» dans la CIM-10 ont été remplacé par «l'insuffisance des soins» dans le DSM-5, afin de souligner que la négligence sociale semble la condition nécessaire clé pour que le trouble se produise (Charles H. Zeanah et Gleason 2015).

Les critères du DSM-5 (American Psychiatric Association 2013), y compris la définition de deux troubles distincts ont été fondés principalement sur la recherche dans la dernière décennie, contrairement aux révisions précédentes.

Dans le DSM-5, les auteurs séparent le RAD en deux troubles différents. Les comportements inhibés sont toujours considérés comme des symptômes du RAD, mais les comportements désinhibés sont maintenant décrits comme des symptômes du DSED.

En dehors du fait que ces troubles découlent de conditions similaires de négligences sociales, ils diffèrent dans la plupart des autres domaines. Leurs comorbidités psychiatriques diffèrent, avec des signes dépressifs observés chez les enfants avec RAD et de l'impulsivité plus communément associés à DSED. Leurs évolutions diffèrent également, le RAD se résout

presque complètement avec l'accès à une figure d'attachement suffisante, alors que le DSED peut persister dans un contexte de prestation de soins adéquats et d'une relation d'attachement sélective. Cela suggère que ces troubles sont mieux conceptualisés comme deux troubles distincts plutôt que comme deux sous-types d'un trouble unique (Rutter, Kreppner, et Sonuga-Barke 2009; Gleason et al. 2011; American Psychiatric Association 2013).

Tableau N° 4 : Comparaison des critères diagnostiques des troubles de l'attachement selon les versions utilisées du DSM.

	DSM-IV-TR	DSM-5	
	Trouble réactionnel de l'attachement (RAD)	Trouble réactionnel de l'attachement (RAD)	Trouble de l'engagement social désinhibé (DSED)
Critères	<p>A. Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans, comme en témoignent les manifestations (1) ou (2) :</p> <p>(1) incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires (l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approche, réactions de fuite et refus de se laisser consoler, parfois il montre une « vigilance glacée »)</p> <p>(2) liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs (familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité)</p>	<p>A. Mode relationnel durable vis-à-vis des adultes qui prennent soin de l'enfant, caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel, comme en témoignent les deux éléments suivants :</p> <p>(1) L'enfant cherche rarement ou imperceptiblement le réconfort quand il est en détresse.</p> <p>(2) L'enfant répond rarement ou imperceptiblement au réconfort quand il est en détresse.</p>	<p>A. Mode relationnel avec lequel un enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus et présente aux moins deux des éléments suivants :</p> <p>(1) Réticence réduite ou absence de réticence dans l'approche ou l'interaction avec des adultes peu familiers.</p> <p>(2) Comportement verbal ou physique excessivement familier (qui n'est pas en accord avec les limites sociales culturellement admises ou avec l'âge).</p> <p>(3) Ne demande pas ou guère, l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin, même dans des lieux inconnus.</p> <p>(4) Accepte de partir avec un adulte peu familier avec un minimum d'hésitation ou sans aucune hésitation.</p>

	dans le choix des figures d'attachement)		
	B. La perturbation décrite dans le critère A n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (comme dans le retard mental) et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement.	B. Perturbation sociale et émotionnelle persistante caractérisée par au moins deux des éléments suivants : (1) Diminution de la réactivité sociale et émotionnelle à autrui. (2) Affects positifs restreints. (3) Épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes qui sont évidents même lors d'interactions non menaçantes avec les adultes qui prennent soin de l'enfant.	B. Les comportements du critère A ne se limitent pas à une impulsivité (comme dans le déficit de l'attention/hyperactivité) mais incluent un comportement socialement désinhibé.
	C. Carence de soins adaptés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants : (1) négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation ou l'affection (2) négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant (3) changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs)	C. L'enfant a vécu des formes extrêmes d' insuffisance de soins comme en témoigne au moins un des éléments suivants : (1) Négligence ou privation sociale caractérisée par une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires concernant le réconfort, la stimulation et l'affection de la part des adultes prenant soin de l'enfant. (2) Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, limitant les possibilités d'établir des attachements stables. (3) Éducation dans des conditions inhabituelles qui limitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs.	
	D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A (la perturbation décrite en A a débuté à la suite de la carence de soins décrite en C).	D. Le manque de soins décrit dans le critère C est considéré comme étant à l'origine des comportements perturbés décrits dans le critère A (les perturbations décrites dans le critère A ont débuté après le manque de soins adéquats décrit dans le critère C).	

		E. Les critères ne répondent pas à un trouble du spectre de l'autisme.	E. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.
		F. Le trouble est évident avant l'âge de 5 ans.	
		G. L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.	
Spécifier	<p>Le type :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type inhibé : si le critère A1 prédomine dans le tableau clinique - Type désinhibé : si le critère A2 prédomine dans le tableau clinique 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronicité : le trouble est présent depuis plus de 12 mois. □ - Sévérité actuelle : Le trouble réactionnel de l'attachement est spécifiée comme grave quand l'enfant présente tous les symptômes du trouble, chaque symptôme s'exprimant à des niveaux relativement élevés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronicité : le trouble est présent depuis plus de 12 mois. □ - Sévérité actuelle : La désinhibition du contact social est spécifiée comme grave quand l'enfant présente tous les symptômes du trouble, chaque symptôme s'exprimant à des niveaux relativement élevés.

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual*

Différences entre les versions du DSM

B- Trouble réactionnel de l'attachement

Dans le DSM-5 (American Psychiatric Association 2013), les critères de RAD se concentrent plus particulièrement sur les comportements d'attachement absents ou aberrants dans tous les milieux, plutôt que sur les comportements sociaux plus généralement décrits dans les nosologies antérieures. Les principales caractéristiques de RAD incluent le manque de réponses sociales et émotionnelles, une absence ou quasi-absence de comportements d'attachement, même dans les moments de stress, et de graves problèmes de régulation des émotions. En outre, le RAD comprend un manque de réactions émotionnelles positives et des accès de peur ou d'irritabilité qui sont apparemment sans provocation, ou tout du moins exagérés par rapport à la situation. Les interactions sociales et émotionnelles réciproques sont absentes ou au moins sérieusement freinées. Des retards cognitifs et du langage, mais non essentiels, sont souvent associés au RAD car les conditions de négligences soupçonnées de conduire à ce trouble de l'attachement sont également associées à des retards du développement.

Ces signes ont été décrits chez les jeunes enfants avec une histoire de mauvais traitements graves (Charles H. Zeanah et al. 2004) et ceux qui sont élevés dans des institutions (Smyke, Dumitrescu, et Zeanah 2002; Charles H. Zeanah et al. 2005). Fait intéressant, ils ont été beaucoup moins notés chez les enfants adoptés en dehors des institutions (Chisholm 1998; Kumsta et al. 2010).

Le DSM-5 exige également que l'enfant ait un âge cognitif d'au moins 9 mois pour veiller à ce qu'un trouble de l'attachement ne soit pas diagnostiqué chez les enfants n'étant pas capable sur le plan développemental d'avoir un attachement ciblé (Charles H. Zeanah et Gleason 2015; American Psychiatric Association 2013).

C- Trouble de l'engagement social désinhibé

Le DSED dans le DSM-5, se concentre davantage sur le comportement social aberrant. L'enfant manifeste une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement.

Les caractéristiques comportementales essentielles de ce trouble chez les jeunes enfants comprennent un manque de sélectivité prévisible à solliciter la recherche de réconfort, de bienveillance (recherche de réconfort avec les étrangers), un manque de méfiance envers les étrangers, un manque de réticence sociale avec les adultes (familiarité inappropriée, violation des limites verbales et sociales) et peuvent même chercher le contact physique étroit (O'Connor et Zeanah 2003).

III- **Attachement et pathologies psychiatriques**

La littérature dont on dispose actuellement, indique qu'il pourrait exister des liens entre la nature des troubles psychiatriques de l'adolescent ou l'adulte et le type d'attachement. Voici un bref résumé des publications les plus récentes ou pertinentes sur l'attachement et les principales pathologies psychiatriques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

A- Enfant, adolescent

1) Comportements internalisés

Deux récentes méta-analyses ont révélé l'attachement insécuré et notamment l'attachement évitant comme un facteur prédictif de comportements internalisés.

Dans la méta-analyse de Groh et coll. (Groh et al. 2012), les auteurs ont rapporté un faible effet standardisé entre l'attachement insécuré et les comportements internalisés.

Dans la méta-analyse de Madigan et coll. (Madigan et al. 2013), les auteurs rapportent un effet standardisé petit à moyen. Cet effet a été influencé par les comportements externalisés concomitants (renforçant l'association) et le type d'observation utilisé (directe ou indirecte par questionnaire).

Dans une publication, l'auteur a indiqué que les adolescents qui ont un style d'attachement « insécuré-préoccupé » sont concentrés sur leurs besoins d'attachement, leur sentiment d'insécurité et sont souvent débordés par leurs affects. Ils sont ainsi plus à risque de développer des troubles « internalisés » (Atger 2007).

◆ *Troubles anxieux*

Une méta-analyse a été menée pour évaluer le lien entre l'attachement insécuré et l'anxiété de la petite enfance à l'adolescence. Les résultats ont montré une association significative avec un effet standardisé modéré. L'analyse des modérateurs a révélé que la figure d'attachement s'avérait être le modérateur le plus fort avec des différences en fonction des personnes (les pairs > les deux parents > la mère seule). Le style d'attachement (ambivalent) et le pays (Europe > Etats Unis et Canada) étaient également retrouvés.

Fait intéressant, les différents types de troubles anxieux ne modifiaient pas la relation entre l'attachement insécurité et l'anxiété (Colonnesi 2011).

◆ *Trouble anxiété de séparation*

Une cinquantaine de publications ont traité du lien entre l'attachement et l'anxiété de séparation en tant que trouble ou symptôme. La majorité portait sur le trouble anxiété de séparation chez l'adulte et très peu chez l'enfant. L'attachement insécuré est associé de façon significative à l'anxiété de séparation (Dallaire et Weinraub 2005; Brumariu et Kerns 2010) et plus spécifiquement à l'attachement insécuré-ambivalent (Brumariu et Kerns 2010). Ces résultats restent à confirmer par un plus grand nombre d'études.

◆ *Troubles obsessionnels-compulsifs*

Le lien entre l'attachement et les troubles anxieux a été pas mal étudié, cependant peu d'études ont été réalisées sur le TOC spécifiquement.

Myhr et coll. (Myhr, Sookman, et Pinard 2004) ont postulé que l'attachement précaire peut prédisposer les enfants à développer un TOC. Conformément à cette proposition, Sunderland cité par Rezvan (Rezvan et al. 2013) a rapporté que l'insécurité de l'attachement est un facteur de risque pour le TOC chez l'enfant. Ivarsson et coll. (Ivarsson et al. 2010) ont, quand à eux, montré que 60% des adolescents avec un TOC présentaient un attachement préoccupé à l'AAI.

2) Comportements externalisés

Quelques publications sont retrouvées dans la littérature au sujet des comportements externalisés en lien avec l'attachement.

Dans la méta-analyse de Fearon et coll. (Fearon et al. 2010), c'est l'association entre l'attachement insécurité et plus spécifiquement désorganisé, et les comportements externalisés pendant l'enfance qui a été mis en évidence.

Dans une publication, l'auteur a indiqué que les adolescents avec un style insécurité-détaché tendent à minimiser les besoins d'attachement, limiter l'expression des affects de colère et de tristesse, détourner l'attention du soi et de ses angoisses, sans résolution des conflits internes et des représentations négatives (vécu d'abandon, peur de la perte, autodépréciation). Ces stratégies les prédisposeraient à des troubles dits « externalisés » (Atger 2007).

Pour finir, Groh et coll. (Groh et al. 2012) ont comparé l'effet standardisé pour la qualité d'attachement prédictif des symptômes externalisés versus internalisés. L'attachement désorganisé et l'attachement insécurité prédisent les symptômes externalisés plus fortement que les symptômes internalisés.

En ce qui concerne le suicide, plus spécifiquement, on retrouve la publication de Sheftall et coll. (Sheftall et al. 2013), qui a examiné l'attachement avec le fonctionnement familial plus large (adaptabilité et cohésion de la famille). Le groupe d'adolescents avec tentatives de suicide (TS) avait un niveau d'attachement maternel et paternel auto-déclaré, une adaptabilité familiale et une cohésion inférieurs comparé à ceux qui n'avaient pas fait de TS.

◆ *Troubles déficit de l'attention / hyperactivité*

L'association entre l'attachement et le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDA/H) a surtout été étudiée chez les sujets adultes et peu chez l'enfant. Aucune méta-analyse n'a été réalisée à ce jour, à notre connaissance.

Dans une revue de la littérature sur le lien entre le TDA/H et les perturbations de l'attachement, les auteurs ont conclu que le style d'attachement insécurité est un facteur de risque de trouble externalisé chez l'enfant ; et que pour le TDA/H, cet effet serait modéré et ne s'exprimerait que pour des groupes d'enfants présentant d'autres facteurs de risque (Franc, Maury, et Purper-Ouakil 2009).

D'autres publications ont étudiées, de façon plus spécifique, l'attachement désorganisé et a été associé de façon significative au TDA/H rapporté par les enseignants à différents âges (Pinto 2006; Bohlin et al. 2012; Scholtens et al. 2014).

Il semble également important de souligner que la différence entre le trouble de l'engagement social désinhibé et le TDA/H est ambiguë. Le DSM 5 indique ainsi que le DSED comprend

un comportement socialement désinhibé qui doit être distingué de l'impulsivité qui accompagne le TDA/H parce que plusieurs lignes de preuves suggèrent que certains signes de TDAH et de DSED se chevauchent (Charles H. Zeanah et Gleason 2015).

Les liens entre l'attachement et le TDA/H sont encore, à l'heure actuelle, mal définis.

◆ *Trouble des conduites*

Très peu d'études ont été réalisées sur le trouble des conduites et l'attachement.

Les premières études longitudinales ont donné des résultats mitigés : dans les échantillons à faibles risques, peu d'effets de l'attachement ont été trouvés sur le trouble des conduites (Bates 1985 et 1991 cité par (Institut national de la santé et de la recherche médicale (France) 2005)). En revanche, dans les échantillons à hauts risques, l'insécurité de l'attachement augmente de façon notable le risque de survenue d'un comportement antisocial.

L'agressivité et le trouble des conduites s'associent de façon préférentielle à l'attachement insécure et particulièrement au type anxieux/évitant mais l'association la plus forte est avec l'attachement désorganisé (Sroufe 1997; Keller, Spieker, et Gilchrist 2005).

L'attachement désorganisé présente également une forte association avec le comportement antisocial (Fearon et al. 2010).

B- Adulte

1) Dépression

Un nombre croissant de recherches ont suggéré une forte relation entre l'attachement adulte (attachement anxieux et évitant) et des symptômes dépressifs (Carnelley, Pietromonaco, et Jaffe 1994; Zuroff et Fitzpatrick 1995; Roberts, Gotlib, et Kassel 1996; Murphy 1997; Wei, Heppner, et Mallinckrodt 2003; Besser 2003; Wei et al. 2004; Wei et al. 2006).

Il paraissait cependant difficile de modifier les modèles d'attachement fondamentaux en raison de la continuité des comportements liés à l'attachement de l'enfance à l'âge adulte. Les chercheurs ont donc élaboré une autre stratégie qui consistait à examiner les effets médiateurs d'autres variables sur la relation entre l'attachement et la dépression. Plusieurs médiateurs possibles ont été ainsi identifiés: une faible estime de soi (Roberts, Gotlib, et Kassel 1996), la résolution de problèmes (Wei, Heppner, et Mallinckrodt 2003), le perfectionnisme mésadapté (Wei et al. 2004), la dépendance et l'autocritique (Cantazaro et Wei 2010).

L'attachement est également très étudié en association avec la dépression post-natale. Ce sujet ne correspondant pas à notre travail, nous avons décidé de ne pas le développer.

2) Suicide

Une dizaine d'études ont testé, au cours des vingt dernières années, le lien entre la sécurité de l'attachement et les tentatives et / ou idées suicidaires et ont trouvé des associations statistiquement significatives.

Lors de l'étude de cette association, les chercheurs ont constaté que l'attachement insécure (anxieux et / ou évitant) est plus élevé chez les sujets ayant des antécédents de TS (Lizardi et al. 2011) ou d'agression autodirigée (TS et automutilations non suicidaires) (Gormley et

McNiel 2010) et est associé à une probabilité plus élevée de TS dans l'année qui suit (Grunebaum, Galfalvy, et Mortenson 2010).

Une des limitations de la littérature existante est la tendance à mélanger les pensées suicidaires avec les TS.

3) État de stress post-traumatique

Une publication a étudié le lien entre l'attachement et l'état de stress post-traumatique (PTSD) chez les vétérans de guerre israéliens, et le stress traumatique secondaire (STS) chez leurs épouses. Les résultats ont montré que l'attachement anxieux était associé à la gravité de leur propre SSPT et du STS de leurs conjoints. L'attachement évitant n'a été associé à l'ESPT et au STS que dans les couples incluant un ancien prisonnier de guerre (Ein-Dor et al. 2010).

Une seconde publication, très récente et de plus grande ampleur, a été réalisée. Cette méta-analyse a repris les différents types de traumatismes et a enquêté sur la relation entre les styles d'attachement adultes et les symptômes de stress post-traumatique (SSPT). Les résultats ont montré que les adultes avec un attachement sécure signalaient de faibles niveaux de stress post-traumatique et que les adultes avec un attachement insécure, signalaient des niveaux plus élevés. L'attachement craintif a été la plus fortement lié au SSPT, de façon significative avec un grand effet standardisé. Les résultats pour l'attachement rejetant n'ont pas été significatifs (Woodhouse, Ayers, et Field 2015).

Une troisième publication a évalué quant à elle l'association entre l'attachement et le PTSD au cours du temps chez les israéliens ex-prisonniers de guerre de 18 à 30 ans après leur libération de la captivité. L'attachement anxieux et évitant ont augmenté au fil du temps. Cette augmentation a été prédite par la sévérité des symptômes du PTSD lors de la première mesure (Solomon, Dekel, et Mikulincer 2008).

En résumé, l'attachement insécure a révélé être un facteur de risque non spécifique pour le développement ultérieur de psychopathologie mais il est important de rappeler que son taux de base est élevé dans la population normale (environ 35%) réduisant ainsi sa valeur prédictive (Green et Goldwyn 2002). Le lien attachement-psychopathologie est également modéré par un large éventail de facteurs biologiques, psychologiques et socio-culturels, et que les troubles mentaux en eux-mêmes, peuvent éroder le sentiment de sécurité de l'attachement d'une personne.

ATTACHEMENT, LIEN PARENTAL et TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Dans ce chapitre, il a été abordé :

- La théorie de l'attachement a été fondée, après la seconde guerre mondiale, par le psychiatre et psychanalyste anglais, John Bowlby.
- Sur le plan théorique, la relation d'attachement se construit progressivement (9 mois) entre le *caregiver*, figure d'attachement principale et le nourrisson, au travers des comportements d'attachement. Elle s'organise au travers d'un système motivationnel, inné, essentiel à la survie de l'espèce, qui a pour but le maintien de la proximité et la disponibilité de la figure d'attachement. L'enfant utilise sa figure d'attachement comme « base sûre » à partir de laquelle il peut se lancer dans l'exploration de son environnement.
- Sur le plan expérimental, on différencie 4 styles d'attachement : sécure, insécure-évitant, insécure-résistant et désorganisé grâce à la Situation Etrange développée par Mary Ainsworth en 1978.
- Ces relations précoces vont être intériorisées pour devenir des représentations mentales du monde externe et de soi dans ce monde, encore appelées par Bowlby, les modèles internes opérants.
- L'adolescence est l'occasion de remaniements importants des liens d'attachement.
- Les systèmes d'attachement construits pendant la petite enfance sont stables et permanents en dehors de la survenue d'événements particuliers susceptibles de les remanier.
- L'attachement sécure est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité. C'est un facteur de protection contre le développement d'une psychopathologie ultérieure.
- Les attachements insécures présentent des indicateurs de stress biologiques.
- L'OT est un médiateur clé des comportements sociaux complexes et l'OT et son récepteur sont essentiels pour le lien et l'attachement chez l'homme mais les mécanismes restent, à ce jour, encore mal connus.
- Les facteurs familiaux influençant l'attachement sont : le comportement des parents au travers de la sensibilité, l'acceptation des comportements du bébé, la coopération et la disponibilité physique et psychologique avec des comportements effrayants ou insensibles, les représentations mentales de l'adulte, les troubles psychiatriques des parents (dépression maternelle et TGP limite), le traumatisme non résolu chez les parents, les conditions de vie défavorables, l'insatisfaction et le conflit conjugal, le style éducatif parental, le sentiment de jalousie par rapport à leur fratrie et le tempérament du nourrisson.
- Les troubles de l'attachement sont rares. Ils sont plus susceptibles d'être détectés dans les populations extrêmes. Ils sont présentés sous deux entités distinctes : le trouble réactionnel de l'attachement (RAD) et le trouble de l'engagement social désinhibé (DSED) dans la nosographie actuelle. Ils nécessitent des conditions similaires de négligences sociales mais diffèrent dans leurs comorbidités et leur évolution.
- Le RAD inclut le manque de réponses sociales et émotionnelles, une absence ou quasi-absence de comportements d'attachement, même dans les moments de stress, et de graves problèmes de régulation des émotions.
- Le DSED se concentre davantage sur un comportement social aberrant.
- L'attachement insécure a révélé être un facteur de risque non spécifique pour le développement ultérieur de psychopathologie dans l'enfance (comportement internalisé et externalisé) et à l'âge adulte (dépression, suicide et PTSD).

ATTACHEMENT, LIEN PARENTAL et ANOREXIE MENTALE

Dans un premier temps, la question d'un lien entre l'AM et l'attachement au travers de l'ocytocine (OT) s'est posée.

Le rôle de l'OT dans les comportements sociaux humains et notamment l'attachement a été montré précédemment (p 42).

La littérature sur le lien entre l'OT et AM est jusqu'à présent peu conséquente avec seulement une dizaine de publications. En effet, la méthode de mesure invasive par bilan sanguin ou ponction lombaire a limité les études.

Demitrack et coll. (Demitrack 1990) sont les premiers à examiner l'OT dans l'AM. Ils retrouvent de bas niveaux d'OT dans le liquide céphalo-rachidien des patientes avec AM -R mais pas pour les AM mixtes comparé aux témoins.

Chiodera et coll. (Chiodera et al. 1991) ont examiné les effets de l'administration d'œstradiol ou d'insuline intraveineuse sur les concentrations d'OT systémique. Les patients boulimiques et les sujets contrôles sains ont montré une augmentation significative des taux plasmatiques de l'OT, contrairement aux AM qui n'ont montré aucune réponse. Une réponse est réapparue avec la reprise pondérale.

Lawson et coll. (Lawson et al. 2011) ont examiné les taux sériques d'OT nocturnes dans une première étude et trouvaient que les sujets avec AM par rapport aux témoins en bonne santé avaient des niveaux d'OT, de leptine, une densité minérale osseuse (au niveau du rachis antéro-postérieure et latérale) et une masse grasse inférieurs.

Dans une seconde étude, ils ont analysé les niveaux d'OT périphérique et ont constaté que la sécrétion d'OT en réponse à un repas était augmentée chez les patients AM par rapport aux témoins normaux (Lawson et al. 2012).

La recherche sur l'OT chez l'homme a été grandement facilitée par l'avènement de l'administration intra-nasale d'OT.

Kim et coll. (Kim et al. 2015) ont ainsi examiné l'impact de l'OT par voie intra-nasale sur le comportement alimentaire et la reconnaissance émotionnelle chez les patients atteints d'AM et de BN par rapport à des témoins sains. Chez les patients AM, l'ocytocine n'a eu aucun effet sur la sensibilité de la reconnaissance des émotions ou sur le comportement alimentaire.

Dans une seconde étude, ils ont examiné l'impact de l'OT sur les processus attentionnels pour les stimuli d'alimentation, de forme, et de poids chez les patients souffrant d'AM. Leurs résultats ont suggéré que l'OT atténue la vigilance attentionnelle aux stimuli alimentaires et de silhouette grasse chez les AM (Kim, Kim, Cardi, et al. 2014).

Monteleone et coll. (Monteleone et al. 2016) ont examiné le lien entre la sécrétion d'OT chez l'AM, la BN et le tempérament comparé à des témoins et ont retrouvé des taux d'OT significativement réduits chez les patientes AM mais pas chez les BN. Les concentrations plasmatiques d'OT ont été corrélées avec les dimensions du tempérament (recherche de nouveauté, évitement du danger, esprit de coopération et dépassement de soi) différemment entre les sujets sains et les patients atteints de TCA. Pour les AM, aucune corrélation n'a été retrouvée.

L'étude génétique des polymorphismes nucléotidiques simples (SNP) du gène du récepteur de l'ocytocine (OXTR) a également été étudiée. Acevedo et coll. ont examiné leurs corrélations avec des symptômes cliniques chez les femmes souffrantes d'AM et de BN, en comparaison avec des femmes en bonne santé. Ils ont retrouvé que la combinaison d'avoir eu une AM avec la présence de l'un ou l'autre des allèles A pour deux SNP dans le gène OXTR (rs53576, rs2254298) a été associée à une sévérité accrue pour les symptômes TCA (Acevedo et al.

2015). L'implication de cette dérégulation épigénétique avait été déjà mise en évidence dans l'AM sans en connaître les potentiels mécanismes (Kim, Kim, Kim, et al. 2014).

La recherche sur l'OT et l'AM est à ses débuts, les études sont rares et les échantillons de petites tailles. D'autres études sont ainsi nécessaires et toutes les conclusions nécessitent d'être répliquées avec un échantillon plus large même si l'OT semble très prometteuse pour l'avenir.

Dans un second temps, la question d'un lien plus direct s'est posée.

Dans la partie précédente sur l'attachement, le lien parental et les troubles psychiatriques, il a pu être vu à quel point la théorie de l'attachement montrait un intérêt croissant pour les cliniciens et les chercheurs dans le domaine de la psychopathologie au cours de ces dernières décennies. L'attachement est en lien avec la régulation des émotions, l'estime de soi, les stratégies d'adaptation, les compétences sociales (Sroufe 2005) mais aussi avec les pathologies psychiatriques.

Dans une publication, Bakermans et coll. (Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn 2009) ont analysé plus de 200 études sur l'attachement utilisant l'AAI, soit plus de 10 500 AAI réalisées. Les auteurs ont pris comme valeur de référence les résultats des patients nord-américains sains soit 58% d'attachement sécure, 23% d'attachement rejetant, 19% d'attachement préoccupé dont 18% d'attachement non résolu. Ils ont ainsi retrouvé des différences en fonction de l'âge, avec un attachement rejetant surreprésenté et un attachement préoccupé sous-représenté chez les adolescents mais indépendamment du sexe, de la langue ou du pays d'origine.

L'attachement insécure a été surreprésenté dans l'échantillon clinique (73%) avec une certaine « spécificité » en fonction des troubles. Dans les troubles internalisés, ils ont retrouvé une surreprésentation du style d'attachement préoccupé et non résolu, dans les troubles externalisés, il y a eu une surreprésentation du style d'attachement rejetant autant que du préoccupé. Dans la dépression, les auteurs n'ont pas retrouvé d'attachement non résolu, contrairement aux expériences d'abus et de PTSD. Dans les violences familiales, le style d'attachement préoccupé a été surreprésenté et dans les violences faites par le monde extérieur ou auto-infligées, il a été retrouvé le style d'attachement rejetant.

Dans cette publication de grande envergure, les TCA n'ont pas été représentés. Depuis le paradigme de Bowlby, Ainsworth et les travaux de Mary Main, de nombreux auteurs s'accordent sur l'existence d'un attachement de type insécure chez les sujets présentant des troubles psychiques, mais il existe peu de recherches sur les relations entre l'attachement et les TCA et plus spécifiquement sur l'AM. Devant ce constat et l'intérêt croissant de cliniciens et de chercheurs pour la théorie de l'attachement dans le domaine des troubles de l'alimentation, il nous a semblé important de réaliser une revue de la littérature sur l'attachement et l'AM. Le faible nombre de publications retrouvé sur ce thème précis nous a fait élargir la recherche aux liens parentaux et aux TCA.

Dans un premier temps, nous aborderons les liens parentaux et les symptômes alimentaires dans un échantillon de la population générale. Dans un second temps, les liens parentaux et l'AM en tant que TCA seront étudiés et pour terminer, en troisième partie, nous présenterons de façon plus spécifique l'AM.

La majorité des études ont utilisé l'AAI ou le PBI pour évaluer l'attachement. L'AAI a été développé précédemment (p 42). Le PBI est un outil d'auto-évaluation utilisé pour mesurer le modèle de lien parental. Il est basé sur la mémoire des sujets concernant leurs parents dans leurs 16 premières années. Il se compose de 25 items, dont 12 sur le « soin » (la chaleur et l'affection parentale) et 13 sur la « surprotection » (promotion par les parents de l'autonomie par rapport au contrôle psychologique).

I- Lien parental et symptômes alimentaires dans la population générale

L'ensemble des publications traitant du lien parental et des symptômes alimentaires dans la population générale a concerné les pré-adolescents, les adolescents et les adultes. Comme il a pu être vu dans la partie précédente, l'attachement évolue au cours de la vie. Il semble donc important de séparer ces publications selon la période préadolescence-adolescence et celle de l'âge adulte.

Ce type de publication a permis d'obtenir des échantillons plus larges, ainsi que la réalisation d'études longitudinales.

A- Chez les préadolescents et adolescents

La majorité des études a traité des facteurs prédictifs des symptômes alimentaires.

Dans la publication de Lavik et coll. (Lavik, Clausen, et Pedersen 1991), 1193 adolescents (dont 631 filles) âgés de 13 à 18 ans ont complété le PBI, l'EAT-12 et le *General Health Questionnaire* (GHQ). Les auteurs ont retrouvé que seul le sous-groupe : « contrôle oral » (comprenant notamment la maigreur et la restriction alimentaire) a été corrélé aux liens parentaux avec une corrélation négative pour les soins maternels et positive pour la protection maternelle et paternelle. Aucune corrélation n'a été retrouvée avec les soins paternels.

Dans l'étude de Fonseca et coll. (Fonseca 2002), c'est le contrôle du poids, plus spécifiquement, qui est examiné. Les auteurs identifieraient chez 9 042 adolescents (dont 4625 filles) de 12 à 18 ans, aux Etats Unis, des facteurs de risque de stratégies de contrôle du poids (par les médicaments, laxatifs, diurétiques et vomissements) tels que l'histoire d'abus sexuel dans les deux sexes et la surveillance parentale accrue chez les garçons. Des facteurs protecteurs ont été également mis en évidence avec la présence de la mère au domicile, la présence de relations familiales et de communication familiale.

Dans la publication de Goossens et coll. (Goossens et al. 2012), les auteurs ont examiné le rôle de l'attachement parental comme prédicteur de pathologies alimentaires et de prise de poids chez 601 pré-adolescents (dont 48% de filles) de 8 à 11 ans. Dans l'analyse de régression, après ajustement au sexe et au poids, les résultats ont montré que l'attachement insécuré envers la mère a été prédictif d'une augmentation de la restriction, des préoccupations alimentaires, corporelles et de poids un an plus tard et que l'attachement insécuré envers le père a été prédictif de la persistance des épisodes de crises de boulimie. Les auteurs ont ainsi suggéré que l'attachement au père est plus un facteur d'entretien qu'un facteur de risque pour les pré-adolescents.

Sharpe et coll. (Sharpe et al. 1998), ont évalué l'association entre l'attachement et les problèmes de poids chez 305 élèves de sexe féminin, âgées de 9 à 12 ans. L'attachement insécuré a ainsi été associé à un poids significativement plus haut comparé aux jeunes filles avec un attachement sécurisé. Les auteurs ont également retrouvé une plus faible estime de soi mais pas de différence au niveau de la perception de la forme du corps.

Dans une étude longitudinale australienne sur une durée de 30 ans, 1 300 adolescents (dont 668 filles) de 15-16 ans ont été inclus. Les auteurs ont retrouvé des résultats contradictoires de la précédente étude. L'attachement parental n'est pas retrouvé comme un facteur prédictif d'attitudes et de comportements alimentaires anormaux (ACAA). Par contre, les auteurs ont

retrouvé, entre autre, la dépression à l'adolescence, les comportements de régime de la mère et une relation aux pairs forte (Le Grange et al. 2014).

Une autre étude longitudinale, sur une période de 12 ans, a évalué si l'attachement insécuré dans la petite enfance était associé à une augmentation de la sensibilité aux facteurs de risque de TCA chez 447 adolescentes de 14 à 15 ans. Les résultats n'ont pas montré d'association significative directe entre l'attachement dans la petite enfance et les ACAA à l'adolescence. Cependant, des affects négatifs chez la mère et un gain pondéral pubertaire ont prédit indirectement les ACAA via une plus grande préoccupation des relations parentales (Milan et Acker 2014).

En ce qui concerne l'attachement aux parents comme un facteur prédictif de symptômes alimentaires, les résultats sont contradictoires. Les deux études longitudinales n'ont démontré aucune association. En revanche, dans des cas particuliers de symptômes alimentaires tel que les stratégies de contrôle du poids ou le contrôle oral les auteurs retrouvaient une association avec l'attachement. Les échantillons sont d'âges différents et ne sont pas cliniques. Les méthodes d'évaluation de l'attachement et de la symptomatologie alimentaire sont variables. Il semble donc nécessaire de reproduire ces résultats pour pouvoir en tirer des conclusions.

D'autres publications ont examiné le rôle de modérateurs dans la relation entre les liens parentaux et la symptomatologie alimentaire au travers du PBI.

Turner et coll. (Turner, Rose, et Cooper 2005), ont étudié le rôle des schémas précoces inadaptés chez 367 adolescentes. Ils ont retrouvé, tout d'abord, une association significative pour tous les liens parentaux excepté la surprotection paternelle et les symptômes alimentaires. Les modérateurs mis en évidence ont été la honte/imperfection et la dépendance/incompétence. Les auteurs ont ainsi suggéré que les schémas de honte et de dépendance peuvent être importants dans la détermination de l'effet du lien parental sur les symptômes alimentaires.

Mc Ewens et coll. (McEwen et Flouri 2009), ont étudié le rôle de la régulation des émotions comme modérateur chez 203 enfants (dont 61,6% de filles) âgés de 11 à 18 ans. Les résultats ont montré un effet modérateur de la régulation des émotions entre le lien paternel et les symptômes émotionnels de l'enfant mais pas les symptômes alimentaires. Une association directe entre le lien paternel (seul étudié) et les symptômes alimentaires a été mise en évidence, ainsi qu'entre les événements de vie négatifs et les symptômes alimentaires. Les auteurs ont ainsi suggéré, que les symptômes alimentaires chez les adolescents, peuvent être plus sensibles à l'influence d'expériences de vie négatives qu'à celle de la parentalité.

Au travers de ces publications, on peut voir à quel point les mécanismes d'un possible lien entre l'attachement et les troubles alimentaires sont encore inconnus et nécessitent de poursuivre les recherches.

B- Chez les adultes

Dans les publications sur le lien parental et les troubles alimentaires dans la population générale adulte, il n'est retrouvé qu'un très faible nombre d'articles. Pour la plupart de ces publications, l'objectif est d'examiner l'association « directe » et pour un nombre restreint le rôle de certains modérateurs.

Dans l'étude de Cole-Detke et coll. (Cole-Detke et Kobak 1996), les auteurs ont utilisé l'AAI pour examiner le lien entre l'attachement, les symptômes alimentaires et dépressifs chez 61

femmes étudiantes à l'université aux États-Unis. L'échantillon a été divisé en 4 groupes : avec symptômes alimentaires, avec symptômes dépressifs, avec symptômes alimentaires et dépressifs, et sans symptômes. Les auteurs ont utilisé les stratégies d'attachement, reformulation par Main (Mary Main 1990), des concepts de Mary Ainsworth dans les termes de stratégie. Les stratégies d'attachement secondaires (d'inhibition ou d'hyperactivation du système) se mettraient en place en fonction de l'efficacité des stratégies primaires. Elles seraient présentes dès la naissance et seraient l'expression du système d'attachement. A partir de ces stratégies, Pierrehumbert (Pierrehumbert 2003) a proposé une formulation généralisée dans les termes de régulation émotionnelle. Ainsi, la stratégie primaire consisterait en un modèle équilibré de l'activation et de la désactivation des émotions et la stratégie secondaire en une désactivation prématurée ou en une hypervigilance émotionnelle.

Les résultats ont montré une association significative entre les stratégies d'attachement secondaires d'hyper-activation et les symptômes dépressifs ou combinés mais aussi entre la désactivation et les symptômes alimentaires. Ces associations ont été principalement expliquées par les mauvaises relations au père. Le groupe avec les deux symptômes combinés a présenté des niveaux plus extrêmes de symptômes. Les auteurs ont ainsi suggéré que les stratégies d'attachement secondaires ou défensives, prédisposent les individus vers différentes formes d'expression des symptômes.

Puis Salzman et coll. (Salzman 1997), ont étudié de façon plus spécifique, l'attachement ambivalent, l'instabilité émotionnelle et l'histoire d'AM chez 28 femmes étudiantes. Les résultats ont montré la répartition suivante : 10 femmes avec un style d'attachement sécure, 7 évitantes et 11 ambivalentes dont 9 avec une instabilité affective et 7 avec une histoire d'AM. Devant la taille de l'échantillon, les auteurs ont suggéré un lien possible entre l'attachement ambivalent, l'instabilité affective et l'AM.

Une autre publication a recherché le lien entre l'ethnie, le lien parental évalué par le PBI, l'acculturation et les problèmes alimentaires chez 51 femmes étudiantes réparties en deux groupes : caucasiennes et asio-américaines. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'association entre l'acculturation et les problèmes alimentaires mais une association entre l'ethnie et l'insatisfaction corporelle. Les faibles soins maternels et paternels ont également été liés à une augmentation des problèmes alimentaires contrairement à la protection maternelle et paternelle. L'analyse de régression a indiqué que les soins maternels ont été plus prédictifs des troubles alimentaires que l'ethnie (Haudek 1999).

Plus récemment, Cash et coll. (Cash, Theriault, et Annis 2004), ont examiné la relation entre les multiples facettes de l'image du corps, de l'anxiété sociale et de l'attachement adulte (« général » et « romantique ») chez 103 hommes et 125 femmes. L'image corporelle a été significativement associée à l'anxiété sociale et à l'attachement dans les deux sexes. Une image du corps dysfonctionnelle a montré un attachement « général » moins sécure, surtout plus préoccupé et un attachement « romantique » plus anxieux. Les analyses de régression ont révélé que l'attachement « romantique » est le prédicteur le plus fort de l'insatisfaction de l'image corporelle.

Au Pays-Bas, Mayer et coll. (Mayer et al. 2009) ont examiné les liens entre les facteurs de risques et les problèmes alimentaires à la fin de l'adolescence (à partir de l'âge de 16 ans) chez 301 femmes. Les résultats ont montré une association significative entre l'attachement insécure et les problèmes de comportements alimentaires. L'analyse de régression a indiqué que cette association n'a pas été directe mais indirecte via l'estime de soi et la dépression.

Ce rôle possible de modérateurs dans le lien entre l'attachement et les problèmes alimentaires dans la population générale avait été étudié auparavant.

Evans et coll. (Evans et Wertheim 1998) ont retrouvé chez 360 femmes australiennes une association entre les problèmes alimentaires et plus de difficultés dans les relations intimes, un style d'attachement insécure, une description moins positive de leur partenaire et de leur mère. De plus, en particulier chez les femmes rapportant des symptômes boulimiques, les problèmes alimentaires ont été liés à une anxiété plus élevée dans les relations. Les préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales ont été liées aux relations intimes via les traits anxieux, la dépression et la conscience publique.

Eggert et coll. (Eggert, Levendosky, et Klump 2007) ont étudié de façon plus spécifique les caractéristiques de la personnalité comme un modérateur. Les résultats ont retrouvé que seul l'attachement de type résistant a été associé aux troubles alimentaires chez 85 jumeaux ou triplets de sexe féminin. La personnalité névrotique a été un modérateur total et la personnalité extravertie ne serait qu'un modérateur partiel. Les auteurs ont ainsi suggéré que l'attachement résistant influe sur le développement des troubles alimentaires en façonnant les caractéristiques de la personnalité névrotique qui sont associées à la pathologie alimentaire.

Chez l'adulte, cette recherche de mécanismes dans la population générale est plus approfondie que chez l'adolescent mais la petite taille des échantillons et le manque de réplication ne permettent pas de conclure.

II- Lien parental et troubles des conduites alimentaires

La recherche sur le lien parental et les TCA est traitée dans une quarantaine d'études qui porte majoritairement sur une population d'adultes et se répartit en neuf revues de la littérature, une méta-analyse et pour le reste, en études cliniques.

Il nous semble important de débiter cette partie par l'étude de Fonagy et coll. (Fonagy et al. 1996), sur le lien entre l'attachement évalué par l'AAI et les pathologies psychiatriques chez 82 patients hospitalisés et 85 témoins. Les résultats ont montré une association significative entre la pathologie psychiatrique et l'attachement préoccupé. Puis de façon plus spécifique, ils ont distingué les TCA de l'EDM par l'idéalisation des parents.

Il sera par la suite abordé la méta-analyse puis les revues de la littérature et enfin les études cliniques de façon individuelle.

Caglar-Nazali et coll. (Caglar-Nazali et al. 2014), ont réalisé très récemment une revue de la littérature avec une méta-analyse. Cette méta-analyse est unique à ce jour, dans le domaine de l'attachement et des TCA. Elle a porté sur les systèmes de processus sociaux chez les patients TCA. En ce qui concerne les liens parentaux, les résultats ont révélé une association des TCA avec l'attachement insécure avec un large effet standardisé ($d = 1,31$) après ajustement des mesures et du type de groupe, mais aussi avec des soins parentaux faibles ($d = 0,51$) et une surprotection parentale élevée ($d = 0,29$).

La première revue de la littérature est parue en 1996 et a étudié l'attachement perturbé, l'AM et la BN. Cette revue n'a porté que sur des articles utilisant le PBI comme échelle d'évaluation de l'attachement. Sur le plan théorique, les auteurs ont mis en évidence, d'un point de vue psychodynamique, que l'AM est un échec pour développer un « sens de l'autonomie ». La quête de la minceur est une protection contre les modifications de l'attachement et la prise d'indépendance avec la figure d'attachement principale, tout ceci, en lien avec le processus de l'adolescence. D'un point de vue de la théorie de l'attachement, les auteurs ont parlé de problématique de séparation-individualisation. Sur le plan clinique, les auteurs ont retrouvé des soins maternels faibles et une protection maternelle élevée mais ces résultats n'ont pas été retrouvés dans toutes les publications. En ce qui concerne l'attachement au père, les résultats ont été contradictoires.

Dans la revue de la littérature de Ward et coll. (Ward, Ramsay, et Treasure 2000), les auteurs ont mis en évidence un attachement insécure chez les patients présentant des TCA comparé à des patients sains mais aussi une idéalisation de la figure d'attachement, un niveau inférieur de fonction réflexive (à savoir la capacité de comprendre et de réfléchir sur les états mentaux de soi et des autres) et une augmentation de l'anxiété de séparation (ADS) avec des difficultés de discrimination entre une séparation de courte ou longue durée. Ils ont émis la possibilité d'un lien spécifique entre le type d'attachement et le sous-type de TCA en faisant une association entre le style d'attachement rejetant et l'AM-R et entre attachement préoccupé et l'AM-B ainsi que la BN. Enfin, ils ont parlé de la transmission transgénérationnelle de l'attachement comme un domaine fécond, qu'il reste à étudier.

Dans une autre revue de la littérature, de 2009, (O'Shaughnessy et Dallos 2009), les auteurs ont retrouvé des résultats contradictoires en ce qui concerne l'association spécifique entre l'attachement et le sous-type des TCA. Ils ont ainsi suggéré que la gravité des troubles a plus d'importance que le sous type diagnostique dans cette association. Ils ont retrouvé également

un niveau élevé d'ADS et une difficulté de discrimination. Dans cette revue de la littérature, les auteurs se sont attachés au style d'attachement non résolu en retrouvant un niveau élevé chez les patientes mais aussi chez leur mère et ont émis l'hypothèse que l'attachement non résolu peut être un facteur de risque de détresse psychiatrique. Sur le plan de l'application thérapeutique, les résultats ont été contradictoires. Enfin, les auteurs ont souligné l'impact potentiel des différences méthodologiques dans l'évaluation de l'attachement.

En 2010, Zachrisson et coll. (Zachrisson et Skårderud 2010), ont aussi réalisé une revue de la littérature sur l'attachement et les TCA. Ils ont également retrouvé une plus grande prévalence de l'attachement insécuré chez les patients TCA. Ils ont suggéré une association entre le style d'attachement préoccupé et la BN et entre le style d'attachement rejetant et l'AM-R mais n'ont pas eu de preuves suffisantes pour conclure. Ils n'ont pas non plus conclu sur la transmission transgénérationnelle ou la présence de conflits et traumatismes cachés au sein de la famille.

Deux revues de la littérature ont été réalisées en 2014. Tout d'abord, celle de Tetley et coll. (Tetley et al. 2014), n'a porté que sur des articles utilisant le PBI. Ils ont comparé les liens parentaux chez les patients TCA aux patients sains et ont montré des soins parentaux plus faibles et une protection parentale élevée. Ils n'ont pas retrouvé de différences entre les patients TCA et les patients psychiatriques sans TCA ni même entre les différents sous-types de diagnostic TCA. Ils ont tenté d'évaluer la qualité méthodologique de ces publications et ont retrouvé d'important biais. Enfin, les auteurs ont cherché à identifier des modérateurs de cette relation. Des modérateurs différents ont été retrouvés en fonction du lien parental. Pour le lien maternel, les auteurs ont retrouvé l'évitement de la résolution des problèmes sociaux, pour le lien paternel, la croyance d'inutilité, pour la protection paternelle, la croyance de vulnérabilité et pour le rejet parental, le sentiment d'être endommagé intérieurement et la croyance que les relations proches vont se terminer.

Tasca et coll. (Tasca et Balfour 2014), quant à eux, ont décrit les domaines de fonctionnement de l'attachement qui seraient pertinents pour les TCA chez les adultes. Ils ont retrouvé un niveau plus élevé d'attachement insécuré et désorganisé chez les TCA comparé aux patients sains. Ils ont associé l'attachement anxieux avec la gravité des symptômes et un fonctionnement réflexif inférieur avec l'AM spécifiquement. Sur le plan thérapeutique, ils ont mis en évidence un impact négatif sur le processus et les résultats d'une psychothérapie chez les patients avec un attachement insécuré. Enfin, ils ont suggéré que les mécanismes possibles du lien entre l'attachement insécuré et les TCA sont le perfectionnisme inadapté et le problème de régulation des affects.

Les deux plus récentes revue de la littérature ont traité de l'attachement et des TCA chez les adolescents.

Gander et coll. (Gander, Sevecke, et Buchheim 2015), ont, dans un premier temps, analysé les études avec un outil d'auto-évaluation. Ils ont retrouvé une association entre l'attachement insécuré et les TCA, des résultats contradictoires pour l'association entre l'attachement et les sous-types diagnostiques. Les modérateurs mis en évidence ont été la régulation émotionnelle, le traitement de l'information sociale, le concept de soi et le mindfulness. Les auteurs ont également évalué le rôle de la famille avec une idéalisation des parents dans l'attachement de style évitant, une proximité physique et psychique comme conséquence des TCA et que l'autonomisation, les affects positifs et le soutien émotionnel de la part des parents ont été associés à moins de symptômes alimentaires. Dans un second temps, ils ont analysé les études utilisant un outil narratif permettant ainsi d'évaluer les stratégies d'attachement secondaires. Les auteurs n'ont retrouvé que peu d'études. L'association entre l'attachement insécuré et les

TCA a été retrouvée. Les stratégies de désactivation ont été associées avec les TCA et les stratégies d'hyperactivation avec la BN et l'AM-B. Dans une troisième partie, ils ont analysé le rôle de l'attachement non résolu pour les TCA. Ils ont retrouvé le traumatisme physique et sexuel comme un facteur de risque non spécifique de TCA. L'attachement non résolu a eu une prévalence importante dans la population de TCA voire chez leur mère avec l'hypothèse d'une transmission transgénérationnelle.

Jewell et coll. (Jewell et al. 2015) ont également retrouvé une association entre l'attachement et les TCA mais non spécifique avec un effet indirect via la dépression et l'estime de soi. A partir des résultats d'études transversales, les auteurs ont suggéré que l'attachement insécure dans la petite enfance est un facteur de risque distal avec un effet relativement faible sur les TCA à l'adolescence tandis que l'attachement insécure dans la préadolescence peut prédire une augmentation des TCA de manière plus fiable. Enfin, ils se sont intéressés plus spécifiquement à la mentalisation, c'est à dire, la capacité à réfléchir et à interpréter son comportement et celui des autres en terme d'état mentaux internes (comme par exemple : les pensées, les croyances, les sentiments..). Pour rappel, la fonction réflexive fait référence à la capacité de mentalisation. Dans ce domaine, très peu d'études ont été trouvées avec de faibles échantillons. Les auteurs ont ainsi montré une association entre les TCA et un faible niveau de mentalisation notamment de représentation symbolique et ont suggéré que les adolescents atteints de TCA peuvent avoir des difficultés à reconnaître les émotions.

Il va maintenant être abordé les résultats des études cliniques sur le lien parental et les TCA. De nombreuses publications ont mis en évidence une association significative entre l'attachement insécure et les TCA (Ward, Ramsay, et Treasure 2000; Latzer et al. 2002; Orzolek-Kronner 2002; Ringer et Crittenden 2007; Tereno et al. 2008; Illing et al. 2010; Dakanalis, Timko, et Zanetti 2014) chez des patients hospitalisés (Kenny et Hart 1992; Chassler 1997; Kuipers et al. 2016) ou traités en ambulatoire (Ramacciotti et al. 2001; Troisi, Massaroni, et Cuzzolaro 2005; Barone et Guiducci 2009) fournissant ainsi des preuves solides de cette association. Les résultats sont comparables à ceux retrouvés dans les revues et la méta-analyse précédentes. Cependant, une seule de ces publications a comparé les TCA à une population avec une pathologie psychiatrique autre que les TCA, ne permettant pas ainsi de reconnaître la spécificité de l'attachement insécure dans les TCA. Les auteurs n'ont pas comparé les TCA avec le groupe psychiatrique mais ils ont semblé présenter des similitudes (Orzolek-Kronner 2002). Certaines études ont mis en évidence chez les patients avec TCA, l'attachement évitant comme le plus répandu (Ramacciotti et al. 2001; Latzer et al. 2002; Barone et Guiducci 2009) et d'autres, une incidence plus élevée de l'attachement anxieux (Salzman 1997; Ringer et Crittenden 2007; Tereno et al. 2008).

La prévalence de l'insécurité de l'attachement dans les TCA a varié de 67 à 100% en fonction des études (Ramacciotti et al. 2001; Zachrisson et Kulbotten 2006; Kuipers et al. 2016).

Cet attachement, ce lien parental chez les patientes avec TCA a suscité chez les chercheurs un intérêt particulier pour le rôle de la famille.

Dans la publication de Chassler et coll. (Chassler 1997) chez 30 patientes TCA hospitalisées, les résultats ont indiqué que les patientes TCA ont significativement différencié des sujets contrôles sur les quatre sous facteurs de l'*Attachement History Questionnaire*: la base sûre d'attachement, la discipline parentale, la menace de séparation des parents et la relation avec les pairs. Les patientes TCA ont eu le sentiment d'être plus seules, impuissantes, non désirées avec un sentiment plus important de culpabilité et de honte mais également le sentiment accru d'être responsables du bonheur de leurs parents comparé aux témoins.

Dans la publication de Rhodes et coll. (Rhodes et Kroger 1992), seuls les liens maternels ont été associés au TCA avec un niveau inférieur de soins et un niveau élevé de surprotection. Dans celle d'O' Kearney et coll. (O'Kearney 1996), les deux parents ont été retrouvés comme moins bienveillants mais seul le père a été plus protecteur.

Dans celles de Ward et coll. (Ward et al. 2000) et de Calam et coll. (Calam et al. 1990), les deux parents ont présenté plus de contrôle et ont été moins affectueux.

Dans la publication de Steiger et coll. (Steiger et al. 1989) les soins paternels sont retrouvés plus faibles dans tous les sous-type de TCA et les soins maternels ont eu tendance à être plus faibles et en particulier pour l'AM-B. Les 58 patientes TCA ont perçu leur père comme moins empathique comparé aux 24 témoins.

Dans la publication de Ringer et coll. (Ringer et Crittenden 2007), les auteurs ont suggéré des conflits familiaux cachés entre les parents de patientes TCA. Les conflits parentaux sont également retrouvés dans la publication de Orzolek-Kronner et coll. (Orzolek-Kronner 2002). Dans cette même étude, chez 44 adolescentes avec TCA, les résultats ont montré un sentiment d'être plus éloigné de leur père, des comportements de recherche de proximité plus importants et une mère facilitant l'autonomie. Cette dernière donnée est en contradiction avec la revue de la littérature. Les auteurs ont proposé d'expliquer cette contradiction par l'idéalisation des mères par les patientes TCA.

Dans la publication de Krug et coll. (Krug et al. 2015), les auteurs ont examiné un modèle de risque socio-familial de TCA chez 653 patientes TCA et 611 témoins. Les moqueries de la famille et l'impact des médias ont montré une association directe et indirecte via l'insatisfaction corporelle chez tous les sous-types de TCA. La parentalité perçue comme abusive a seulement été associée avec l'AM-B et la BN. Les auteurs ont ainsi suggéré une action différente des facteurs socio-familiaux selon les sous-types de TCA.

Dans la publication de Latzer et coll. (Latzer et al. 2002), les auteurs ont examiné les relations concomitantes entre les styles d'attachement, les TCA et l'environnement familial chez 81 patientes TCA. Les résultats ont retrouvé des familles de patient TCA moins cohésives, expressives et encourageantes comparé aux témoins. Fait intéressant, ces différences d'environnement familial ont disparu quand le style d'attachement a été contrôlé. Les auteurs ont ainsi suggéré que l'attachement peut être un facteur de différenciation primaire dans l'étiologie des TCA. Les autres aspects de l'environnement familial ont pu être insuffisants en eux-mêmes à la compréhension des TCA mais plus informatifs quand ils ont été utilisés en combinaison avec l'attachement.

Dans une autre publication, les auteurs ont retrouvé une association entre la qualité, le soutien affectif, l'encouragement à l'autonomie des parents, les préoccupations pondérales et les comportements boulimiques des patientes TCA hospitalisées. Par contre, aucune association n'a été retrouvée avec l'insatisfaction corporelle. Les patients TCA ont également été moins susceptibles de rechercher et de recevoir le réconfort de leurs parents en période de stress avec des parents moins disponibles (Kenny et Hart 1992).

En ce qui concerne la spécificité d'un style d'attachement insécure avec un sous-type de TCA, les publications ont montré des résultats différents avec une majorité ne montrant pas d'association significative (Ward, Ramsay, et Treasure 2000; Latzer et al. 2002; Troisi, Massaroni, et Cuzzolaro 2005; Tereno et al. 2008; Dakanalis, Timko, et Zanetti 2014; Kuipers et al. 2016) et quelques unes montrant l'inverse avec un attachement plus évitant chez les AM-B (Illing et al. 2010) ou un attachement rejetant pour les AM et un attachement préoccupé pour les BN (Ringer et Crittenden 2007). Dans la publication de Rhodes et coll.

(Rhodes et Kroger 1992), les soins paternels ont été significativement associés à l'AM comparé à la BN.

Devant la contradiction des résultats sur l'association entre l'attachement et les sous-types de TCA et la non spécificité retrouvée chez certains auteurs entre l'attachement et les TCA, des publications se sont intéressées à l'association entre le style d'attachement et la sévérité des troubles et ont retrouvé une association significative (Broberg, Hjalms, et Nevenon 2001; Dakanalis, Timko, et Zanetti 2014). Dans la publication de Illing et coll. (Illing et al. 2010), les résultats ont montré une association significative de la sévérité des symptômes TCA seulement avec le style d'attachement anxieux.

Comme indiqué, l'insécurité de l'attachement et l'attachement anxieux en particulier, ont pu conférer un plus grand risque spécifique pour la sévérité des symptômes TCA.

Cependant, peu d'études à ce jour ont évalué les mécanismes possibles par lesquels l'attachement insécure a pu affecter la psychopathologie des TCA.

La recherche a suggéré, à ce jour, que le perfectionnisme inadapté (Dakanalis, Timko, et Zanetti 2014) et les problématiques de régulation des émotions (Tasca et al. 2006; Tasca et al. 2009) sont des mécanismes potentiels pour expliquer comment l'attachement insécure pourrait être à risque ou maintenir un TCA. En fonction du style d'attachement, les associations ont été partiellement, voire totalement non modérées par ces mécanismes.

Dans la publication de Tasca et coll. (Tasca et al. 2009), la régulation des affects (l'hyperactivation émotionnelle) a modéré uniquement l'association entre l'attachement anxieux et les TCA. L'attachement évitant a indiqué une relation directe avec les TCA.

Dans celle de Dakanalis et coll. (Dakanalis, Timko, et Zanetti 2014), le lien entre les TCA et l'attachement anxieux ont été totalement modéré par le perfectionnisme, tandis que l'attachement évitant ne l'a été que partiellement. Tasca et coll. (Tasca et al. 2013) ont également évalué l'attachement insécure comme modérateur du lien entre le trauma ou l'abus dans l'enfance et les TCA. Les résultats ont souligné à la fois un effet direct de cette association mais également un effet modérateur de l'attachement anxieux comme de l'attachement évitant.

Certaines publications actuelles ont cherché à approfondir le lien entre l'attachement, la mentalisation et les TCA. La mentalisation a été par le passé, positivement associée à la sécurité de l'attachement au travers de la fonction réflexive. Dans une publication plus récente, les auteurs n'ont pas retrouvé d'associations entre l'attachement et la mentalisation mais plutôt un lien entre les TCA et un bas niveau de mentalisation chez 51 patients TCA (dont 1 garçon) (Kuipers et al. 2016).

Il a été mis en évidence que les traumatismes sont des facteurs de risque d'AM dans la première partie sur l'AM de notre travail. En ce qui concerne l'attachement, peu d'études ont été réalisées sur l'attachement non résolu du trauma ou de la perte (Ward et Ramsay 2001; Ringer et Crittenden 2007; Kuipers et al. 2016). En résumé, les publications comprenant cette catégorie d'attachement ont indiqué une prédominance de celle-ci dans les TCA.

Dans la publication de Ringer et coll. (Ringer et Crittenden 2007), chez 62 patientes TCA, les auteurs ont suggéré un manque de résolution de trauma ou de perte chez les mères.

D'autres auteurs ont tenté d'examiner la transmission transgénérationnelle de l'attachement dans les TCA. Tereno et coll. (Tereno et al. 2008), n'ont pas retrouvé d'association entre le style d'attachement parental et les styles d'attachement de leur fille.

Plus récemment, des chercheurs ont exploré les associations plus complexes entre l'attachement, les TCA et les symptômes psychiatriques.

La recherche d'associations entre les TCA, l'attachement et l'ADS a fait l'objet de plusieurs études. Les TCA ont ainsi été associés à des symptômes plus graves d'ADS dans l'enfance et l'ADS était corrélée positivement à l'attachement sécure et négativement à l'attachement préoccupé chez les patientes AM (Troisi, Massaroni, et Cuzzolaro 2005) ou à une augmentation de la prévalence (Rhodes et Kroger 1992).

L'insécurité de l'attachement a également été associée à des symptômes dépressifs. Cole-Detke et Kobak (Cole-Detke et Kobak 1996) ont constaté que les femmes étudiantes avec soit des symptômes dépressifs ou avec à la fois des troubles de l'alimentation et des symptômes dépressifs auraient tendance à être classées avec un style d'attachement préoccupé. Dans le groupe des 15 à 25 ans, les styles d'attachement préoccupé et évitant ont été associés à plus de symptômes dépressifs. Par conséquent, le style d'attachement anxieux a pu entraver la capacité des femmes à faire l'expérience d'une amélioration des symptômes dépressifs pendant le traitement des TCA.

Fujimori et coll. (Fujimori et al. 2011) ont examiné la corrélation entre les liens parentaux, les TCA et les comportements d'automutilation chez 80 patientes avec TCA versus 120 témoins. Les résultats ont montré des soins paternels plus faibles, une insatisfaction corporelle augmentée, une peur accrue de la maturité, un perfectionnisme et une sensibilité intéroceptive accrue et pour finir, une sévérité plus grave chez les patients TCA avec des comportements d'automutilation comparé aux patients TCA ou aux témoins. Les auteurs ont ainsi suggéré que les soins paternels peuvent être liés à une pathologie sévère des TCA.

Dans une étude récente enquêtant sur les relations entre l'attachement, la mentalisation et la sévérité des symptômes chez 51 patients TCA (dont 1 garçon) et 20 témoins (dont 1 garçon), aucune association n'est trouvée dans le groupe de TCA entre la dépression, l'anxiété, les problématiques d'autonomie et l'attachement ou la mentalisation. La seule association possible a été entre les comportements d'automutilation et un niveau d'attachement sécure bas (Kuipers et al. 2016).

Des recherches sur les traits de personnalité des parents des sujets TCA ont été réalisées dans plusieurs publications par Amianto.

La première publication a déterminé des groupes de tempérament et de traits de caractère chez la mère et le père de patientes TCA. Il ont ainsi défini chez la mère : le tempérament explosif/aventureux (MTC1), prudent/passif (MTC2) et le trait de caractère très immature (MCC1), mature/faible dépassement de soi (MCC2) et chez le père : le tempérament explosif/méthodique (FTC1), indépendant/ méthodique (FTC2) et le trait de caractère gravement immature (FCC1), déficient en ce qui concerne les relations (FCC2), mature/faible dépassement de soi (FCC3) (Amianto, Daga, et Bertorello 2013).

Dans la seconde, ils ont évalué la relation de la personnalité des parents et l'attachement, la psychopathologie et la personnalité de la fille. En ce qui concerne l'attachement, seul le tempérament du père a été relié à l'attachement de la fille TCA envers sa mère. Aucune différence n'a été retrouvée entre les différents sous-types de TCA. En ce qui concerne la psychopathologie et la personnalité de la fille, le MTC1 serait relié à un profil limite chez la patiente TCA et une augmentation de la sensibilité intéroceptive, le MCC1 a été relié à l'immaturité et à la symptomatologie dépressive et enfin, le FTC1 a été relié à l'immaturité, la sévérité des troubles et à la psychopathologie en général (Amianto, Ercole, et Marzola 2015).

Sur le plan thérapeutique, peu d'études ont été réalisées et la majorité de ces dernières provient des travaux de Tasca et coll. sur les programmes intensifs d'hôpitaux de jour (HDJ). Fonagy et coll. (Fonagy et al. 1996) ont étudié les modèles d'attachement de 82 patients psychiatriques hospitalisés avec différents diagnostics, y compris les TCA (n = 14; 17%). Les auteurs ont examiné les changements entre l'admission et la sortie des patients selon la classification de l'attachement et ont constaté que les personnes avec un attachement dédaigneux seraient plus susceptibles de bénéficier d'une psychothérapie (93%).

Dans l'étude de Tereno et coll. (Tereno et al. 2008), les auteurs ont examiné l'association entre le lien thérapeutique et le lien parental chez 57 patientes TCA. Dans l'AM, le lien thérapeutique a été associé à un soutien affectif paternel élevé et à un rejet paternel faible comparé aux témoins contrairement aux patients BN, pour qui le lien thérapeutique a été associé à un soutien affectif maternel élevé et à un rejet paternel faible. Le lien thérapeutique a été retrouvé de meilleure qualité chez les patients BN comparé aux AM. L'attachement insécuré chez les patients TCA a également été associé à une moins bonne qualité des liens thérapeutiques.

Deux études plus récentes et de plus grande envergure ont été réalisées sur un programme intensif d'HDJ de 4 jours par semaine pendant une durée de 12 à 14 semaines. Dans l'étude d'Illing et coll. (Illing et al. 2010), seul l'attachement anxieux élevé a été prédictif d'une plus faible efficacité des traitements.

Dans l'étude de Keating et coll. (Keating, Tasca, et Bissada 2015), examinant la symptomatologie dépressive associée aux TCA, les auteurs ont mis en évidence qu'un niveau d'attachement anxieux inférieur a été associé à une augmentation de l'efficacité du traitement de HDJ sur les symptômes dépressifs. Le programme intensif d'HDJ a montré une baisse significative des symptômes dépressifs chez les TCA. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre AM et BN sur la prédiction d'efficacité du traitement.

III- Lien parental et anorexie mentale

Il n'existe que peu de recherches traitant spécifiquement de l'AM et du lien parental. Les premières études sont apparues autour des années 1990. Cette recherche s'est accentuée au cours de la dernière décennie mais aucune revue de la littérature ou méta-analyse n'existe à ce jour. Ces différentes publications sont résumées dans l'annexe N°3.

Seulement deux études ont utilisé l'AAI pour explorer les styles d'attachement chez les patientes AM. Pour la grande majorité, elles ont utilisé le PBI.

Dans les deux études utilisant l'AAI, les résultats ont montré une association significative entre l'attachement insécuré et l'AM. La première a porté sur 20 patientes AM âgées de 15 à 46 ans et leur mère, en Angleterre (Ward et Ramsay 2001). Ils ont retrouvé 95% d'attachement insécuré avec un style d'attachement évitant prédominant. La deuxième, plus récente, a porté également sur 20 patientes AM adultes, au Danemark (Zachrisson et Kulbotten 2006). Ils ont retrouvé 100% d'attachement insécuré.

Les deux études ont retrouvé une fréquence élevée de trauma et de perte non résolue.

Dans la publication de Ward et coll. (Ward et Ramsay 2001), ils ont étudié également une transmission intergénérationnelle. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'association significative entre le style d'attachement de la patiente AM et celui de sa mère mais une fréquence élevée de trauma et de perte non résolus a également été retrouvée chez les mères. Fait intéressant, ils ont mis en évidence chez les patientes AM mais aussi chez leurs mères, une idéalisation accrue de leur enfance et une fonction réflexive réduite. Les auteurs ont ainsi suggéré que les difficultés dans le traitement des émotions, illustrées par la perte non résolue, peuvent être transmises aux filles et agir comme un facteur de risque de développer l'AM.

D'autres publications se sont posées la question de la transmission. Dans la publication de Delannes et coll. (Delannes et al. 2006), chez 10 adolescentes AM-R et leurs parents, les résultats ont montré une prépondérance d'un attachement sécurisé (90%) dont la transmission tendrait à être paternelle. Ces résultats ont été contradictoires avec les recherches précédentes mais ont également été retrouvés par Duclos et coll. (Duclos et al. 2014) chez 6 patientes adolescentes AM. Ils n'ont pas retrouvé de différence significative sur le style d'attachement entre les patientes AM et les témoins.

Dans la publication de Delvecchio et coll. (Delvecchio et al. 2014), chez 51 patientes AM, les résultats ont montré 96% d'attachement insécuré avec une prédominance d'attachement évitant ou non résolu.

Dans la publication de Canetti et coll. (Canetti 2008) enquêtant sur la transmission transgénérationnelle de l'AM au travers des parents et même des grands-parents, les résultats ont montré comme seule différence significative, celle du contrôle du grand-père paternel (GPP) chez les AM comparé aux témoins ainsi qu'une corrélation entre le contrôle du GPP et les soins paternels après ajustement pour les soins et le contrôle paternels. Il a également été retrouvé que les soins de la grand-mère maternelle (GMM) ont été positivement corrélés à la gravité des symptômes de la patiente. Les auteurs ont ainsi suggéré que les caractéristiques parentales des grands-parents peuvent jouer un rôle dans le développement des TCA chez les petites filles.

En ce qui concerne l'association entre l'attachement ou lien parental et les sous-types d'AM, il a été retrouvé des résultats contradictoires. Dans la publication de Di Pentima et coll. (Di Pentima et al. 1998), les résultats ont montré une différence significative entre l'AM-R et l'AM-B. L'AM-R a montré une adéquation entre les liens parentaux des deux parents tandis

qu'ils ont retrouvé une inadéquation pour l'AM-B. Dans la publication de Zachrisson et coll. (Zachrisson et Kulbotten 2006), utilisant l'AAI, les résultats n'ont pas montré de différence significative entre les sous-types d'AM.

La plupart des études retrouvées sur l'attachement et l'AM ont examiné le fonctionnement familial, notamment à l'aide du PBI.

La majorité des études a retrouvé une association significative entre l'AM et des parents moins attentionnés, moins bienveillants par rapport aux sujets témoins (Guttman et Laporte 2002; Canetti 2008; Swanson et al. 2010; Duclos et al. 2013). Cette association n'a parfois été retrouvée que chez la mère (Palmer, Oppenheimer, et Marshall 1988) voire pas retrouvée (Russell et al. 1992). En ce qui concerne la surprotection parentale, les résultats sont plus contradictoires. Il n'a pas été retrouvé d'association significative dans plusieurs études (Palmer, Oppenheimer, et Marshall 1988; Swanson et al. 2010; Duclos et al. 2013) ou seulement une association chez le père avec une surprotection accrue (Russell et al. 1992; Canetti 2008).

Dans l'une des premières publications, Russel et coll. (Russell et al. 1992), ont examiné la perception du lien parental rapporté par 54 adolescents traités pour AM et 54 témoins (dont 95% de femmes dans chaque groupe). Les témoins ont été séparés en deux groupes : les sains et ceux présentant une pathologie psychiatrique autre que les TCA. Elle est la seule étude sur l'AM retrouvée à ce jour, avec un groupe témoin psychiatrique. Les résultats ont ainsi montré que les patients AM ont été comparables aux témoins sains excepté pour la protection paternelle. Ces résultats sont en contradiction avec les résultats des précédentes publications. Par contre, comparé aux témoins psychiatriques, il a été retrouvé un niveau élevé de soins parentaux et un faible niveau de protection parentale. Ces résultats sont intéressants mais nécessitent d'être répliqués pour en tirer une conclusion.

Dans la publication de Halvorsen et coll. (Halvorsen, Rø, et Heyerdahl 2013), les auteurs ont comparé la perception des liens parentaux chez des patientes AM avec celle de leur fratrie. Les résultats n'ont retrouvé aucune différence significative.

Dans la publication de Guttman et coll. (Guttman et Laporte 2002), c'est par rapport à la perception des parents que la comparaison est faite. Les résultats ont ainsi montré que les patientes AM rapportent plus de protection maternelle que leur mère, moins de « santé familiale » que leur père et moins de cohésion que leur deux parents.

Dans la publication de Delannes et coll. (Delannes et al. 2006), les résultats n'ont pas retrouvé d'association entre la stratégie d'attachement et le fonctionnement familial d'adolescentes AM. Les familles de patientes AM ont toutefois été retrouvées comme moins cohésives que dans la population générale.

Dans la publication de Duclos et coll. (Duclos et al. 2013), les auteurs ont comparé les scores du PBI avec le niveau d'expression émotionnelle de leurs parents chez 60 adolescentes AM. Aucune association n'a été significative mais ils ont suggéré que les mères avec un fort niveau d'expression émotionnelle sont plus susceptibles de nier l'autonomie psychologique de leur fille.

Une seule étude a analysé la corrélation entre l'attachement parental et la sévérité des symptômes AM chez 43 patientes AM et 33 témoins. Les résultats ont mis en évidence que le contrôle maternel a été positivement corrélé à la sévérité des symptômes et que les soins paternels et de la GMM ont été négativement corrélés à la sévérité des symptômes (Canetti 2008).

D'autres publications ont examiné des associations plus complexes entre l'attachement parental, l'AM et une troisième variable selon les études.

Dans la publication de Halvorsen et coll. (Halvorsen, Rø, et Heyerdahl 2013), les auteurs ont examiné le lien entre la perception de la parentalité, le fonctionnement global et les problèmes psychologiques chez 46 adolescentes AM et leur fratrie. Les résultats ont montré plusieurs associations. Pour l'AM, une association est retrouvée entre un niveau élevé de soins parentaux et un meilleur fonctionnement global.

Il a aussi été identifié une association entre une faible prévalence des problèmes psychologiques internalisés et un niveau élevé de soins maternels pour l'AM. Concernant la fratrie, on retrouve la même association avec les soins maternels mais aussi paternels.

Dans la publication de Swanson et coll. (Swanson et al. 2010), les auteurs ont examiné la relation entre le lien parental perçu, la résolution de problèmes sociaux et l'AM chez 43 patientes AM hospitalisées et 76 témoins. Les résultats ont montré que les patientes AM ont utilisé des stratégies de résolution de problèmes sociaux plus évitantes et ont eu une approche négative de la résolution de problèmes contrairement aux témoins. Il a également été retrouvé que le lien maternel a modéré la relation entre une résolution de problème inadaptée et l'AM. Les auteurs ont ainsi suggéré une relation entre les trois facteurs.

Dans la publication de Delvecchio et coll. (Delvecchio et al. 2014), les auteurs ont examiné le rôle de l'exclusion défensive (système de désactivation) dans le développement des relations précoces et le lien à des manifestations ultérieures de symptômes TCA chez 51 patientes AM à l'aide de l'*Adult Attachment Projective Picture System*. Les résultats ont montré des avantages potentiels de l'utilisation de l'AAP en plus de la classification du style d'attachement pour mieux comprendre les problèmes de développement impliqués dans l'AM. Les patientes AM ont utilisé le système d'isolement traumatique plus que le normatif. Aucune différence significative n'a été trouvée entre le style d'attachement et le système d'isolement.

Dans la publication de Zachrisson et coll. (Zachrisson et Kulbotten 2006), les auteurs ont examiné l'association entre l'attachement et les symptômes psychiatriques comorbides à l'AM. Les résultats n'ont pas montré d'association entre l'attachement et les symptômes anxieux, phobiques, d'obsession-compulsion ou d'hostilité. Par contre, les patientes AM avec un style d'attachement rejetant ont eu des niveaux plus élevés de détresse associée à l'anxiété par rapport aux autres styles d'attachement. Les auteurs ont fait la suggestion que l'attachement a joué un rôle dans le traitement par le patient de la détresse après le trouble alimentaire plutôt que dans le trouble lui-même.

En ce qui concerne le rôle de l'attachement dans l'évolution de l'AM, Bulik et coll. (Bulik 2000) ont examiné le lien parental chez 70 patientes AM à différents stades de la maladie (21 étaient en rémission totale, 34 en rémission partielle et 15 en chronicisation) comparé à 98 témoins. La seule association significative retrouvée, en ce qui concerne le lien parental, a été que des soins maternels et paternels plus faibles ont été reliés à la chronicisation.

La recherche au sujet de l'impact de l'attachement sur la prise en charge de l'AM, est dominée par Tasca et coll. (Tasca et al. 2004), comme nous avons pu le voir précédemment pour les TCA. Dans l'AM, ils ont tenté de déterminer si l'auto-évaluation de l'attachement en pré-thérapeutique a permis de prédire un arrêt prématuré du programme intensif d'HDJ. Ils ont retrouvé que les patientes avec un style d'attachement évitant ont méconnu ou sous-estimé l'importance de la relation thérapeutique. Ces résultats sont en accord avec la littérature sur le désengagement des soins et les difficultés à percevoir les avantages de la prise en charge. Pour les patientes avec un style d'attachement anxieux, ils ont retrouvé une peur de l'abandon et un besoin de proximité important avec une surestimation des problèmes amplifiant leurs difficultés pour engager les soins. Dans cette publication, seul le sous-type AM-B a été

associé à un arrêt prématuré du programme chez les patientes avec un style d'attachement évitant. Les auteurs ont ainsi suggéré qu'un style d'attachement évitant auto-évalué en prétraitement peut contre-indiquer le programme d'HDJ et qu'un style d'attachement anxieux peut être facilitateur de ce type de prise en charge.

Devant le faible nombre de publications, la petite taille des échantillons, les différences méthodologiques et les résultats contradictoires, la seule conclusion véritablement possible est l'association entre l'attachement insécuré et l'AM.

IV- Conclusion

Bien que 67% et au-delà, des personnes souffrant de TCA signalent un attachement insécuré, les mécanismes spécifiques par lesquels l'attachement insécuré affecte la symptomatologie des TCA restent à ce jour largement inconnus.

Il semble également important de poursuivre les recherches dans ce domaine face au faible nombre d'études réalisées, aux résultats contradictoires, avec des groupes contrôles à la fois psychiatriques non TCA et sains et des études longitudinales pour pouvoir évaluer le lien de causalité.

À ce jour, les aspects transgénérationnels sont encore mal compris et représentent donc une frontière de recherche passionnante.

ATTACHEMENT ET ANOREXIE MENTALE

Dans ce chapitre, il a été abordé :

- L'étude de l'OT dans les TCA met en avant des différences entre la BN et l'AM, ainsi que des effets de l'OT sur la vigilance attentionnelle des patients vis à vis de l'alimentation et de l'apparence et d'un rôle de la génétique sur la sévérité des symptômes.
- En ce qui concerne l'attachement aux parents comme un facteur prédictif de symptômes alimentaires dans la population générale, les résultats sont contradictoires et nécessitent d'être répliqués. Les mécanismes restent encore inconnus.
- L'association est retrouvée significative entre l'attachement insécuré et les TCA et entre l'attachement insécuré et l'AM mais la spécificité ou non de cette association reste encore débattue.
- Les résultats sont contradictoires en ce qui concerne l'association spécifique entre l'attachement ou le lien parental et le sous-type de TCA ou même d'AM.
- Il est à noter une fréquence élevée de trauma et de perte non résolue chez les AM et leurs mères mais la question de la transmission reste à ce jour, mal connue.
- Plusieurs publications ont mis en avant l'existence de modérateurs de cette association.
- La majorité des études a retrouvé une association significative entre l'AM et des parents moins attentionnés, moins bienveillants par rapport aux sujets témoins. En ce qui concerne la surprotection parentale, les résultats sont plus contradictoires.
- La perception de ces liens chez l'AM semble identique avec la fratrie mais différente avec les parents.
- L'attachement insécuré et le dysfonctionnement des liens parentaux ont été associés à la sévérité des symptômes.
- En ce qui concerne l'évolution de la pathologie, des soins maternels et paternels plus faibles semblent être reliés à la chronicisation.

PARTIE II : ÉTUDE PERSONNELLE

Étude du lien parental dans l'enfance chez une population d'enfants et d'adolescents avec anorexie mentale

OBJECTIFS

Notre étude pilote a pour objectif, dans un premier temps, d'analyser les liens parentaux chez une population d'enfants et d'adolescents présentant une anorexie mentale (AM) en période péripubertaire et pubertaire.

Dans un second temps, nous évaluerons s'il existe des différences en fonction de la tranche d'âge étudiée.

HYPOTHÈSES

I- Principale

La présence d'un dysfonctionnement du lien parental dans l'enfance serait un facteur de risque de développer une AM au cours de l'adolescence.

II- Secondaire

La présence d'un dysfonctionnement du lien parental dans l'enfance favoriserait la survenue précoce de l'AM en période pubertaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I- Population étudiée

Il s'agit d'une étude pilote, observationnelle et comparative.

Trente enfants et adolescents âgés de 10 à 17 ans ont été inclus dans l'étude sur une période de juin 2015 à janvier 2016.

Ils ont été répartis en deux groupes : un groupe de cas et un groupe de témoins. Le groupe de cas est divisé en sous-groupes avec l'un correspondant aux patientes atteintes d'AM d'âge inférieur à 14 ans au moment de l'inclusion et l'autre, correspondant aux patientes de 14 à 17 ans inclus. Le groupe de témoins correspondait à des patientes hospitalisées en psychiatrie pour un épisode dépressif majeur (EDM).

A- Critères d'inclusion

Groupe cas	Groupe témoins
Critères d'AM selon le DSM-IV	Critères d'EDM selon le DSM-IV
Sexe féminin	Sexe féminin
Âge de début du trouble ≤ 17 ans	Âge de début du trouble ≤ 17 ans
Hospitalisation à temps complet	Hospitalisation à temps complet

B- Critères d'exclusion

Nous avons exclus les patients de sexe masculin et les patients dont les parents ou l'enfant avaient refusés de participer à l'étude pour l'ensemble des groupes.

Dans le groupe témoin, les patients avec des critères de trouble des conduites alimentaires (TCA) selon le DSM-IV ont été exclus.

II- Outil d'évaluation

A- Mini International Neuropsychiatry Interview for Children and Adolescent (MINI-KID)

Afin de confirmer les diagnostics d'AM, d'EDM et de vérifier la présence de comorbidités psychiatriques de l'axe I du DSM-IV associées, les patientes ont participé à un entretien semi-structuré, la *Mini International Neuropsychiatry Interview for Children and Adolescent* (MINI-KID) (Sheehan et al. 2010).

B- Children's Depression Inventory (CDI) et Children Depressive Rating Scale (CDRS)

Les patientes ont également répondu aux questionnaires d'auto-évaluation, la *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs et Beck 1981) et d'hétéro-évaluation, la *Children Depressive Rating Scale* (CDRS) (Poznanski et al. 1984) pour évaluer la sévérité de l'EDM.

Les scores sont considérés comme pathologiques à partir de 15/54 pour la CDI et de 30/113 pour la CDRS.

C- Parental Bonding Instrument (PBI)

Le *Parental Bonding Instrument* (PBI) (Parker, Tupling, et Brown 1979) est un questionnaire valide et fiable de 25 items, formé de deux échelles qui permettent de mesurer, de manière « rétrospective », séparément les attitudes et les comportements de chacun des parents perçus par leur fille durant les seize premières années de sa vie.

Les participants sont invités à évaluer chaque parent sur une échelle de Likert à 4 points avec 0 : très semblable, 1 : modérément semblable, 2 : modérément différent, et 3 : très différent. Deux scores sont obtenus pour chaque parent, un score de soins et un score de surprotection.

L'échelle des soins regroupe à un pôle des items quantifiant la chaleur affective, l'intérêt et la disponibilité psychologique, et à l'autre, l'indifférence et le rejet. Un score élevé indique la présence de bons soins. L'échelle de surprotection oppose le contrôle, l'intrusion et l'infantilisation à l'encouragement de l'autonomie. Un score élevé révèle la présence de surprotection et de contrôle.

L'échelle des soins et l'échelle de surprotection peuvent être utilisées séparément ou ensemble comme un instrument d'évaluation du style parental.

Le style parental a été divisé par Parker en quatre types, identifiables par des degrés de soins et de surprotection différents en fonction des scores seuils (figure N° 2). Le premier, « lien optimal » a été défini par de forts soins et un score faible de surprotection, soit un soutien à l'autonomie. Le deuxième type est appelé « contrainte affectueuse » et se distingue par de faibles soins et une haute surprotection parentale. Le troisième a été associé à de forts soins et une haute surprotection et est appelé « contrôle affectif ». Le quatrième, « lien négligent » a été associé à de faibles soins et un soutien à l'autonomie.

Le score seuil de l'échelle de soins est de 27 pour la mère et de 24 pour le père sur un total de 36. Plus les scores sont élevés et plus les soins sont importants et inversement.

Le score seuil de l'échelle de surprotection est de 13,5 pour la mère et de 12,5 pour le père sur un total de 39. Contrairement à l'échelle de soins, plus les scores de surprotection sont faibles et plus on tend vers un soutien à l'autonomie du parent envers l'enfant.

Le PBI n'est pas affecté par le sexe et l'âge de la personne répondant au questionnaire (Parker, Tupling, et Brown 1979). Il n'existe pas, à ce jour, de traduction française valide de cette échelle. Nous avons donc porté une grande attention à la traduction en utilisant la démarche habituelle de traduction et rétrotraduction (annexe N° 1).

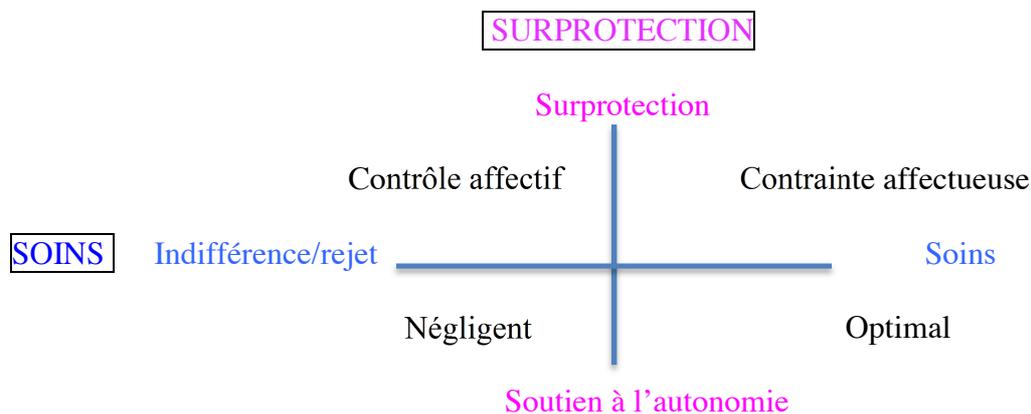


Figure N° 2 : Styles parentaux définis par le PBI.

D- Grille de recueil d'informations sur l'anorexie mentale

Dans le groupe AM, nous avons recueilli les données cliniques à partir d'une grille de recueil d'informations sur l'AM que nous avons développée (annexe N° 3).

Le niveau socio-économique a été évalué à partir du classement SES regroupé en 3 catégories (élevée, moyenne et faible).

III- Procédure

A- Étapes de la procédure

L'étude a été réalisée en plusieurs étapes:

- 1) La sélection des dossiers auprès des internes et médecins de chacune des trois unités de recrutement.
 - 2) Le recueil de l'accord oral des parents par téléphone puis par écrit.
 - 3) Le recueil de l'accord oral du patient.
 - 4) Une revue des données démographiques et cliniques de la population cible à partir des dossiers-patients à l'aide de la grille de recueil d'informations d'AM.
 - 5) Un entretien avec le patient afin de remplir les questionnaires d'auto et hétéro-évaluation.
- Toutes les données ont été secondairement anonymisées.

Des explications appropriées, compréhensibles, orales et écrites ont été fournies aux parents et à l'enfant. Les consentements éclairés écrits des parents et oraux des enfants ont été recueillis. Après accord de l'enfant et de ses parents, les questionnaires d'évaluation clinique ont été présentés à l'enfant.

Nous avons réalisé un entretien dans l'unité de soins où l'enfant était hospitalisé. Il durait en moyenne une heure par patient.

B- Lieu de recrutement

Les sujets ont été recrutés par nos soins, au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Professeur Bouvard, dans la file active des patients admis en hospitalisation au Service Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUHEA) pour le groupe avec AM de 14 ans ou moins et à l'Unité de Psychiatrie Infanto-juvénile et de Liaison de Gironde (UPSILON) pour le groupe témoin de l'Hôpital Charles Perrens et enfin, du pôle du Docteur Pommereau au Centre Jean Abadie à l'Unité des Troubles des Conduites Alimentaires (UTCA) pour le groupe avec AM de 14 ans ou plus, dans la ville de Bordeaux.

IV- Analyse statistique

Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour analyser l'ensemble des données.

La comparaison des moyennes a été réalisée par le test t de Student.

La comparaison des pourcentages a été réalisée par le test du χ^2 .

Enfin, l'analyse de corrélation, compte tenu de la taille de l'échantillon, a été réalisée à l'aide du test r de corrélation de Spearman.

Le seuil de significativité choisi a été un $p < 0,05$.

RÉSULTATS

I- Analyse descriptive

Nous n'avons pas eu de données manquantes.

Sur 19 dossiers étudiés de patientes de moins de 18 ans hospitalisées pour AM, 19 répondaient aux critères d'inclusion et une famille a refusé de participer à l'étude. Sur 16 dossiers étudiés de patientes de moins de 18 ans hospitalisées pour EDM, 14 répondaient aux critères d'inclusion et 2 familles ont refusé de participer à l'étude.

Compte-tenu du petit effectif de notre population d'étude, pour la plupart des résultats, nous n'avons pas réalisé de tests statistiques.

A- Données socio-démographiques

L'étude concerne 30 patientes nées entre 1998 et 2005. L'ensemble des patients est de sexe féminin. La population est répartie en un groupe de 12 témoins âgés de 13 à 16 ans avec un âge moyen de 14,9 ans et un groupe de 18 patientes avec AM âgées de 10 à 18 ans dont 6 ont moins de 14 ans avec un âge moyen de 11,8 ans, 5 sont âgées de 14 ans et 7 ont entre 15 et 18 ans avec un âge moyen de 16,2 ans.

Le niveau socio-économique des parents du groupe témoin est, pour l'ensemble du groupe, de classe moyenne et pour le groupe AM, un tiers appartient à la classe élevée et deux tiers à la classe moyenne.

La majorité du groupe AM a des parents mariés (83%), contrairement au groupe témoin dont la majorité des parents sont séparés (83%).

La fratrie est comparable au sein des différents groupes avec en moyenne 0,8 frère ou sœur. On retrouve 3 filles uniques dans le groupe AM comme dans le groupe témoin. Les autres jeunes filles appartiennent en grande majorité à des fratries de 2, très rarement à des fratries de 3 et une des jeunes filles a une sœur jumelle. Pour le groupe AM, la majorité de ces jeunes filles sont les aînées de la fratrie (63%).

B- Données cliniques

1) Données cliniques sur les patientes souffrant d'anorexie mentale

L'ensemble des données cliniques de l'AM est résumé dans le tableau N° 5.

Tableau N° 5 : Données cliniques des patientes souffrant d'anorexie mentale.

	Groupe AM < 14 ans (N=6)		Groupe AM = 14 ans (N=5)		Groupe AM 15-18 ans (N=7)		
	moyenne	écart- type	moyenne	écart- type	moyenne	écart- type	
IMC d'entrée en hospitalisation	13,1	0,8	15,6	2,4	14,4	0,9	
Durée de la maladie (mois)	16,6	12,2	14,6	6,3	10,5	4,4	
Age du diagnostic (année)	10,8	1,9	12,8	0,4	15,7	0,9	
Nombre d'hospitalisation	1,0	0,0	1,2	0,4	1,1	0,3	
Perte de poids (%)	20,8	6,5	32,2	6,7	30,0	4,6	
Score CDRS	48,1	19,0	50,8	17,6	48,7	19,1	
Score CDI	15,5	6,0	21,4	9,6	18,4	8,7	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	
Sous- type AM	restrictif	6	100	1	20	3	42,9
	purgatif	0	0	4	80	4	57,1

AM, Anorexie Mentale ; CDI, *Children's Depression Inventory*; CDRS, *Children Depressive Rating Scale* ; IMC, Indice de Masse Corporelle ;

On note un IMC d'entrée en hospitalisation inférieur dans le groupe AM des moins de 14 ans. On retrouve également une perte de poids inférieure dans ce même groupe.

Dans le groupe AM des moins de 14 ans, toutes les patientes présentent une AM de type restrictif. Dans le groupe AM âgé de 14 ans, la majorité est de type purgatif et pour finir, dans le groupe de 15-18 ans, la répartition entre les sous-types est sensiblement équivalente.

2) Données cliniques sur l'ensemble de la population étudiée

◆ *Antécédents familiaux*

Les antécédents familiaux de l'ensemble de la population étudiée sont résumés dans le tableau N° 6.

Tableau N° 6 : Antécédents familiaux de la population étudiée.

		Groupe AM < 14 ans (N=6)		Groupe AM = 14 ans (N=5)		Groupe AM 15-18 ans (N=7)		Témoins (N=12)	
		effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
ATCD familiaux TCA	absent	5	83,3	5	100	5	71,4	9	75
	1 ^{er} degré	1	16,7	0	0	2	28,6	2	16,7
	2 nd degré	0	0	0	0	0	0	1	8,3
ATCD familiaux psychiatriques	absent	2	33,3	2	40	3	42,8	5	41,7
	1 ^{er} degré	3	50	2	40	2	28,6	5	41,7
	2 nd degré	1	16,7	1	20	2	28,6	2	16,7

AM, Anorexie Mentale ; ATCD, Antécédents ; TCA, Trouble des Conduites Alimentaires ;

Au niveau des antécédents familiaux de TCA, les deux groupes AM et témoins sont comparables. En ce qui concerne les antécédents familiaux psychiatriques, on observe une proportion légèrement plus importante dans le groupe des AM de moins de 14 ans.

◆ Comorbidités

Les comorbidités de la population étudiée sont résumées dans le tableau N° 7.

Tableau N° 7 : Comorbidités de la population étudiée.

	Groupe AM < 14 ans (N=6)		Groupe AM = 14 ans (N=5)		Groupe AM 15-18 ans (N=7)		Témoins (N=12)	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Comorbidité anxieuse	1	16,7	3	60	6	85,7	10	83,3
Comorbidité dépressive	3	50	3	60	1	14,3	-	-
ADS dans l'enfance	2	33,3	1	20	3	42,9	1	8,3

AM, Anorexie Mentale ; ADS, Anxiété De Séparation ;

Dans les groupes AM, la comorbidité anxieuse est la plus importante dans le groupe des 15-18 ans, soit 85,7% et proche de celle du groupe témoin et la comorbidité dépressive est la plus faible dans ce même groupe. Parmi les principaux troubles anxieux rapportés, nous retrouvons : l'anxiété généralisée (30%), le TOC (22%) et le trouble de panique (17%).

L'anxiété de séparation (ADS) est plus importante dans les groupes AM comparé au groupe témoin (6 versus 1) avec une prévalence la plus élevée dans le groupe des 15-18 ans avec 42,9% soit presque la moitié du groupe.

Lorsque nous procédons au regroupement de l'ensemble des patientes AM comparé au groupe témoin, nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux groupes mais nous pouvons observer une tendance ($p = 0,19$) à la différence avec un nombre plus important d'ADS dans le groupe AM (33,3%) comparé au groupe témoin (8,3%).

Les résultats montrent que plus d'un tiers (38,9%) des patients souffrant d'AM présentent une comorbidité dépressive et plus de la moitié (55,6%), une comorbidité anxieuse.

Nous procédons de même pour la sévérité de la dépression avec les scores du CDI et CDRS. Les résultats retrouvent ainsi une différence significative ($p = 0,04$) pour le score CDRS (moyenne = 49,1 ; $\sigma = 17,6$ vs moyenne = 61,8 ; $\sigma = 14,6$) mais pas pour le score CDI (moyenne = 18,2 ; $\sigma = 8,1$ vs moyenne = 23,3 ; $\sigma = 9,8$) entre respectivement le groupe AM et témoin. Les scores sont plus élevés pour le groupe témoin, qui rappelons le, souffre d'EDM.

Nous réalisons ensuite une comparaison au sein du groupe AM en fonction de l'âge de la population, dans l'hypothèse d'une différence en fonction de la tranche d'âge étudiée (période péripubertaire (<14 ans) ou pubertaire (15-18 ans)). Les patientes âgées de 14 ans ont été exclues de cette comparaison afin de maintenir un équilibre entre les groupes et de mettre en avant un contraste entre les plus jeunes et les plus âgés.

En ce qui concerne les comorbidités associées à l'AM, nos résultats montrent un taux de comorbidité dépressive supérieur chez les AM en période péripubertaire (50% vs 14,3%) et un taux de comorbidité anxieuse et d'ADS supérieur chez les AM en période pubertaire avec respectivement 85,7% vs 16,7% et 42,9% vs 33,3%.

Pour les scores de CDRS et CDI, nous ne trouvons pas de différence significative avec respectivement $p = 0,96$ et $p = 0,5$. Ces résultats suggèrent que la sévérité d'une dépression associée ne diffère pas en fonction de la période péripubertaire ou pubertaire de l'AM.

3) Résultats concernant le PBI

◆ *Données générales*

- *Dans l'ensemble de la population*

Les résultats de la comparaison des scores du PBI entre l'ensemble des groupes AM et le groupe témoin sont présentés dans le tableau N° 8.

Tableau N° 8 : Comparaison des scores du PBI entre l'ensemble des groupes AM et le groupe témoin.

		Groupe AM (N=18)		Témoins (N=12)		
		moyenne	écart-type	moyenne	écart-type	p
PBI mère	Score de soins	27,6	8,4	28,0	9,2	0,90
	Score de surprotection	14,5	8,4	19,4	8,7	0,13
PBI père	Score de soins	25,6	10,3	16,3	12,1	0,03*
	Score de surprotection	11,3	7,2	14,5	6,2	0,22

AM, Anorexie Mentale ; PBI, *Parental Bonding Instrument* ;

Test t de Student

Seuil de signification : $p < 0,05^*$

Les résultats montrent une différence significative pour le score de soins paternels avec des soins plus importants dans le groupe AM comparé au groupe témoin.

Les patientes souffrant d'AM montrent des scores de surprotection à la fois maternelle et paternelle plus faibles que les témoins mais seul la surprotection maternelle tend à être significativement différente ($p = 0,13$).

Aucune différence significative n'est trouvée en ce qui concerne les soins maternels et la surprotection paternelle.

L'attribution des scores du PBI dans l'un des quatre types de style parental pour le groupe AM et le groupe témoin est présentée dans la figure N° 3.

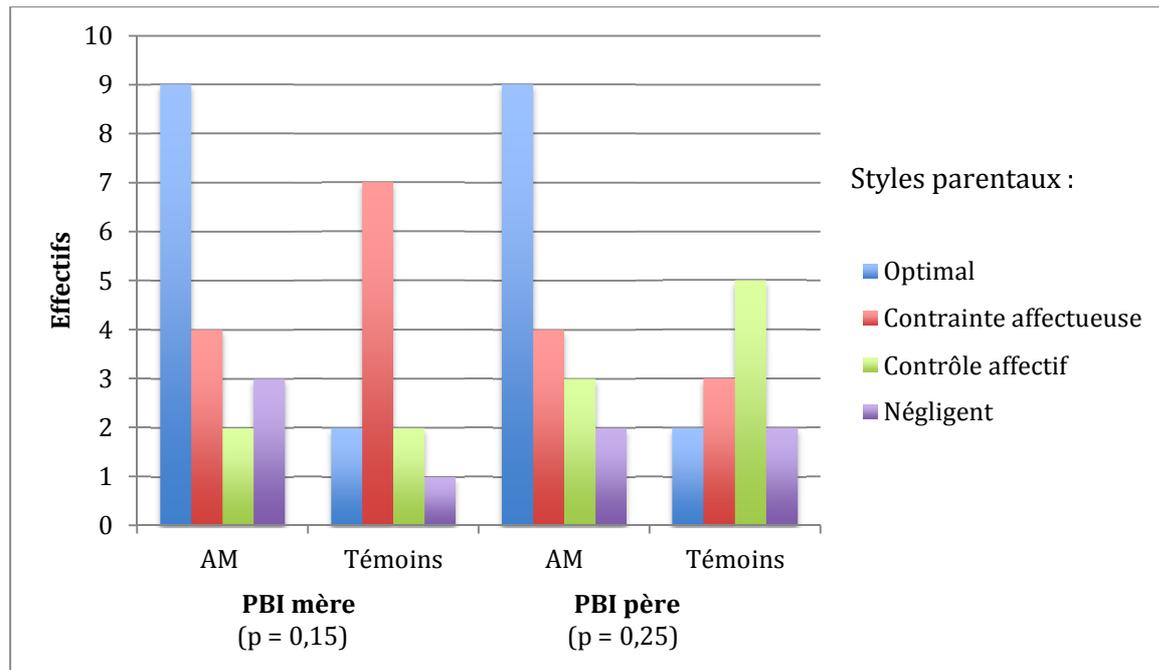


Figure N° 3 : Comparaison des styles parentaux entre l'ensemble des groupes AM et le groupe témoin.

AM, Anorexie Mentale ; PBI, *Parental Bonding Instrument* ;
 Comparaison entre le groupe AM et le groupe témoin. Test du X^2 .
 Seuil de signification : $p < 0,05^*$

Nous décrivons, dans un premier temps, les styles parentaux avec la mère. Les résultats montrent un nombre plus élevé de style parental « optimal » chez les AM (50%) comparé aux témoins souffrants d'EDM (16,7%) et un nombre plus faible de « contrainte affectueuse » chez les AM (22,2%) comparé aux témoins (58,3%). On observe une fréquence élevée de style parental « négligent » chez les AM (16,7%) comparé aux témoins (8,3%).

Dans un second temps, nous décrivons les styles parentaux avec le père. Les résultats montrent un nombre plus élevé de style parental « optimal » chez les AM (50%) comparé aux témoins (16,7%). On observe un pourcentage de style parental « contrôle affectif » est inférieur dans le groupe AM (16,7%) comparé au groupe témoin (41,7%).

Les résultats avec la mère tendent plus vers une différence entre les deux groupes ($p=0,15$) comparé à ceux avec le père ($p=0,25$).

- En fonction de l'âge

Les résultats sur le PBI dans l'ensemble des différents groupes AM et témoins sont présentés dans le tableau N° 9.

Tableau N° 9 : Résultats du PBI dans l'ensemble des groupes de la population étudiée.

		Groupe AM < 14 ans (N=6)		Groupe AM = 14 ans (N=5)		Groupe AM 15-18 ans (N=7)		Témoins (N=12)	
		moyenne	écart- type	moyenne	écart- type	moyenne	écart- type	moyenne	écart- type
PBI mère	Score de soins	29,3	7,0	27,4	6,3	26,2	11,3	28,0	9,2
	Score de sur protection	8,6	3,2	13,6	7,7	20,2	8,8	19,4	8,7
PBI père	Score de soins	30,1	2,9	17,2	13,5	27,7	9,4	16,3	12,1
	Score de sur protection	8,3	4,6	12,8	8,0	12,8	8,6	14,5	6,2
		effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
PBI mère: style parental	Optimal	4	66,7	3	60,0	2	28,6	2	16,7
	Contrainte affectueuse	0	0	1	20,0	3	42,8	7	58,3
	Contrôle affectif	0	0	0	0	2	28,6	2	16,7
	Négligent	2	33,3	1	20,0	0	0	1	8,3
PBI père : style parental	Optimal	4	66,7	2	40,0	3	42,9	2	16,7
	Contrainte affectueuse	2	33,3	0	0	2	28,6	3	25,0
	Contrôle affectif	0	0	2	40,0	1	14,3	5	41,7
	Négligent	0	0	1	20,0	1	14,3	2	16,7

AM, Anorexie Mentale ; PBI, *Parental Bonding Instrument* ;

Nous détaillerons uniquement les styles parentaux en fonction de l'âge chez les patientes AM, les autres résultats étant décrits dans les tableaux N° 8 et 10.

Chez la mère, le pourcentage du style parental « optimal » et « négligent » diminue avec l'âge contrairement au style parental « contrainte affectueuse » qui augmente avec l'âge. Le style parental « contrôle affectif » est représenté seulement dans le groupe 15-18 ans.

Chez le père, dans le groupe âgé de moins de 14 ans, seuls les styles parentaux « optimal » et « contrainte affectueuse » sont représentés. Dans le groupe des 15-18 ans, l'ensemble des styles parentaux sont représentés avec une prédominance du style parental « optimal » (42,9%) puis « contrainte affectueuse » (28,6%). Le style « optimal » est le plus observé dans le groupe des moins de 14 ans et le style « contrôle affectif » dans le groupe des 14 ans.

Nous réalisons ensuite une comparaison au sein du groupe AM en fonction de l'âge de la population, dans l'hypothèse d'une différence en fonction de la tranche d'âge étudiée (période péripubertaire (<14 ans) ou pubertaire (15-18 ans)). Les patientes âgées de 14 ans ont été

exclues de cette comparaison afin de maintenir un équilibre entre les groupes et de mettre en avant un contraste entre les plus jeunes et les plus âgés.

Les résultats concernant le PBI sont présentés dans le tableau N° 10.

Tableau N° 10 : Comparaison des scores du PBI entre les sous-groupes d'AM.

		Groupe AM < 14 ans (N=6)		Groupe AM 15-18 ans (N=7)		
		moyenne	écart-type	moyenne	écart-type	p
PBI mère	Score de soins	29,3	7,0	26,2	11,3	0,58
	Score de surprotection	8,6	3,2	20,2	8,8	0,01*
PBI père	Score de soins	30,1	2,9	27,7	9,4	0,55
	Score de surprotection	8,3	4,6	12,8	8,6	0,27

AM, Anorexie Mentale ; PBI, *Parental Bonding Instrument* ;

Test t de Student

Seuil de signification : $p < 0,05^*$

En ce qui concerne la perception du lien parental par la patiente AM, les scores de soins maternels et paternels ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes.

En revanche, on observe une tendance à la significativité ($p = 0,27$) pour le score de surprotection paternelle avec des scores plus élevés pour les AM de 15-18 ans. Par contre, la différence est statistiquement significative ($p = 0,01$) pour le score de surprotection maternelle avec des scores plus élevés pour les AM de 15-18 ans.

Les résultats suggèrent une surprotection maternelle et une tendance à la surprotection paternelle chez les patientes AM en période pubertaire.

◆ Comorbidités

Nous réalisons également une comparaison au sein de l'ensemble de notre échantillon d'étude (AM et témoins) en fonction des comorbidités associées. La comorbidité dépressive n'a pas été étudiée devant la présence d'EDM comme diagnostic principal pour l'ensemble des témoins. Les résultats sont présentés dans les tableaux N° 11 et N° 12.

Tableau N° 11 : Comparaison des scores du PBI avec l'ADS dans l'ensemble de l'échantillon.

		ADS				p
		absente (N=23)		présente (N=7)		
		moyenne	écart-type	moyenne	écart-type	
PBI mère	Score de soins	27,1	8,2	29,8	10,3	0,47
	Score de surprotection	17,4	9,2	13,4	6,7	0,29
PBI père	Score de soins	18,8	11,8	32,1	2,03	0,006*
	Score de surprotection	12,8	7,02	11,7	7,2	0,70

ADS, Anxiété De Séparation ; PBI, *Parental Bonding Instrument* ;

Test t de Student

Seuil de signification : $p < 0,05^*$

Les résultats retrouvent une différence significative ($p = 0,006$) des scores de PBI entre la présence ou l'absence d'ADS uniquement pour les soins paternels. Les soins paternels sont ainsi plus importants en présence d'ADS dans l'enfance du patient.

Tableau N° 12 : Comparaison des scores du PBI avec la comorbidité anxieuse dans l'ensemble de l'échantillon.

		Comorbidité anxieuse				p
		absente (N=10)		présente (N=20)		
		moyenne	écart-type	moyenne	écart-type	
PBI mère	Score de soins	30	5,9	26,6	9,6	0,32
	Score de surprotection	11,3	6,3	19,1	8,7	0,01*
PBI père	Score de soins	29,8	2,5	17,9	12,7	0,007*
	Score de surprotection	8,8	4,8	14,5	7,2	0,03*

PBI, *Parental Bonding Instrument* ;

Test t de Student

Seuil de signification : $p < 0,05^*$

En ce qui concerne la comorbidité anxieuse, les résultats montrent une différence significative pour l'ensemble des résultats en dehors des soins maternels.

En présence de comorbidité anxieuse, les soins paternels sont plus faibles ($p = 0,007$) et la surprotection maternelle ($p = 0,01$) et paternelle ($p = 0,03$) plus élevée. Les soins maternels ne se modifient pas en fonction de la présence ou non de comorbidité anxieuse chez l'enfant ou adolescent.

II- Analyses de corrélation

A partir des résultats de notre analyse descriptive, nous avons retenu les variables qui nous paraissaient les plus pertinentes, afin de rechercher l'existence de corrélation entre les données cliniques de notre population cible et les scores de PBI. Ces analyses ont été réalisées sur l'ensemble de nos 30 sujets.

A- Corrélation des scores du PBI par rapport à l'âge

Les résultats de l'analyse de corrélation des scores du PBI par rapport à l'âge sont présentés dans le tableau N° 13.

Tableau N° 13 : Corrélation des scores du PBI en fonction de l'âge.

	PBI mère				PBI père			
	Soins		Surprotection		Soins		Surprotection	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Age	-0,27	0,28	0,58	0,01*	-0,12	0,64	0,22	0,39

PBI, *Parental Bonding Instrument* ;

Test r de corrélation de Spearman

Seuil de signification : $p < 0,05^*$

Il existe une corrélation positive statistiquement significative ($p = 0,01$) entre l'âge et le score de surprotection maternelle. Cela signifie que plus l'âge est élevé, plus le score de surprotection maternelle est élevé. Les autres scores du PBI ne sont pas corrélés à l'âge.

B- Corrélation de la dépression par rapport au lien parental

Les résultats de l'analyse de corrélation de la dépression par rapport au lien parental sont présentés dans le tableau N° 14.

Tableau N° 14 : Corrélation des scores du PBI en fonction de la dépression.

	PBI mère				PBI père			
	Soins		Surprotection		Soins		Surprotection	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Score CDI	-0,41	0,09	0,57	0,01*	-0,55	0,02*	0,25	0,33
Score CDRS	-0,32	0,20	0,34	0,17	-0,46	0,05	0,03	0,89

CDI, *Children's Depression Inventory*; CDRS, *Children Depressive Rating Scale* ; PBI, *Parental Bonding Instrument* ;

Test r de corrélation de Spearman

Seuil de signification : $p < 0,05^*$

Le score CDI est significativement corrélé positivement avec la surprotection maternelle ($p = 0,01$) et négativement avec les soins paternels ($p = 0,02$). Cela signifie que plus le score CDI est élevé, plus le score de protection maternelle est élevé et plus le score de soins paternels est faible. Nous trouvons une tendance à la corrélation négative entre les scores de CDRS et les soins paternels. Ces résultats suggèrent que le sentiment de dépression par l'enfant est corrélé à la perception du lien parental et notamment de la surprotection maternelle et des soins paternels.

C- Corrélation des variables de l'anorexie mentale par rapport au lien parental

Les résultats de l'analyse de corrélation des variables de l'AM par rapport au lien parental, chez les patientes AM uniquement, sont présentés dans le tableau N° 15.

Tableau N° 15 : Corrélation des scores du PBI en fonction des variables de l'anorexie mentale.

	PBI mère				PBI père			
	Soins		Surprotection		Soins		Surprotection	
	r	p	r	p	r	p	r	p
IMC d'entrée en hospitalisation	-0,06	0,80	0,30	0,22	-0,34	0,16	0,43	0,07
Durée de la maladie (mois)	-0,32	0,19	-0,14	0,56	0,02	0,99	0,28	0,25
Age diagnostic (année)	-0,14	0,57	0,52	0,02*	-0,02	0,92	0,21	0,38
Perte de poids (%)	-0,18	0,47	0,46	0,05	-0,46	0,05	0,19	0,43

IMC, Indice de Masse Corporelle ; PBI, Parental Bonding Instrument ;
Test r de corrélation de Spearman ; Seuil de signification : $p < 0,05^*$

Les corrélations possibles entre les différentes variables de l'AM et les scores du PBI sont analysées chez les patientes AM. Les constats suivants peuvent ainsi être fait :

- il existe une corrélation positive statistiquement significative ($p = 0,02$) entre l'âge du diagnostic d'AM et le score de surprotection maternelle.
- il existe une tendance à la corrélation positive ($p = 0,07$) entre l'IMC à l'entrée d'hospitalisation et le score de surprotection paternelle.
- il existe une tendance à la corrélation ($p = 0,05$) entre le pourcentage de perte de poids et le score du PBI : corrélation positive avec la surprotection maternelle et corrélation négative avec les soins paternels.

D- Corrélation du lien parental perçu avec la mère par rapport à celui avec le père

Il existe une tendance à la significativité pour des corrélations positives entre le score de surprotection paternelle et le score de surprotection maternelle ($r = 0,43$; $p = 0,07$) et entre le score de soins paternels et le score de soins maternels ($r = 0,42$; $p = 0,08$).

Ces résultats peuvent ainsi suggérer que les comportements de la mère peuvent influencer ceux du père et inversement.

DISCUSSION

Les objectifs de notre étude étaient d'analyser les liens parentaux perçus chez une population d'enfants et d'adolescents présentant une AM et d'évaluer l'existence de différences en fonction de la tranche d'âge étudiée.

I- Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

Notre étude a permis de mettre en avant la perception par les patientes AM d'une mère encourageant à l'autonomie et d'un père chaleureux et compréhensif comparé aux témoins souffrant d'EDM. Il a également été mis en évidence des différences en fonction de la période pré ou pubertaire des patientes AM avec une surprotection maternelle et une tendance à la surprotection paternelle chez les patientes AM pubertaires.

Le lien parental perçu par les patientes a été corrélé à la sévérité du trouble au travers de la perte de poids et de l'âge du diagnostic. Il a également été corrélé avec la sévérité d'une dépression comorbide perçue par la patiente.

Il est à noter une comorbidité psychiatrique importante chez les patientes AM avec 33,3% d'ADS, 38,9% de dépression et 55,6% de troubles anxieux.

Avant d'interpréter les résultats de notre étude avec les données de la littérature, il est important de rappeler le très faible nombre de publications existant à ce sujet et les difficultés de comparabilité entre ces différentes publications. Les outils d'évaluations, l'âge de la population et les termes utilisés pour définir l'attachement diffèrent en fonction des publications ainsi que les faibles effectifs de la plupart des publications, rendent ce travail difficile.

En effet, comme nous avons pu le voir dans la partie état des connaissances, peu d'études ont examiné l'association entre le lien parental et l'AM spécifiquement et encore moins, ont évalué les comorbidités psychiatriques associées.

Une seule étude a comparé sa population de patients avec une AM à un groupe de patients psychiatriques et la plupart n'ont pas de groupe de comparaison (Russell et al. 1992). Enfin, aucune étude n'a fait la différence en fonction de la période péripubertaire ou pubertaire.

Dans un premier temps, nous allons discuter des principaux résultats concernant le fonctionnement parental évalué par le PBI chez les patients souffrant d'AM.

Dans la population générale, les scores du PBI retrouvés dans la littérature varient de 26 à 31,6 pour le soin maternel, de 9,5 à 14,2 pour la surprotection maternelle, de 23,2 à 28,8 pour le soin paternel et de 7,5 à 13,4 pour la surprotection paternelle (Calam et al. 1990; Russell et al. 1992; Bulik 2000; Canetti 2008).

En ce qui concerne les styles parentaux, les résultats varient, en fonction des publications, de 54 à 65% pour « l'optimal », de 10 à 21% pour le « contraint affectueux », de 15 à 19% pour le « contrôle affectif » et de 9 à 10% pour le « négligent » chez la mère. Ils varient de 35 à 42% pour « l'optimal », de 15 à 22% pour le « contraint affectueux », de 18 à 25% pour le « contrôle affectif » et de 15 à 20% pour le « négligent » chez le père (Rhodes et Kroger 1992; Russell et al. 1992; Canetti 2008).

Il est ainsi retrouvé des scores de soins et un style parental « optimal » plus faibles ainsi qu'une proportion du style parental « contrôle affectif » et « négligent » plus élevée chez le père comparé à la mère en population générale.

Les résultats dans notre population d'AM ne diffèrent pas des scores retrouvés en population générale. En ce qui concerne les styles parentaux, nos résultats sont quelque peu différents. Il ressort une proportion du style parental « négligent » maternel plus élevée et paternel plus faible ainsi qu'un « contrôle affectif » maternel et paternel plus faible chez les AM comparé à la population générale.

Ces résultats suggèrent ainsi l'importance d'analyser les styles parentaux en plus des scores de soins et de surprotection dans l'AM.

Chez les patients AM, pour les scores du PBI, la littérature trouve des résultats contradictoires aux nôtres.

En ce qui concerne les soins parentaux, les parents des patientes AM sont perçus comme moins attentionnés et bienveillants comparé à ceux des témoins sains (Guttman et Laporte 2002; Canetti 2008; Swanson et al. 2010; Duclos et al. 2013).

Au sujet de la surprotection parentale, la littérature retrouve soit des résultats semblables soit une surprotection chez les patientes AM comparé aux témoins.

Dans l'étude de Russel et coll. (Russell et al. 1992), seule étude avec un groupe témoin psychiatrique, les auteurs ont également trouvé des résultats contradictoires avec le reste de la littérature. Leurs résultats ont montré une similitude entre le groupe AM et les témoins sains en dehors de la surprotection paternelle. Par contre, lors de la comparaison entre le groupe AM et les témoins cliniques, les différences ont été significatives.

Les résultats de cette étude sont en accord avec l'ensemble de nos résultats en dehors de la surprotection maternelle. Russel et coll. ont retrouvé dans leur échantillon de 108 sujets une différence significative avec un score plus faible pour les AM. Dans notre étude, nous avons trouvé une tendance similaire mais non significative statistiquement, probablement en lien avec un effectif de population plus faible.

Les auteurs ont ainsi suggéré une mauvaise interprétation de cet aspect de l'interaction familiale par les patientes AM, comme elles peuvent le faire avec leur taille corporelle.

Dans notre étude, les patientes AM ne perçoivent ainsi pas de surprotection maternelle ni d'indifférence ou de rejet paternel. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Fonagy et coll. (Fonagy et al. 1996) mettent en avant un lien entre l'idéalisation des parents et les patients souffrant de TCA. Rapporté à l'observation clinique, l'idéalisation parentale serait une autre forme d'expression de normes exagérées comme pour le perfectionnisme. Orzolek-Kronner (Orzolek-Kronner 2002) parle, quant à elle, de l'idéalisation comme d'une croyance accompagnant parfois les TCA. Pour Ringer et coll. (Ringer et Crittenden 2007) ce serait une manière de représenter une famille « parfaite » avec des conflits familiaux cachés. L'enfant n'étant pas au courant des conflits entre les parents, il s'attribue les comportements inadaptés de la mère et se bat pour obtenir une certaine reconnaissance de celle-ci. L'enfant ne peut ainsi pas dire du mal de la mère au risque de la détruire. Enfin, Corcos et coll. (Corcos et Dupont 2007) émettent l'hypothèse d'un besoin de séparation-autonomisation dysfonctionnel en lien avec des défaillances structurales. Les carences parentales dans les soins primaires n'auraient pas permis les intériorisations précoces pendant la petite enfance nécessaire à l'individuation au moment de l'adolescence. La sexualisation du corps réactive ainsi les fantasmes de « même corps » avec la mère. Dans ce contexte, la patiente AM ne faisant qu'un avec sa mère, ne pourrait pas percevoir les dysfonctionnements du lien.

Chez les patients AM, nous allons maintenant aborder le style parental.

Dans notre étude, les résultats ont semblé montrer une perception du style parental « optimal » maternel comme paternel, plus élevée chez les patientes AM que les témoins psychiatriques. Le style parental « négligent » maternel a également été supérieur chez les patientes AM. Le style parental « contrôle affectif » maternel a été le style le moins représenté

chez les AM. Nous avons également observé une différence importante entre les patientes AM et les témoins pour le style parental « contrôle affectif » paternel et « contrainte affectueuse » maternel avec des effectifs plus faibles pour les AM.

Dans la littérature, seulement 3 publications ont étudié le style parental chez les patientes AM (Rhodes et Kroger 1992; Russell et al. 1992; Canetti 2008) et une seule a comparé les AM avec un groupe témoin sain et psychiatrique (Russell et al. 1992). Le style parental « contrôle affectif » paternel et maternel est prédominant chez les patients AM comparé aux témoins sains. Pour la comparaison aux témoins psychiatriques, les résultats sont différents. Ils sont plus proches des nôtres avec un style parental « optimal » maternel prédominant chez les AM (65%) et supérieur au groupe témoin psychiatrique (27%), de même pour le père avec respectivement 58% et 24%. Il a également été mis en évidence une différence entre les deux groupes pour le style parental « contrôle affectif » paternel avec 15% chez les AM et 37% chez les témoins cliniques qui va dans le même sens que notre étude, contrairement aux résultats pour le style parental « contrainte affectueuse » maternel.

D'un point de vu psychopathologique, Parker (Parker 1985) a évalué le lien parental comme un facteur de risque de troubles psychiatriques. Le style parental « optimal » a été mis en évidence comme un facteur de risque positif et le style parental « contrôle affectif », comme un facteur de risque négatif au développement psychosocial des adultes. Le risque pour des parents d'être attribué au quadrant « contrôle affectif » est très élevé pour les personnes atteintes de troubles névrotiques (la phobie sociale, la névrose dépressive, névrose d'angoisse et de l'agoraphobie) par rapport aux troubles psychotiques (la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive).

D'un point de vu de l'attachement, plusieurs auteurs ont repéré une forte représentation de la catégorie d'attachement non résolu chez les patientes AM comme chez leurs mères avec une notion de transmission (O'Shaughnessy et Dallos 2009; Gander, Sevecke, et Buchheim 2015). Dans notre étude, le style parental « négligent » est également fortement représenté. Il serait ainsi intéressant de pouvoir étudier cette association.

Ces dimensions parentales sont également à mettre en lien avec les rôles d'un parent définis par Ainsworth (M. S. Ainsworth 1989), avec d'une part, fournir une base sûre et, d'autre part, encourager l'enfant à explorer son environnement.

Nos effectifs ont été trop petits pour pouvoir évaluer la spécificité de l'association entre le lien parental perçu par la patiente et le sous-type d'AM, comme il a pu l'être étudié dans plusieurs publications (Di Pentima et al. 1998; Zachrisson et Kulbotten 2006).

Dans l'analyse de corrélation nous retrouvons une surprotection maternelle corrélée à différentes données cliniques. Plus l'âge du diagnostic est tardif, plus la perte de poids est importante et plus la sévérité de la dépression perçue par l'enfant est élevée, plus l'enfant perçoit une surprotection de la part de sa mère. Les soins maternels ne sont quant à eux corrélés avec aucune variable clinique. Pour le père, plus la perte de poids est importante plus l'enfant perçoit son père comme rejetant.

Ces résultats suggèrent ainsi une corrélation entre la perception des parents par l'enfant et la sévérité de leur maladie.

Nos résultats sont donc en accord avec la littérature, qui a retrouvé pour la sévérité des symptômes AM, une corrélation positive avec la protection maternelle et une corrélation négative avec les soins paternels (Canetti 2008).

En ce qui concerne la comparaison des scores entre les deux parents, nous retrouvons des différences. Les scores du PBI du père sont inférieurs à ceux de la mère chez les patientes AM comme chez les témoins psychiatriques.

Ces résultats correspondent aux données de la littérature (Guttman et Laporte 2002; Duclos et al. 2014).

Cette différence de lien parental perçu entre la mère et le père nous suggère un attachement plus fort avec la mère, figure d'attachement principale du nourrisson dans la majorité des familles.

Dans un second temps, nous allons discuter du rôle de l'âge.

Dans l'analyse de corrélation sur l'ensemble de notre population, l'âge a été corrélé uniquement à la surprotection maternelle. Plus l'âge de l'enfant est avancé, plus il perçoit une surprotection de la part de sa mère.

En ce qui concerne les différences en fonction de la période péripubertaire, définie par notre groupe de moins de 14 ans et pubertaire, définie par le groupe des 15 à 18 ans au sein du groupe AM, nos résultats ont mis en avant une surprotection maternelle et une tendance à la surprotection paternelle plus élevée à la période pubertaire. Ces résultats apportent de nouvelles données pour la compréhension de la pathologie. La différence d'attachement ou de lien parental perçu en fonction de l'âge péripubertaire ou pubertaire chez les AM n'a jamais été étudiée jusqu'à présent dans la littérature.

Ces résultats différents en fonction de l'âge pourraient être expliqués par différents stades de développement affectif et cognitif modifiant ainsi la perception du lien parental, plus que par une réelle perturbation du lien parental.

Cependant, l'âge n'a pas été trouvé comme un facteur de variabilité du PBI dans la publication de Parker et coll. (Parker, Tupling, et Brown 1979). Toutefois, les auteurs n'ont pas étudié de façon spécifique la période pré et pubertaire.

En ce qui concerne les comorbidités associées, nos résultats ont montré une comorbidité dépressive plus importante dans la période péripubertaire et une comorbidité anxieuse plus importante en période pubertaire. Dans la publication de Peebles 2006, qui a comparé la clinique de l'AM entre les enfants (<13ans) et les adolescents (13-19ans), il n'a pas mis en évidence de différences au niveau des comorbidités anxieuses mais il a trouvé une tendance à la supériorité chez les enfants pour la comorbidité dépressive (Peebles, Wilson, et Lock 2006). L'hypothèse d'une influence des liens parentaux dans cette association est ainsi soulevée.

Dans un troisième temps, nous allons discuter du rôle d'autres types de facteurs dans le fonctionnement familial chez les patientes souffrant d'AM.

Tout d'abord la dépression est une des principales comorbidités de l'AM (Kessler RC et al. 1994; Steinhausen 2002). De plus, la dépression semble jouer un rôle dans l'association entre le lien parental et l'AM et de façon moins spécifique, les TCA (Cole-Detke et Kobak 1996). Elle est également retrouvée avec un rôle de modérateur de cette association (Jewell et al. 2015). Il nous a ainsi semblé important de pouvoir l'analyser dans notre étude. Comme nous avons pu le voir précédemment dans la discussion, le lien parental perçu a été corrélé avec la perception dépressive de l'enfant et non avec l'hétéro-questionnaire de dépression, la CDRS. Cette donnée est intéressante pour la clinique mais nécessite d'être répliquée du fait de notre faible effectif et de l'absence d'autres publications à ce sujet.

Ensuite, nous abordons la comorbidité anxieuse et l'ADS. Nos résultats ont retrouvé une comorbidité anxieuse et une ADS dans l'enfance plus importante dans le groupe AM 15-18 ans. De façon plus générale, l'ADS a été plus importante chez l'ensemble des patientes AM comparé aux témoins.

Dans la littérature, les publications sur la comorbidité anxieuse dans l'AM sont importantes. Elles ont essentiellement porté sur le trouble anxieux généralisé, le trouble de panique, la phobie sociale et le TOC. Au sujet de l'ADS, seulement trois publications sont retrouvées

(Nathalie T. Godart et al. 2000; Touchette et al. 2011). La comorbidité ADS est ainsi présente chez 10,7% à 65% des AM, en fonction des publications.

Ces résultats suggèrent que la comorbidité anxieuse pourrait influencer la perception du lien parental en augmentant la perception de la surprotection. De plus, nous avons abordé précédemment la présence d'une comorbidité anxieuse plus élevée et d'une surprotection maternelle plus importante dans la période pubertaire. La comorbidité anxieuse, plus fréquente à la période pubertaire, pourrait ainsi favoriser la perception d'une surprotection maternelle.

Pour terminer, avec les contraintes méthodologiques et le temps disponible, nous avons réalisé une étude observationnelle et non prospective. Nos résultats fournissent ainsi une simple mesure des associations mais aucun lien de causalité ne peut être identifié. Plusieurs hypothèses peuvent ainsi être envisagées. Un dysfonctionnement du lien parental pourrait favoriser l'AM comme l'AM pourrait induire un dysfonctionnement au sein de la famille.

II- Limites de l'étude

La principale limite de notre étude repose sur son faible effectif, rendant ainsi la puissance de nos résultats limitée. Il est cependant important de préciser que les études portant sur l'AM ont de petites tailles d'échantillon du fait de la faible incidence du trouble dans la population générale (de 0,1 à 12 pour 100 000 personnes par an).

En lien avec les contraintes méthodologiques de l'étude nous avons évalué le lien parental à l'aide du PBI. Cet outil évalue uniquement le lien parental perçu par l'enfant. L'absence de perception du fonctionnement familial par les parents représente ainsi une limite même si notre travail s'est centré sur la perception des enfants.

Ensuite nous avons évité un biais lié au genre en excluant les hommes de l'échantillon. En effet, il est retrouvé dans la littérature, des différences potentielles dans l'attachement entre les hommes et les femmes (Fossati et al. 2009).

Pour finir, notre échantillon concerne des patientes hospitalisées présentant donc une gravité importante. Cela constitue un biais de sélection et nos résultats ne sont donc pas généralisables à tous ceux souffrant d'AM.

De plus, notre population témoin souffre de pathologies psychiatriques avec d'importantes problématiques d'attachement. Il est donc difficile de mettre en évidence un profil de lien parental spécifique aux patientes AM.

CONCLUSION et PERSPECTIVES

Dans la partie état des connaissances de notre travail, il a pu être vu à quel point la théorie de l'attachement suscitait un intérêt croissant pour les cliniciens et les chercheurs dans le domaine de la psychopathologie au cours de ces dernières décennies.

La nature multifactorielle de l'AM, la place importante de la famille dans ce trouble et le rôle de la famille dans les pathologies psychiatriques qui se repose actuellement au travers des modèles d'attachement nous ont donné envie de nous questionner sur le rapport entre les liens intrafamiliaux et l'émergence de l'AM.

Il existe, à l'heure actuelle, de nombreuses données théoriques mais peu d'études dans ce domaine.

Cependant, l'évaluation de cet attachement sur le plan méthodologique n'est pas simple. Comme nous avons pu le voir précédemment, il n'existe que deux outils de référence à ce jour, l'un évaluant l'attachement précoce, la Situation Étrange et l'autre, l'évaluant à l'âge adulte à partir des représentations mentales de l'attachement, l'AAI. Ce dernier est un entretien semi-structuré très lourd à utiliser et son interprétation doit être réalisée par des investigateurs formés spécifiquement.

Dans le contexte des contraintes méthodologiques (étude observationnelle), du temps disponible et de la faible prévalence de l'AM, nous avons besoin pour évaluer l'attachement dans l'enfance, d'un outil rétrospectif. Devant l'absence d'outil d'évaluation de l'attachement de manière rétrospective, nous avons fait le choix d'utiliser la seule échelle rétrospective existant à ce jour, le PBI qui évalue le lien parental perçu. De ce fait, nous avons dû élargir notre recherche au fonctionnement familial de façon plus globale.

Les résultats de cette étude ont de larges implications pour la clinique chez ces patientes AM. Il semble ainsi que le fonctionnement familial soit au centre de cette pathologie. En effet, la dynamique familiale joue un rôle à la fois dans la symptomatologie, les facteurs étiopathogéniques et les facteurs pronostiques de l'AM.

Enfin, la problématique de l'attachement dans l'AM est une question importante en clinique mais aussi en thérapeutique. Les enjeux thérapeutiques sont, dans un premier temps, la mise en place d'un repérage précoce. La connaissance d'une histoire de dysfonctionnement familial pourrait être une méthode utile pour identifier les enfants à risque de développer l'AM de telle sorte que la détection et l'intervention précoces pourraient alors avoir lieu dès les premiers stades de la maladie.

Dans un second temps, la prise en charge de ces patientes au travers de leur famille, de leur perception plus précisément familiale mais également dépressive est à prendre en compte. Ces considérations appuient l'importance du développement de la thérapie familiale dans la prise en charge de l'AM au cours de ces dernières décennies. Elle est actuellement recommandée chez l'enfant et l'adolescent (National Collaborating Centre for Mental Health 2004; Joel Yager 2006; Haute Autorité de Santé 2010) et est le traitement de choix chez l'enfant.

De plus, la question de la séparation comme outil thérapeutique de l'AM peut ainsi se poser. Historiquement, le traitement de l'AM reposait sur la séparation. Chez l'enfant, la séparation a été beaucoup remise en cause et chez l'adolescent, elle peut se justifier afin de travailler en psychothérapie sur le processus de séparation-individuation réactivé à cette période de la vie. Malgré ces polémiques, elle reste toutefois présente dans les recommandations (Haute Autorité de Santé 2010).

En conclusion, la problématique familiale dans l'AM est importante et reconnue par tous les auteurs. Une meilleure compréhension des mécanismes en jeu supposerait des études à venir avec des effectifs plus nombreux.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrams, Kelley Yost, Anne Rifkin, et Erik Hesse. 2006. «Examining the Role of Parental Frightened/frightening Subtypes in Predicting Disorganized Attachment within a Brief Observational Procedure ». *Development and Psychopathology* 18 (2): 345-61.
- Acevedo, Summer F., Celeste Valencia, Michael Lutter, et Carrie J. McAdams. 2015. « Severity of Eating Disorder Symptoms Related to Oxytocin Receptor Polymorphisms in Anorexia Nervosa ». *Psychiatry Research* 228 (3): 641-48.
- Ainsworth, Mary. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum, Hillsdale, N.J.
- Ainsworth, Mary D. Salter, et Silvia M. Bell. 1970. « Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation ». *Child development*, 49-67.
- Ainsworth, Mary S. 1989. « Attachments beyond infancy. » *American psychologist* 44 (4): 709.
- American Psychiatric Association. 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd éd. Washington.
- — —. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th éd. Washington.
- — —. 2004. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- — —. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth Edition.
- Amianto, Federico, Giovanni Abbate Daga, et Antonella Bertorello. 2013. « Exploring Personality Clusters among Parents of ED Subjects. Relationship with Parents' Psychopathology, Attachment, and Family Dynamics ». *Comprehensive Psychiatry* 54 (7): 797-811.
- Amianto, Federico, Roberta Ercole, et Enrica Marzola. 2015. « Parents' Personality Clusters and Eating Disordered Daughters' Personality and Psychopathology ». *Psychiatry Research* 230 (1): 19-27.
- Anderluh, Marija Brecelj, Kate Tchanturia, Sophia Rabe-Hesketh, et Janet Treasure. 2003. « Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype ». *American Journal of Psychiatry* 160 (2): 242-247.
- Arcelus, Jon, Alex J. Mitchell, Jackie Wales, et Søren Nielsen. 2011. « Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies ». *Archives of General Psychiatry* 68 (7): 724-31.
- Atger, Frédéric. 2007. « L'attachement à l'adolescence ». *Dialogue* 175 (1): 73.
- Atger, et A. Guedeney. 2006. *Attachement et développement*. EMC psychiatrie. Elsevier Masson.
- Atkinson, Leslie, Angela Paglia, Jennifer Coolbear, Alison Niccols, Kevin CH Parker, et Sharon Guger. 2000. « Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates ». *Clinical psychology review* 20 (8): 1019-1040.
- Ayers, Luke W., Galen Missig, Jay Schulkin, et Jeffrey B. Rosen. 2011. « Oxytocin Reduces Background Anxiety in a Fear-Potentiated Startle Paradigm: Peripheral vs Central Administration ». *Neuropsychopharmacology* 36 (12): 2488-97.
- Bakermans-Kranenburg, Marian J., et Marinus H. van IJzendoorn. 2009. « The First 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of Adult Attachment Representations in Clinical and Non-Clinical Groups ». *Attachment & Human Development* 11 (3): 223-63.
- Bakermans-Kranenburg, Marian J., et Marinus H. van Ijzendoorn. 2014. « A Sociability Gene? Meta-Analysis of Oxytocin Receptor Genotype Effects in Humans ». *Psychiatric Genetics* 24 (2): 45-51.
- Barone, Lavinia, et Valentina Guiducci. 2009. « Mental Representations of Attachment in Eating Disorders: A Pilot Study Using the Adult Attachment Interview ». *Attachment & Human Development* 11 (4): 405-17.

- Bartz, Jennifer A., John E. Lydon, Alexander Kolevzon, Jamil Zaki, Eric Hollander, Natasha Ludwig, et Niall Bolger. 2015. « Differential Effects of Oxytocin on Agency and Communion for Anxiously and Avoidantly Attached Individuals ». *Psychological Science* 26 (8): 1177-1186.
- Bartz, Jennifer, Daphne Simeon, Holly Hamilton, Suah Kim, Sarah Crystal, Ashley Braun, Victor Vicens, et Eric Hollander. 2011. « Oxytocin can hinder trust and cooperation in borderline personality disorder ». *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 6 (5): 556-563.
- Becker, Anne E., Rebecca A. Burwell, David B. Herzog, Paul Hamburg, et Stephen E. Gilman. 2002. « Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls ». *The British Journal of Psychiatry* 180 (6): 509-514.
- Becker, Anne E., Kristen E. Fay, Jessica Agnew-Blais, A. Nisha Khan, Ruth H. Striegel-Moore, et Stephen E. Gilman. 2011. « Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji ». *The British Journal of Psychiatry* 198 (1): 43-50.
- Belsky, Jay, et Michael Rovine. 1987. « Temperament and Attachment Security in the Strange Situation: An Empirical Rapprochement ». *Child Development* 58 (3): 787.
- Belsky, Jay, Michael J. Rovine. 1988. « Nonmaternal Care in the First Year of Life and the Security of Infant-Parent Attachment ». *Child Development* 59 (1): 157-167.
- Benoit, Diane, Kevin C. H. Parker, et Charles H. Zeanah. 1997. « Mothers' Representations of Their Infants Assessed Prenatally: Stability and Association with Infants' Attachment Classifications ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38 (3): 307-313.
- Besser, Avi, Priel, Beatriz. 2003. « A Multisource Approach to Self-Critical Vulnerability to Depression: The Moderating Role of Attachment* ». *Journal of Personality* 71 (4): 515-555.
- Bohlin, Gunilla, Lilianne Eninger, Karin Cecilia Brocki, et Lisa B. Thorell. 2012. « Disorganized Attachment and Inhibitory Capacity: Predicting Externalizing Problem Behaviors ». *Journal of Abnormal Child Psychology* 40 (3): 449-458.
- Bouchet, G., T. Blicharski, S. Duthu, et S. Bourdet-Loubère. 2011. « Transmission intergénérationnelle de l'insécurité de l'attachement chez les familles d'enfants âgés entre 23 et 33 mois ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 59 (3): 140-148.
- Bould, Helen, Ilona Koupil, Christina Dalman, Bianca DeStavola, Glyn Lewis, et Cecilia Magnusson. 2015. « Parental Mental Illness and Eating Disorders in Offspring ». *International Journal of Eating Disorders* 48 (4): 383-391.
- Bowlby. 1988. *A Secure Base*. Basic Books. New York.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and Loss*. Vol. 1. New York: Basic Book.
- Brambilla, Francesca, Palmiero Monteleone, Francesca Bortolotti, Riccardo Dalle Grave, Patrizia Todisco, Angela Favaro, Paolo Santonastaso, Carla Ramacciotti, Roberto Paoli, et Mario Maj. 2003. « Persistent amenorrhoea in weight-recovered anorexics: psychological and biological aspects ». *Psychiatry research* 118 (3): 249-257.
- Broberg, Anders G., Ingrid Hjalms, et Lauri Nevenen. 2001. « Eating Disorders, Attachment and Interpersonal Difficulties: A Comparison between 18- to 24-Year-Old Patients and Normal Controls ». *European Eating Disorders Review* 9 (6): 381-396.
- Brumariu, Laura E., et Kathryn A. Kerns. 2010. « Mother-Child Attachment Patterns and Different Types of Anxiety Symptoms: Is There Specificity of Relations? ». *Child Psychiatry & Human Development* 41 (6): 663-674.
- Buchheim, Anna, Markus Heinrichs, Carol George, Dan Pokorny, Eva Koops, Peter Henningsen, Mary-Frances O'Connor, et Harald Gundel. 2009. « Oxytocin enhances the experience of attachment security ». *Psychoneuroendocrinology* 34 (9): 1417-1422.
- Bulik, Cynthia M., Sullivan, Patrick F. 2000. « Outcome of Anorexia Nervosa: Eating Attitudes, Personality, and Parental Bonding ». *International Journal of Eating Disorders* 28 (2): 139-147.
- Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, et Pedersen NL. 2006. « Prevalence,

- heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa ». *Archives of General Psychiatry* 63 (3): 305–312.
- Caglar-Nazali, H. Pinar, Freya Corfield, Valentina Cardi, et Suman Ambwani. 2014. « A Systematic Review and Meta-Analysis of ‘Systems for Social Processes’ in Eating Disorders ». *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 42 (mai): 55–92.
- Calam, Rachel, Glenn Waller, Peter Slade, et Tim Newton. 1990. « Eating Disorders and Perceived Relationships with Parents ». *International Journal of Eating Disorders* 9 (5): 479–85.
- Canetti, LauraKanyas, KyraLerer, BernardLatzer, YaelBachar, Eytan. 2008. « Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent–grandparent relationships to eating disorder psychopathology ». *Journal of Clinical Psychology* 64 (6): 703–16.
- Cantazaro, Amy, et Meifen Wei. 2010. « Adult Attachment, Dependence, Self-Criticism, and Depressive Symptoms: A Test of a Mediational Model: Attachment and Depressive Symptoms ». *Journal of Personality* 78 (4): 1135–62.
- Carina Gillberg, I., Maria Råstam, Elisabet Wentz, et Christopher Gillberg. 2007. « Cognitive and Executive Functions in Anorexia Nervosa Ten Years after Onset of Eating Disorder ». *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 29 (2): 170–78.
- Carnelley, Katherine B., Paula R. Pietromonaco, et Kenneth Jaffe. 1994. « Depression, working models of others, and relationship functioning ». *Journal of Personality and Social Psychology* 66 (1): 127–40.
- Cash, Thomas F., Jocelyne Theriault, et Natasha Milkewicz Annis. 2004. « Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety ». *Journal of Social and Clinical Psychology* 23 (1): 89–103.
- Chambry, Jean. 2008. « L’anorexie mentale masculine : réalités et perspectives ». *Annales de Médecine Interne* 153 (Sup 3): 167.
- Chassler, Lynda. 1997. « Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective ». *Clinical Social Work Journal* 25 (4): 407–423.
- Chaulet, S., É Riquin, G. Avarello, J. Malka, et P. Duverger. 2015. « Troubles des conduites alimentaires chez l’adolescent ». *Pédiatrie - Maladies infectieuses*, février.
- Chen, Laura P., M. Hassan Murad, Molly L. Paras, Kristina M. Colbenson, Amelia L. Sattler, Erin N. Goranson, Mohamed B. Elamin, et al. 2010. « Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis ». *Mayo Clinic Proceedings* 85 (7): 618–29.
- Chiodera, P., R. Volpi, L. Capretti, C. Marchesi, L. d’Amato, A. De Ferri, L. Bianconi, et V. Coiro. 1991. « Effect of Estrogen or Insulin-Induced Hypoglycemia on Plasma Oxytocin Levels in Bulimia and Anorexia Nervosa ». *Metabolism: Clinical and Experimental* 40 (11): 1226–30.
- Chisholm, Kim. 1998. « A Three Year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages ». *Child Development* 69 (4): 1092–1106.
- Clarke-Stewart, K. Alison. 1989. « Infant day care: Maligned or malignant? » *American psychologist* 44 (2): 266.
- Claussen, Angelika H., Peter C. Mundy, Sangeeta A. Mallik, et Jennifer C. Willoughby. 2002. « Joint Attention and Disorganized Attachment Status in Infants at Risk ». *Development and Psychopathology* 14 (2): 279–91.
- Cole-Detke, Holland, et Roger Kobak. 1996. « Attachment processes in eating disorder and depression. » *Journal of consulting and clinical psychology* 64 (2): 282.
- Colonnese, CristinaDraijer, Evalijn M.Jan J. M. Stams, GeertVan der Bruggen, Corine O.Bogels, Susan M.Noorn, Marc J. 2011. « The Relation Between Insecure Attachment and Child Anxiety: A Meta-Analytic Review ». *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 40 (4): 630–45.
- Corbeil-Serre, L., D. Meilleur, et M.-È Turgeon. 2014. « L’anorexie mentale chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin : recension des écrits ». *Neuropsychiatrie de l’Enfance et*

de l'adolescence 62 (8): 514-20.

- Corcos, Maurice, et Marie-Estelle Dupont. 2007. « Approche psychanalytique de l'anorexie mentale ». *Nutrition Clinique et Métabolisme* 21 (4): 190-200.
- Culbert, Kristen M., S. Alexandra Burt, Matthew McGue, William G. Iacono, et Kelly L. Klump. 2009. « Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors ». *Journal of Abnormal Psychology* 118 (4): 788-96.
- Cyr, Chantal, Eveline M. Euser, Marian J. Bakermans-Kranenburg, et Marinus H. Van Ijzendoorn. 2010. « Attachment Security and Disorganization in Maltreating and High-Risk Families: A Series of Meta-Analyses ». *Development and Psychopathology* 22 (1): 87.
- Dakanalis, Antonios, C. Alix Timko, et M. Assunta Zanetti. 2014. « Attachment Insecurities, Maladaptive Perfectionism, and Eating Disorder Symptoms: A Latent Mediated and Moderated Structural Equation Modeling Analysis across Diagnostic Groups ». *Psychiatry Research* 215 (1): 176-84.
- Dallaire, Danielle Horvath, et Marsha Weinraub. 2005. « Predicting Children's Separation Anxiety at Age 6: The Contributions of Infant-Mother Attachment Security, Maternal Sensitivity, and Maternal Separation Anxiety ». *Attachment & Human Development* 7 (4): 393-408.
- De Wolff, Marianne S., et Marinus H. van Ijzendoorn. 1997. « Sensitivity and Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment ». *Child Development* 68 (4): 571-91.
- Delannes, S., C. Doyen, S. Cook-Darzens, et M.-C. Mouren. 2006. « Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 164 (7): 565-72.
- Delvecchio, Elisa, Daniela Di Riso, Silvia Salcuni, Adriana Lis, et Carol George. 2014. « Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning ». *Frontiers in Psychology* 5 (octobre).
- Demitrack, MA. 1990. « CSF oxytocin in anorexia nervosa and bulimia nervosa: clinical and pathophysiologic considerations ». *American Journal of Psychiatry* 147 (7): 882-86.
- Di Pentima, L., M. Magnani, D. Tortolani, F. Montecchi, C. Ardevini, et G. Caputo. 1998. « Use of the Parental Bonding Instrument to Compare Interpretations of the Parental Bond by Adolescent Girls with Restricting and Binge/purging Anorexia Nervosa ». *Eating and Weight Disorders: EWD* 3 (1): 25-31.
- Doyen, Catherine. 2008. *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et du préadolescent*. Vol. 58, 31. La Revue du Praticien.
- Dozier, Mary, et Kristin Bernard. 2015. *Attachment: normal development, individual differences, and associations with experience*. Sixième. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Anita Tharpar and Daniel S. Pine.
- Duclos, Jeanne, Solange Cook-Darzens, Daphné de Rincquesen, Catherine Doyen, et Marie-Christine Mouren. 2014. « Étude pilote – un nouvel éclairage attachementiste de l'anorexie mentale : les adolescentes anorexiques ont-elles un attachement insécuré ? » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 172 (9): 714-20.
- Duclos, Jeanne, Anne-Solène Maria, Géraldine Dorard, Florence Curt, Alexandre Apfel, Sarah Vibert, Zoé Rein, Fabienne Perdereau, et Nathalie Godart. 2013. « Bonding and Expressed Emotion: Two Interlinked Concepts? » *Psychopathology* 46 (6): 404-12.
- Eggert, Janet, Alytia Levendosky, et Kelly Klump. 2007. « Relationships among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating ». *International Journal of Eating Disorders* 40 (2): 149-55.
- Ein-Dor, Tsachi, Guy Doron, Zahava Solomon, Mario Mikulincer, et Phillip R. Shaver. 2010. « Together in Pain: Attachment-Related Dyadic Processes and Posttraumatic Stress Disorder. » *Journal of Counseling Psychology* 57 (3): 317-27.
- Evans, L., et E. H. Wertheim. 1998. « Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with

- eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety ». *Journal of Psychosomatic Research* 44 (3–4): 355–65.
- Favaro, A., E. Tenconi, L. Ceschin, T. Zanetti, R. Bosello, et P. Santonastaso. 2011. « In Utero Exposure to Virus Infections and the Risk of Developing Anorexia Nervosa ». *Psychological Medicine* 41 (10): 2193–99.
- Favaro, Angela, Elena Tenconi, Daniela Degortes, Renzo Manara, et Paolo Santonastaso. 2014. « Effects of Obstetric Complications on Volume and Functional Connectivity of Striatum in Anorexia Nervosa Patients ». *International Journal of Eating Disorders* 47 (7): 686–95.
- Favaro A, Tenconi E, et Santonastaso P. 2006. « Périnatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa ». *Archives of General Psychiatry* 63 (1): 82–88.
- Fearon, R. Pasco, Marian J. Bakermans-Kranenburg, Marinus H. Van IJzendoorn, Anne-Marie Lapsley, et Glenn I. Roisman. 2010. « The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children’s Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study ». *Child Development* 81 (2): 435–56.
- Feldman, Matthew B., et Ilan H. Meyer. 2007. « Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations ». *The International journal of eating disorders* 40 (3): 218–26.
- Fonagy, Peter, Tom Leigh, Miriam Steele, Howard Steele, Roger Kennedy, Greta Mattoon, Mary Target, et Andrew Gerber. 1996. « The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. » *Journal of consulting and clinical psychology* 64 (1): 22.
- Fonseca, Helena Ireland, Marjorie Resnick, Michael D. 2002. « Familial Correlates of Extreme Weight Control Behaviors among Adolescents ». *International Journal of Eating Disorders* 32 (4): 441–48.
- Fossati, Andrea, Elena Acquarini, Judith A. Feeney, Serena Borroni, Federica Grazioli, Laura E. Giarolli, Gianluca Franciosi, et Cesare Maffei. 2009. « Alexithymia and Attachment Insecurities in Impulsive Aggression ». *Attachment & Human Development* 11 (2): 165–82.
- Franc, N., M. Maury, et D. Purper-Ouakil. 2009. « Trouble déficit de l’attention/hyperactivité (TDAH) : quels liens avec l’attachement ? » *L’Encéphale* 35 (3): 256–61.
- Franko, Debra L., Aparna Keshaviah, Kamryn T. Eddy, Meera Krishna, Martha C. Davis, Pamela K. Keel, et David B. Herzog. 2013. « A Longitudinal Investigation of Mortality in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa ». *American Journal of Psychiatry* 170 (8): 917–25.
- Fujimori, Akihito, Yoshihisa Wada, Tatsuhisa Yamashita, Hyungin Choi, Susumu Nishizawa, Haruka Yamamoto, et Kenji Fukui. 2011. « Parental Bonding in Patients with Eating Disorders and Self-Injurious Behavior ». *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 65 (3): 272–79.
- Gander, Manuela, Kathrin Sevecke, et Anna Buchheim. 2015. « Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective ». *Frontiers in Psychology* 6 (août).
- George C., et Kaplan N. 1996. *Adult Attachment Interview protocol. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.*
- Gleason, Mary Margaret, Nathan A. Fox, Stacy Drury, Anna Smyke, Helen L. Egger, Charles A. Nelson, et Charles H. Zeanah. 2011. « Validity of evidence-derived criteria reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50 (3): 216–231.e3.
- Godart, N., et C. Doyen. 2015. « Troubles du comportement alimentaire de l’enfant et de l’adolescent ». *AKOS (Traité de Médecine)*, mars.
- Godart, N., C. Lamas, I. Nicolas, et M. Corcos. 2009. « Anorexie mentale à l’adolescence ». *EMC-Pédiatrie*, novembre.
- Godart, N. T., M. F. Flament, F. Perdereau, et P. Jeammet. 2002. « Comorbidity between Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review ». *International Journal of Eating Disorders* 32

- (3): 253-70.
- Godart, Nathalie T., Martine F. Flament, Y. Lecrubier, et Philippe Jeammet. 2000. « Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance ». *European Psychiatry* 15 (1): 38-45.
- Goodman, Anna, Amy Heshmati, Ninoa Malki, et Ilona Koupil. 2014. « Associations Between Birth Characteristics and Eating Disorders Across the Life Course: Findings From 2 Million Males and Females Born in Sweden, 1975-1998 ». *American Journal of Epidemiology* 179 (7): 852-63.
- Goodman, Sherryl H., et Ian H. Gotlib. 1999. « Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. » *Psychological Review* 106 (3): 458-90.
- Goossens, Lien, Caroline Braet, Kim Van Durme, Veerle Decaluwé, et Guy Bosmans. 2012. « The Parent-Child Relationship as Predictor of Eating Pathology and Weight Gain in Preadolescents ». *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 41 (4): 445-57.
- Gormley, Barbara, et Dale E. McNeil. 2010. « Adult Attachment Orientations, Depressive Symptoms, Anger, and Self-Directed Aggression by Psychiatric Patients ». *Cognitive Therapy and Research* 34 (3): 272-81.
- Grall-Bronnec, Marie, Morgane Guillou-Landreat, et Jean-Luc Vénisse. 2007. « Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale ». *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Comment intégrer nutrition artificielle et psychothérapie au cours de l'anorexie mentale, 21 (4): 151-54.
- Green, Jonathan, et Ruth Goldwyn. 2002. « Annotation: Attachment Disorganisation and Psychopathology: New Findings in Attachment Research and Their Potential Implications for Developmental Psychopathology in Childhood ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43 (7): 835-46.
- Groh, Ashley M., Glenn I. Roisman, Marinus H. van IJzendoorn, Marian J. Bakermans-Kranenburg, et R. Pasco Fearon. 2012. « The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study ». *Child Development* 83 (2): 591-610.
- Grunebaum, Michael F., Hanga C. Galfalvy, et Lindsey Y. Mortenson. 2010. « Attachment and social adjustment: relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study ». *Journal of affective disorders* 123 (1-3): 123-30.
- Guedeney, Nicole. 2008. *Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère*. Archives de Pédiatrie. Vol. 15. Elsevier Masson.
- — —. 2011. *L'attachement, un lien vital*. Fabert. Temps D'arrêt Lectures.
- Guedeney, Nicole, et A. Guedeney. 2010. *L'attachement : concepts et applications*. 3ème éd. Masson. Les ages de la vie.
- Gueguen, Juliette, Nathalie Godart, et Jean Chambry. 2012. « Severe Anorexia Nervosa in Men: Comparison with Severe AN in Women and Analysis of Mortality ». *International Journal of Eating Disorders* 45 (4): 537-45.
- Guelfi, Julien-Daniel, et Frédéric Rouillon. 2012. *Manuel de psychiatrie*. 2ème. Elsevier Masson.
- Guttman, Herta A., et Lise Laporte. 2002. « Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships ». *Contemporary Family Therapy* 24 (3): 505-521.
- Halmi, Katherine A., Dara Bellace, et Samantha Berthod. 2012. « Early childhood perfectionism ». *The International journal of eating disorders* 45 (6): 800-807.
- Halvorsen, Inger, Øyvind Rø, et Sonja Heyerdahl. 2013. « Nine-Year Follow-up of Girls with Anorexia Nervosa and Their Siblings: Retrospective Perceptions of Parental Bonding and the Influence of Illness on Their Everyday Life: Girls with AN and Their Siblings: Parental Bonding and Influence of Illness ». *European Eating Disorders Review* 21 (1): 20-27.
- Harlow, Harry F. 1958. « The nature of love. » *American psychologist* 13 (12): 673.
- Harris, E. C., et B. Barraclough. 1998. « Excess Mortality of Mental Disorder. » *The British Journal*

- of Psychiatry* 173 (1): 11-53.
- Haudek, Catherine Rorty, Marcia. 1999. « The Role of Ethnicity and Parental Bonding in the Eating and Weight Concerns of Asian-American... » *International Journal of Eating Disorders* 25 (4): 425-33.
- Haute Autorité de Santé. 2010. « Anorexie mentale: prise en charge ». *Synthèse des recommandations de bonnes pratiques*.
- Hebebrand, J., G. W. Himmelmann, H. Hesecker, H. Schafer, et H. Remschmidt. 1996. « Use of Percentiles for the Body Mass Index in Anorexia Nervosa: Diagnostic, Epidemiological, and Therapeutic Considerations ». *The International Journal of Eating Disorders* 19 (4): 359-69.
- Heinrichs, Markus, et Gregor Domes. 2008. « Neuropeptides and Social Behaviour: Effects of Oxytocin and Vasopressin in Humans ». *Progress in Brain Research* 170: 337-50.
- Heuzey, M.-F. Le, et E. Acquaviva. 2006. « Anorexie mentale de l'enfant prépubère ». *EMC pédopsychiatrie*, décembre.
- Hilbert, Anja, Kathleen M. Pike, Andrea B. Goldschmidt, Denise E. Wilfley, Christopher G. Fairburn, Faith-Anne Dohm, B. Timothy Walsh, et Ruth Striegel Weissman. 2014. « Risk Factors across the Eating Disorders ». *Psychiatry Research* 220 (1-2): 500-506.
- Hobson, R. Peter, Matthew Patrick, Lisa Crandell, Rosa García-Pérez, et Anthony Lee. 2005. « Personal Relatedness and Attachment in Infants of Mothers with Borderline Personality Disorder ». *Development and Psychopathology* 17 (2): 329-47.
- Hoek, Hans W. 2006. « Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders ». *Current Opinion in Psychiatry*. 19: 389 – 394.
- Hoek, Hans Wijbrand, et Daphne van Hoeken. 2003. « Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders ». *International Journal of Eating Disorders* 34 (4): 383-96.
- Illing, Vanessa, Giorgio A. Tasca, Louise Balfour, et Hany Bissada. 2010. « Attachment Insecurity Predicts Eating Disorder Symptoms and Treatment Outcomes in a Clinical Sample of Women ». *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198 (9): 653-59.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). 2005. *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Éditions INSERM.
- Ivarsson, Tord, Pehr Granqvist, Christopher Gillberg, et Anders G. Broberg. 2010. « Attachment States of Mind in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder And/or Depressive Disorders: A Controlled Study ». *European Child & Adolescent Psychiatry* 19 (11): 845-53.
- Jeammet, Philippe. 2011. *Anorexie, Boulimie - Les paroles de l'adolescence*. Fayard/Pluriel.
- Jewell, Tom, Hannah Collyer, Tessa Gardner, Kate Tchanturia, Mima Simic, Peter Fonagy, et Ivan Eisler. 2015. « Attachment and Mentalization and Their Association with Child and Adolescent Eating Pathology: A Systematic Review ». *International Journal of Eating Disorders*, décembre, n/a-n/a.
- Joel Yager. 2006. « Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders Third Edition ». *American Psychiatric Association*.
- Johnson, Zachary V, et Larry J Young. 2015. « Neurobiological mechanisms of social attachment and pair bonding ». *Current opinion in behavioral sciences* 3 (juin): 38-44.
- Katzman, Debra K. 2005. « Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature ». *International Journal of Eating Disorders* 37 (S1): S52-59.
- Keating, Leah, Giorgio A. Tasca, et Hany Bissada. 2015. « Pre-Treatment Attachment Anxiety Predicts Change in Depressive Symptoms in Women Who Complete Day Hospital Treatment for Anorexia and Bulimia Nervosa ». *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88 (1): 54-70.
- Keel, Pamela K., et Tiffany A. Brown. 2010. « Update on Course and Outcome in Eating Disorders ». *International Journal of Eating Disorders* 43 (3): 195-204.
- Keel, Pamela K., et K. Jean Forney. 2013. « Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders ». *International Journal of Eating Disorders* 46 (5): 433-39.

- Keller, Thomas E., Susan J. Spieker, et Lewayne Gilchrist. 2005. « Patterns of Risk and Trajectories of Preschool Problem Behaviors: A Person-Oriented Analysis of Attachment in Context ». *Development and Psychopathology* 17 (2): 349–84.
- Kenny, Maureen E., et Kathleen Hart. 1992. « Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. » *Journal of Counseling Psychology* 39 (4): 521.
- Keski-Rahkonen, Anna, Hans W. Hoek, Ezra S. Susser, Milla S. Linna, Elina Sihvola, Anu Raevuori, Cynthia M. Bulik, Jaakko Kaprio, et Aila Rissanen. 2007. « Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community ». *American Journal of Psychiatry* 164 (8): 1259–1265.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. 1994. « Lifetime and 12-month prevalence of dsm-iii-r psychiatric disorders in the united states: Results from the national comorbidity survey ». *Archives of General Psychiatry* 51 (1): 8–19.
- Kim, Youl-Ri, Jin-Sup Eom, Jae-Won Yang, Jiwon Kang, et Janet Treasure. 2015. « The Impact of Oxytocin on Food Intake and Emotion Recognition in Patients with Eating Disorders: A Double Blind Single Dose Within-Subject Cross-Over Design ». *PLoS ONE* 10 (9).
- Kim, Youl-Ri, Chan-Hyung Kim, Valentina Cardi, Jin-Sup Eom, Yoori Seong, et Janet Treasure. 2014. « Intranasal Oxytocin Attenuates Attentional Bias for Eating and Fat Shape Stimuli in Patients with Anorexia Nervosa ». *Psychoneuroendocrinology* 44 (juin): 133–42.
- Kim, Youl-Ri, Jeong-Hyun Kim, Mi Jeong Kim, et Janet Treasure. 2014. « Differential Methylation of the Oxytocin Receptor Gene in Patients with Anorexia Nervosa: A Pilot Study ». *PLoS ONE* 9 (2).
- Klump, Kelly L., Matt McGue, et William G. Iacono. 2003. « Differential Heritability of Eating Attitudes and Behaviors in Prepubertal versus Pubertal Twins ». *International Journal of Eating Disorders* 33 (3): 287–92.
- Klump, Kelly L., Patrick S. Perkins, S. Alexandra Burt, Matt McGUE, et William G. Iacono. 2007. « Puberty moderates genetic influences on disordered eating ». *Psychological Medicine* 37 (5): 627–634.
- Kotler, LISA A., PATRICIA COHEN, MARK DAVIES, DANIEL S. PINE, et B. TIMOTHY WALSH. 2001. « Longitudinal Relationships Between Childhood, Adolescent, and Adult Eating Disorders ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40 (12): 1434–40.
- Kovacs, M, et Beck. 1981. « Rating Scales to Assess Depression in School-Aged Children ». *Acta paedopsychiatrica* 46: 305–15.
- Krug, Isabel, Matthew Fuller-Tyszkiewicz, Marija Anderluh, Laura Bellodi, Silvia Bagnoli, David Collier, Fernando Fernandez-Aranda, et al. 2015. « A New Social-Family Model for Eating Disorders: A European Multicentre Project Using a Case-control Design ». *Appetite* 95 (décembre): 544–53.
- Krug, Isabel, Emma Taborelli, Hannah Sallis, Janet Treasure, et Nadia Micali. 2013. « A Systematic Review of Obstetric Complications as Risk Factors for Eating Disorder and a Meta-Analysis of Delivery Method and Prematurity ». *Physiology & Behavior* 109 (janvier): 51–62.
- Kuipers, Greet S., Zara van Loenhout, L. Andries van der Ark, et Marrie H.J. Bekker. 2016. « Attachment Insecurity, Mentalization and Their Relation to Symptoms in Eating Disorder Patients ». *Attachment & Human Development*, janvier, 1–23.
- Kumsta, Robert, Jana Kreppner, Michael Rutter, Celia Beckett, Jennifer Castle, Suzanne Stevens, et Edmund J. Sonuga-Barke. 2010. « III. DEPRIVATION-SPECIFIC PSYCHOLOGICAL PATTERNS ». *Monographs of the Society for Research in Child Development* 75 (1): 48–78.
- Latzer, Yael, Zipora Hochdorf, Eitan Bachar, et Laura Canetti. 2002. « Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders ». *Contemporary Family Therapy* 24 (4): 581–599.
- Lavik, N. J., S. E. Clausen, et W. Pedersen. 1991. « Eating Behaviour, Drug Use, Psychopathology

- and Parental Bonding in Adolescents in Norway ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84 (4): 387–90.
- Lawson, Elizabeth A., Daniel A. Donoho, Justine I. Blum, Erinne M. Meenaghan, Madhusmita Misra, David B. Herzog, Patrick M. Sluss, Karen K. Miller, et Anne Klibanski. 2011. « Decreased Nocturnal Oxytocin Levels in Anorexia Nervosa Are Associated with Low Bone Mineral Density and Fat Mass ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 72 (11): 1546–51.
- Lawson, Elizabeth A., Laura M. Holsen, McKale Santin, Erinne Meenaghan, Kamryn T. Eddy, Anne E. Becker, David B. Herzog, Jill M. Goldstein, et Anne Klibanski. 2012. « Oxytocin Secretion Is Associated with Severity of Disordered Eating Psychopathology and Insular Cortex Hypoactivation in Anorexia Nervosa ». *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 97 (10): E1898-1908.
- Le Grange, Daniel, Meredith O'Connor, Elizabeth K. Hughes, Jacqui Macdonald, Keriann Little, et Craig A. Olsson. 2014. « Developmental Antecedents of Abnormal Eating Attitudes and Behaviors in Adolescence: Developmental Antecedents of Abnormal Eating ». *International Journal of Eating Disorders* 47 (7): 813–24.
- Léonard, T. 2015. *Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte*. EMC Psychiatrie.
- Lesser, Leonard I., Barbara J. Ashenden, Matthew Debuskey, et Leon Eisenberg. 1960. « Anorexia Nervosa in Children* ». *American Journal of Orthopsychiatry* 30 (3): 572–80.
- Lindberg, Lene, et Anders Hjern. 2003. « Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study ». *International Journal of Eating Disorders* 34 (4): 397–408.
- Lizardi, D., M. F. Grunebaum, A. Burke, B. Stanley, J. J. Mann, J. Harkavy-Friedman, et M. Oquendo. 2011. « The Effect of Social Adjustment and Attachment Style on Suicidal Behaviour ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124 (4): 295–300.
- Lorenz K. 1935. *The companion in bird's world*. In Schiller C.H. (Article original paru en allemand en 1935). Instinctive Behavior. New York: International Universities Press.
- Lyons-Ruth, Karlen, Elisa Bronfman, et Elizabeth Parsons. 1999. « Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns ». *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 67–96.
- Machado, Bárbara C., Sónia F. Gonçalves, Carla Martins, Hans W. Hoek, et Paulo P. Machado. 2014. « Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: A Portuguese Case-Control Study: Risk Factors and Antecedent Life Events in Anorexia Nervosa ». *European Eating Disorders Review* 22 (4): 243–51.
- Madden, Sloane, Anne Morris, Yvonne A. Zurynski, Michael Kohn, et Elizabeth J. Elliot. 2009. « Burden of eating disorders in 5–13-year-old children in Australia ». *Medical Journal of Australia* 190 (8): 410–14.
- Madigan, Sheri, Leslie Atkinson, Kristin Laurin, et Diane Benoit. 2013. « Attachment and Internalizing Behavior in Early Childhood: A Meta-Analysis. » *Developmental Psychology* 49 (4): 672–89.
- Main, Mary. 1990. « Cross-Cultural Studies of Attachment Organization: Recent Studies, Changing Methodologies, and the Concept of Conditional Strategies ». *Human Development* 33 (1): 48–61.
- Main, Mary, et Hesse. 1990. *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism?* Chicago: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM.
- Main, Mary, Hesse, et Kaplan. 2005. *Attachment from Infancy to Adulthood*. Guilford Press. New York: K.E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters.
- Main, Mary, et Solomon. 1986. *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In: *Affective Development in Infancy*. Ablex, Norwood, New Jersey: M. Yogman & T. B. Brazelton.
- — —. 1990. *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth*

- Strange Situation. In: Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention.* University of Chicago Press. Chicago: M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings.
- Main, MaryWeston, Donna R. 1981. « The Quality of the Toddler's Relationship to Mother and to Father: Related ... » *Child Development* 52 (3): 932.
- Marshall, Peter J., et Nathan A. Fox. 2005. « Relations between Behavioral Reactivity at 4 Months and Attachment Classification at 14 Months in a Selected Sample ». *Infant Behavior and Development* 28 (4): 492-502.
- Mayer, Birgit, Peter Muris, Cor Meesters, et Ritine Zimmermann-van Beuningen. 2009. « Brief Report: Direct and Indirect Relations of Risk Factors with Eating Behavior Problems in Late Adolescent Females ». *Journal of Adolescence* 32 (3): 741-745.
- McElwain, Nancy L., et Cathryn Booth-LaForce. 2006. « Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security ». *Journal of Family Psychology* 20 (2): 247-255.
- McEwen, Ciara, et Eirini Flouri. 2009. « Fathers' Parenting, Adverse Life Events, and Adolescents' Emotional and Eating Disorder Symptoms: The Role of Emotion Regulation ». *European Child & Adolescent Psychiatry* 18 (4): 206-216.
- Milan, Stephanie, et Jenna C. Acker. 2014. « Early Attachment Quality Moderates Eating Disorder Risk among Adolescent Girls ». *Psychology & Health* 29 (8): 896-914.
- Monteleone, Alessio Maria, Pasquale Scognamiglio, Umberto Volpe, Virginia Di Maso, et Palmiero Monteleone. 2016. « Investigation of Oxytocin Secretion in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Relationships to Temperament Personality Dimensions ». *European Eating Disorders Review* 24 (1): 52-56.
- Murphy. 1997. « Adult attachment style and vulnerability to depression ». *Personality and Individual Differences*, n° 22: 835-844.
- Myhr, G., D. Sookman, et G. Pinard. 2004. « Attachment Security and Parental Bonding in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparison with Depressed out-Patients and Healthy Controls ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (6): 447-456.
- National Collaborating Centre for Mental Health, éd. 2004. *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders ; National Clinical Practice Guideline No. CG9.* Leicester: British Psychological Society [u.a.].
- NICHD Early Child Care Research Network. 1997. « The Effects of Infant Child Care on Infant-Mother Attachment Security: Results of the NICHD Study of Early Child Care NICHD Early Child Care Research Network ». *Child Development* 68 (5): 860-879.
- Nicholls, D. E., R. Lynn, et R. M. Viner. 2011. « Childhood Eating Disorders: British National Surveillance Study ». *The British Journal of Psychiatry* 198 (4): 295-301.
- Nicholls, Dasha E., et Russell M. Viner. 2009. « Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 48 (8): 791-799.
- Nicolas, I., C. Lamas, et M. Corcos. 2014. « Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence ». *EMC- Psychiatrie/Pédopsychiatrie* 11 (1).
- Numan, Michael, et Larry J. Young. 2015. « Neural Mechanisms of Mother-infant Bonding and Pair Bonding: Similarities, Differences, and Broader Implications ». *Hormones and Behavior*, juin.
- O'Connor, Thomas G., et Charles H. Zeanah. 2003. « Attachment Disorders: Assessment Strategies and Treatment Approaches ». *Attachment & Human Development* 5 (3): 223-244.
- O'Kearney, Richard. 1996. « Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research ». *International Journal of Eating Disorders* 20 (2): 115-127.
- « OMS | Facteurs de risque ». 2016. WHO. Consulté le mai 17.

http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/.

- Orzolek-Kronner, Cathy. 2002. « The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? » *Child and adolescent social work journal* 19 (6): 421–435.
- O'Shaughnessy, Ruth, et Rudi Dallos. 2009. « Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14 (4): 559–74.
- Palmer, R. L., R. Oppenheimer, et P. D. Marshall. 1988. « Eating-Disordered Patients Remember Their Parents: A Study Using the Parental-Bonding Instrument ». *International Journal of Eating Disorders* 7 (1): 101–6.
- Papadopoulos, Fotios C., Anders Ekblom, Lena Brandt, et Lisa Ekselius. 2009. « Excess Mortality, Causes of Death and Prognostic Factors in Anorexia Nervosa ». *The British Journal of Psychiatry* 194 (1): 10–17.
- Parker, Gordon. 1985. « Parental Style as a Risk Factor to Psychiatric Disorder ». In *Epidemiology and Community Psychiatry*, Plenum Press, 129–134. New York: Springer.
- Parker, Gordon, Hilary Tupling, et L. B. Brown. 1979. « A Parental Bonding Instrument ». *British Journal of Medical Psychology* 52 (1): 1–10.
- Pederson, David R., Karin E. Gleason, Greg Moran, et Sandi Bento. 1998. « Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant–mother attachment relationship. » *Developmental psychology* 34 (5): 925.
- Peebles, Rebecka, Jenny L. Wilson, et James D. Lock. 2006. « How Do Children with Eating Disorders Differ from Adolescents with Eating Disorders at Initial Evaluation? » *Journal of Adolescent Health* 39 (6): 800–805.
- Pierrehumbert, Blaise. 2003. *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Pike, K. M., A. Hilbert, D. E. Wilfley, C. G. Fairburn, F.-A. Dohm, B. T. Walsh, et R. Striegel-Moore. 2008. « Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study ». *Psychological medicine* 38 (10): 1443–53.
- Pinel-Jacquemin, S., et C. Zaouche-Gaudron. 2009. « Système familial et attachement : revue de la question ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 57 (3): 167–72.
- Pinhas, Leora, Anne Morris, Ross D. Crosby, et Debra K. Katzman. 2011. « Incidence and Age-Specific Presentation of Restrictive Eating Disorders in Children: A Canadian Paediatric Surveillance Program Study ». *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165 (10): 895–99.
- Pinquart, Martin, Christina Feußner, et Lieselotte Ahnert. 2013. « Meta-Analytic Evidence for Stability in Attachments from Infancy to Early Adulthood ». *Attachment & Human Development* 15 (2): 189–218.
- Pinto, C. 2006. « ADHD and Infant Disorganized Attachment: A Prospective Study of Children Next-Born After Stillbirth ». *Journal of Attention Disorders* 10 (1): 83–91.
- Poznanski, E. O., J. A. Grossman, Y. Buchsbaum, M. Banegas, L. Freeman, et R. Gibbons. 1984. « Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale ». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (2): 191–97.
- Premack, David, et Guy Woodruff. 1978. « Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind? » *Behavioral and Brain Sciences* 1 (4): 515.
- Puhl, Rebecca, et Young Suh. 2015. « Stigma and Eating and Weight Disorders ». *Current Psychiatry Reports* 17 (3).
- Pull, CB. 1994. *Classification internationale des maladies, dixième révision . Chapitre V (F) , Troubles mentaux et troubles du comportement . Critères diagnostiques pour la recherche*. Genève : OMS ; Paris ; Milan ; Barcelone : Masson.
- Puxley, Frances, Marie Midsund, Alina Iosif, et Bryan Lask. 2008. « PANDAS Anorexia nervosa—Endangered, Extinct or Nonexistent? » *International Journal of Eating Disorders* 41 (1): 15–21.

- Raby, K. Lee, Glenn I. Roisman, et Cathryn Booth-LaForce. 2015. « Genetic Moderation of Stability in Attachment Security from Early Childhood to Age 18 Years: A Replication Study. » *Developmental Psychology* 51 (11): 1645–1649.
- Raeuuri, Anu. 2014. *A review of eating disorders in males*. Current Opinion. Vol. 27. 6.
- Raeuuri, Anu, Hans W. Hoek, Ezra Susser, Jaakko Kaprio, Aila Rissanen, et Anna Keski-Rahkonen. 2009. « Epidemiology of Anorexia Nervosa in Men: A Nationwide Study of Finnish Twins ». *PLoS ONE* 4 (2).
- Raeuuri, Anu, Milla S. Linna, et Anna Keski-Rahkonen. 2014. « Prenatal and Perinatal Factors in Eating Disorders: A Descriptive Review ». *International Journal of Eating Disorders* 47 (7): 676–685.
- Ramacciotti, Dott A., M. Sorbello, A. Pazzagli, L. Vismara, A. Mancone, et S. Pallanti. 2001. « Attachment processes in eating disorders ». *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 6 (3): 166–170.
- Rezvan, Shiva, Fatemeh Bahrami, Mohamadreza Abedi, Colin Macleod, Hamid Taher Neshat Doost, et Vahid Ghasemi. 2013. « A Preliminary Study on the Effects of Attachment-based Intervention on Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder ». *International Journal of Preventive Medicine* 4 (1): 78–87.
- Rhodes, Beverly, et Jane Kroger. 1992. « Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women ». *Child Psychiatry and Human Development* 22 (4): 249–263.
- Ringer, Françoise, et Patricia McKinsey Crittenden. 2007. « Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders ». *European Eating Disorders Review* 15 (2): 119–130.
- Roberts, John E., Ian H. Gotlib, et Jon D. Kassel. 1996. « Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem ». *Journal of Personality and Social Psychology* 70 (2): 310–320.
- Rodgers, Rachel F., Alice S. Lowy, Daniella M. Halperin, et Debra L. Franko. 2016. « A Meta-Analysis Examining the Influence of Pro-Eating Disorder Websites on Body Image and Eating Pathology ». *European Eating Disorders Review* 24 (1): 3–8.
- Roux, H., E. Chapelon, et N. Godart. 2013. « Épidémiologie de l’anorexie mentale : revue de la littérature ». *L'Encéphale* 39 (2): 85–93.
- Russell, J. D., E. Kopec-Schrader, J. M. Rey, et P. J. V. Beumont. 1992. « The Parental Bonding Instrument in Adolescent Patients with Anorexia Nervosa ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86 (3): 236–239.
- Rutter, Michael, Jana Kreppner, et Edmund Sonuga-Barke. 2009. « Emanuel Miller Lecture: Attachment Insecurity, Disinhibited Attachment, and Attachment Disorders: Where Do Research Findings Leave the Concepts? » *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50 (5): 529–543.
- Salzman, Judith P. 1997. « Ambivalent Attachment in Female Adolescents: Association with Affective Instability and Eating Disorders ». *International Journal of Eating Disorders* 21 (3): 251–259.
- Samuel, Simcha, Barbara Hayton, Ian Gold, Nancy Feeley, C. Sue Carter, et Phyllis Zelkowitz. 2015. « Attachment Security and Recent Stressful Life Events Predict Oxytocin Levels: A Pilot Study of Pregnant Women with High Levels of Cumulative Psychosocial Adversity ». *Attachment & Human Development* 17 (3): 272–287.
- Scholten, Sara, Ann-Margret Rydell, Gunilla Bohlin, et Lisa B. Thorell. 2014. « ADHD Symptoms and Attachment Representations: Considering the Role of Conduct Problems, Cognitive Deficits and Narrative Responses in Non-Attachment-Related Story Stems ». *Journal of Abnormal Child Psychology* 42 (6): 1033–1042.
- Schuengel, Carlo, Marian J. Bakermans-Kranenburg, et Marinus H. Van IJzendoorn. 1999.

- « Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. » *Journal of consulting and clinical psychology* 67 (1): 54.
- Sharpe, Tamara M., Joel D. Killen, Susan W. Bryson, Catherine M. Shisslak, Linda S. Estes, Norma Gray, Marjorie Crago, et C. Barr Taylor. 1998. « Attachment Style and Weight Concerns in Preadolescent and Adolescent Girls ». *International Journal of Eating Disorders* 23 (1): 39-44.
- Sheehan, David V., Kathy H. Sheehan, R. Douglas Shytle, Juris Janavs, Yvonne Bannon, Jamison E. Rogers, Karen M. Milo, Sandra L. Stock, et Berney Wilkinson. 2010. « Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 71 (3): 313-26.
- Sheftall, Arielle H., Charles W. Mathias, R. Michael Furr, et Donald M. Dougherty. 2013. « Adolescent Attachment Security, Family Functioning, and Suicide Attempts ». *Attachment & human development* 15 (4): 368-83.
- Simon, Yves. 2007. « Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale ». *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Comment intégrer nutrition artificielle et psychothérapie au cours de l'anorexie mentale, 21 (4): 137-42.
- Smink, Frédérique R. E., Daphne van Hoeken, et Hans W. Hoek. 2012. « Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates ». *Current Psychiatry Reports* 14 (4): 406-14.
- Smyke, Anna T., Alina Dumitrescu, et Charles H. Zeanah. 2002. « Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41 (8): 972-982.
- Smyke, Anna T., Charles H. Zeanah, Nathan A. Fox, Charles A. Nelson, et Donald Guthrie. 2010. « Placement in Foster Care Enhances Quality of Attachment Among Young Institutionalized Children ». *Child Development* 81 (1): 212-23.
- Sokol, M. S. 2000. « Infection-Triggered Anorexia Nervosa in Children: Clinical Description of Four Cases ». *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 10 (2): 133-45.
- Solomon, Z., R. Dekel, et M. Mikulincer. 2008. « Complex Trauma of War Captivity: A Prospective Study of Attachment and Post-Traumatic Stress Disorder ». *Psychological Medicine* 38 (10).
- Spitz. 1947. *Grief: A peril in infancy (Film)*. University of Akron Psychology Archives, Akron, Ohio (Available through the Penn State Audiovisual Services, University Park, PA).
- Spitz, R. A. 1945. « Hospitalism; an Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood ». *The Psychoanalytic Study of the Child* 1: 53-74.
- — —. 1946. « Hospitalism; a Follow-up Report ». *The Psychoanalytic Study of the Child* 2: 113-17.
- Sroufe. 1997. *Psychopathology as an outcome of development*. *Dev Psychopathol* 9.
- Sroufe, L. Alan. 2005. « Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood ». *Attachment & Human Development* 7 (4): 349-67.
- Steiger, Howard, Julie Van Der Feen, Cathy Goldstein, et Pierre Leichner. 1989. « Defense Styles and Parental Bonding in Eating-Disordered Women ». *International Journal of Eating Disorders* 8 (2): 131-40.
- Steinhausen, Hans-Christoph. 2002. « The outcome of anorexia nervosa in the 20th century ». *American journal of Psychiatry* 159 (8): 1284-1293.
- Steinhausen, Hans-Christoph, Helle Jakobsen, Dorte Helenius, Povl Munk-Jørgensen, et Michael Strober. 2015. « A Nation-Wide Study of the Family Aggregation and Risk Factors in Anorexia Nervosa over Three Generations ». *International Journal of Eating Disorders* 48 (1): 1-8.
- Stern, Daniel N. 1977. *The first relationship: infant and mother*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- St-Hilaire, Annie, Howard Steiger, Aihua Liu, David P. Laplante, Lea Thaler, Tara Magill, et

- Suzanne King. 2015. « A Prospective Study of Effects of Prenatal Maternal Stress on Later Eating-Disorder Manifestations in Affected Offspring: Preliminary Indications Based on the Project Ice Storm Cohort ». *International Journal of Eating Disorders*, mars, n/a-n/a.
- Stice, Eric, Kendra Davis, Nicole P. Miller, et C. Nathan Marti. 2008. « Fasting Increases Risk for Onset of Binge Eating and Bulimic Pathology: A 5-Year Prospective Study ». *Journal of abnormal psychology* 117 (4): 941-946.
- Sullivan, Patrick. 1995. « Mortality in anorexia nervosa ». *American Journal of Psychiatry* 152 (7): 1073-1074.
- Swanson, Helen, Kevin Power, Paula Collin, Suzanne Deas, Gillian Paterson, David Grierson, Alex Yellowlees, Katy Park, et Louise Taylor. 2010. « The Relationship between Parental Bonding, Social Problem Solving and Eating Pathology in an Anorexic Inpatient Sample ». *European Eating Disorders Review* 18 (1): 22-32.
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, et Merikangas KR. 2011. « Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement ». *Archives of General Psychiatry* 68 (7): 714-723.
- Tasca, Giorgio A., et Louise Balfour. 2014. « Attachment and Eating Disorders: A Review of Current Research ». *International Journal of Eating Disorders* 47 (7): 710-717.
- Tasca, Giorgio A., John Kowal, Louise Balfour, Kerri Ritchie, Barbara Virley, et Hany Bissada. 2006. « An Attachment Insecurity Model of Negative Affect among Women Seeking Treatment for an Eating Disorder ». *Eating Behaviors* 7 (3): 252-257.
- Tasca, Giorgio A., Kerri Ritchie, Fotini Zachariades, Genevieve Proulx, Anne Trinneer, Louise Balfour, Natasha Demidenko, Genevieve Hayden, Alison Wong, et Hany Bissada. 2013. « Attachment Insecurity Mediates the Relationship between Childhood Trauma and Eating Disorder Psychopathology in a Clinical Sample: A Structural Equation Model ». *Child Abuse & Neglect* 37 (11): 926-933.
- Tasca, Giorgio A., Leah Szadkowski, Vanessa Illing, Anne Trinneer, Renee Grenon, Natasha Demidenko, Valerie Krysanski, Louise Balfour, et Hany Bissada. 2009. « Adult Attachment, Depression, and Eating Disorder Symptoms: The Mediating Role of Affect Regulation Strategies ». *Personality and Individual Differences* 47 (6): 662-667.
- Tasca, Giorgio A., Daniel Taylor, Kerri Ritchie, et Louise Balfour. 2004. « Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa ». *Journal of Personality Assessment* 83 (3): 201-212.
- Taylor, Shelley E., Teresa E. Seeman, Naomi I. Eisenberger, Tamar A. Kozanian, Amy N. Moore, et Wesley G. Moons. 2010. « Effects of a Supportive or an Unsupportive Audience on Biological and Psychological Responses to Stress ». *Journal of Personality and Social Psychology* 98 (1): 47-56.
- Tenconi, Elena, Paolo Santonastaso, Francesco Monaco, et Angela Favaro. 2014. « Obstetric Complications and Eating Disorders: A Replication Study ». *International Journal of Eating Disorders*, mai, n/a-n/a.
- Tereno, Susana, Isabel Soares, Carla Martins, Mariana Celani, et Daniel Sampaio. 2008. « Attachment Styles, Memories of Parental Rearing and Therapeutic Bond: A Study with Eating Disordered Patients, Their Parents and Therapists ». *European Eating Disorders Review* 16 (1): 49-58.
- Tetley, Amanda, Nima G. Moghaddam, David L. Dawson, et Mike Rennoldson. 2014. « Parental Bonding and Eating Disorders: A Systematic Review ». *Eating Behaviors* 15 (1): 49-59.
- Thornton, Laura M., Suzanne E. Mazzeo, et Cynthia M. Bulik. 2011. « The Heritability of Eating Disorders: Methods and Current Findings ». *Current topics in behavioral neurosciences* 6: 141-156.
- Titeca, M. 2014. « Attachement : mise en place et dysfonctionnement des premiers liens ». *Archives de Pédiatrie* 21 (5): 161-162.

- Touchette, Evelyne, Adina Henegar, Nathalie T. Godart, Laura Pryor, Bruno Falissard, Richard E. Tremblay, et Sylvana M. Côté. 2011. « Subclinical Eating Disorders and Their Comorbidity with Mood and Anxiety Disorders in Adolescent Girls ». *Psychiatry Research* 185 (1□2): 185□92.
- Trace, Sara E., Jessica H. Baker, Eva Peñas-Lledó, et Cynthia M. Bulik. 2013. « The Genetics of Eating Disorders ». *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 589□620.
- Troisi, A, P Massaroni, et M Cuzzolaro. 2005. « Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders ». *British Journal of Clinical Psychology* 44 (Part 1): 89□97.
- Turner, Hannah M., Kathryn S. Rose, et Myra J. Cooper. 2005. « Parental Bonding and Eating Disorder Symptoms in Adolescents: The Meditating Role of Core Beliefs ». *Eating Behaviors* 6 (2): 113□18.
- van IJzendoorn, M. H., C. Schuengel, et M. J. Bakermans-Kranenburg. 1999. « Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-Analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae ». *Development and Psychopathology* 11 (2): 225□49.
- Van IJzendoorn, Marinus. 1995. « Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. » *Psychological bulletin* 117 (3): 387.
- van IJzendoorn, Marinus H.Kroonenberg, Pieter M. 1988. « Cross-cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation ». *Child Development* 59 (1): 147□56.
- Vigneaud, Vincent du, Charlotte Ressler, College John M. Swan, Carleton W. Roberts, Panayotis G. Katsoyannis, et Samuel Gordon. 1953. « THE SYNTHESIS OF AN OCTAPEPTIDE AMIDE WITH THE HORMONAL ACTIVITY OF OXYTOCIN ». *Journal of the American Chemical Society* 75 (19): 4879□80.
- Vorria, Panayiota, Zaira Papaligoura, Judy Dunn, Marinus H. Van IJzendoorn, Howard Steele, Antigoni Kontopoulou, et Yiasemi Sarafidou. 2003. « Early Experiences and Attachment Relationships of Greek Infants Raised in Residential Group Care ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44 (8): 1208□20.
- Wade, Td, JI Bergin, M Tiggemann, Cm Bulik, et Cg Fairburn. 2006. « Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (2): 121□28.
- Waller, Christiane, Matthias Wittfoth, Konstantin Fritzsche, Lydia Timm, Dina Wittfoth-Schardt, Edit Rottler, Markus Heinrichs, Anna Buchheim, Markus Kiefer, et Harald Gündel. 2015. « Attachment Representation Modulates Oxytocin Effects on the Processing of Own-Child Faces in Fathers ». *Psychoneuroendocrinology* 62 (décembre): 27□35.
- Ward, Anne, et Rosalind Ramsay. 2001. « Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective ». *British Journal of Medical Psychology* 74 (4): 497.
- Ward, Anne, Rosalind Ramsay, et Janet Treasure. 2000. « Attachment Research in Eating Disorders ». *British Journal of Medical Psychology* 73 (1): 35□51.
- Ward, Anne, Rosalind Ramsay, Susan Turnbull, Marisa Benedettini, et Janet Treasure. 2000. « Attachment Patterns in Eating Disorders: Past in the Present ». *International Journal of Eating Disorders* 28 (4): 370□76.
- Waters, Everett. 1978. « The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment ». *Child Development*, 483–494.
- Waters, Everett, Susan Merrick, Dominique Treboux, Judith Crowell, et Leah Albersheim. 2000. « Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study ». *Child Development* 71 (3): 684□89.
- Wei, Meifen, P. Paul Heppner, et Brent Mallinckrodt. 2003. « Perceived Coping as a Mediator between Attachment and Psychological Distress: A Structural Equation Modeling Approach. » *Journal of Counseling Psychology* 50 (4): 438□47.
- Wei, Meifen, P. Paul Heppner, Daniel W. Russell, et Shannon K. Young. 2006. « Maladaptive

- Perfectionism and Ineffective Coping as Mediators between Attachment and Future Depression: A Prospective Analysis. » *Journal of Counseling Psychology* 53 (1): 67-79.
- Wei, Meifen, Brent Mallinckrodt, Daniel W. Russell, et W. Todd Abraham. 2004. « Maladaptive Perfectionism as a Mediator and Moderator Between Adult Attachment and Depressive Mood. » *Journal of Counseling Psychology* 51 (2): 201-212.
- « WHO/Europe | Maternal and newborn health ». 2015. Consulté le septembre 16. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health>.
- Winje, Eirin, Anne-Kari Torgalsbøen, Cathrine Brunborg, et Bryan Lask. 2013. « Season of Birth Bias and Anorexia Nervosa: Results from an International Collaboration ». *International Journal of Eating Disorders* 46 (4): 340-345.
- Winje, Eirin, Kate Willoughby, et Bryan Lask. 2008. « Season of Birth Bias in Eating Disorders-Fact or Fiction? » *International Journal of Eating Disorders* 41 (6): 479-490.
- Woodhouse, Sarah, Susan Ayers, et Andy P. Field. 2015. « The Relationship between Adult Attachment Style and Post-Traumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis ». *Journal of Anxiety Disorders* 35 (octobre): 103-117.
- Woodside, D. Blake, Paul E. Garfinkel, Elizabeth Lin, Paula Goering, Allan S. Kaplan, David S. Goldbloom, et Sidney H. Kennedy. 2001. « Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community ». *American Journal of Psychiatry* 158 (4): 570-574.
- Zachrisson, Henrik Daae, et G. R. Kulbotten. 2006. « Attachment in Anorexia Nervosa: An Exploration of Associations with Eating Disorder Psychopathology and Psychiatric Symptoms ». *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 11 (4): 163-170.
- Zachrisson, Henrik Daae, et Finn Skårderud. 2010. « Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders ». *European Eating Disorders Review* 18 (2): 97-106.
- Zeanah, C. H., M. A. Keener, L. Stewart, et T. F. Anders. 1985. « Prenatal Perception of Infant Personality: A Preliminary Investigation ». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 24 (2): 204-210.
- Zeanah, Charles H. 1996. « Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy. » *Journal of consulting and clinical psychology* 64 (1): 42.
- Zeanah, Charles H., et Mary Margaret Gleason. 2015. « Annual Research Review: Attachment Disorders in Early Childhood – Clinical Presentation, Causes, Correlates, and Treatment ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56 (3): 207-222.
- Zeanah, Charles H., Michael Scheeringa, Neil W. Boris, Sherryl S. Heller, Anna T. Smyke, et Jennifer Trapani. 2004. « Reactive Attachment Disorder in Maltreated Toddlers ». *Child Abuse & Neglect* 28 (8): 877-888.
- Zeanah, Charles H., Anna T. Smyke, Sebastian F. Koga, Elizabeth Carlson, et The Bucharest Early Intervention Project Core Group. 2005. « Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania ». *Child Development* 76 (5): 1015-1028.
- Zerwas, Stephanie, Ann Von Holle, Hunna Watson, Nisha Gottfredson, et Cynthia M. Bulik. 2014. « Childhood Anxiety Trajectories and Adolescent Disordered Eating: Findings from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development ». *The International journal of eating disorders* 47 (7): 784-792.
- Zuroff, et Fitzpatrick. 1995. « Depressive personality styles: Implications for adult attachment. » *Personality and Individual Differences*, n° 18: 253-265.

ANNEXES

Annexe N°1 : *Parental Bonding Instrument* - traduction française

		Très semblable	Modérément semblable	Modérément différent	Très différent
1	Me parlait avec une voix chaleureuse et amicale.				
2	Ne m'a pas aidé(e) autant que nécessaire.				
3	Me laissait faire ce que j'aimais.				
4	Semblait émotivement froid(e) à mon égard.				
5	Paraissait comprendre mes problèmes et inquiétudes.				
6	Etait affectueux(se) envers moi.				
7	Aimait que je décide par moi-même.				
8	Ne voulait pas que je vieillisse ou je grandisse.				
9	Tentait de contrôler tous mes faits et gestes.				
10	Empiétait sur ma vie privée.				
11	Aimait discuter avec moi.				
12	Me souriait souvent.				
13	Avait tendance à me traiter comme un bébé.				
14	Ne semblait pas comprendre ce dont j'avais besoin et ce que je voulais.				
15	Me laissait décider par moi-même.				
16	Me faisait sentir que j'étais indésirée.				
17	M'aidait à me sentir mieux quand j'étais bouleversée.				
18	Ne me parlait pas beaucoup.				
19	Essayait de me rendre dépendante de lui/elle.				
20	Croyais que je ne pouvais me débrouiller seule sans lui/elle.				
21	Me laissait aussi libre que je le voulais.				
22	Me laissait sortir aussi souvent que je le désirais.				
23	Me surprotégeait.				
24	Ne me faisait pas d'éloges, de compliments.				
25	Me laissait m'habiller comme je le voulais.				

Annexe N°2 : Publications évaluant le lien parental chez les patients AN.

Auteur	Année	Population	Age (ans)	Sexe	Outil d'évaluation du lien parental	Objectif(s)
Duclos	2014	6 AM 6 Témoins	14-18	F	IPR	Explorer les styles d'attachement
Di Pentima	1998	62 AM: - 35 AM-R - 27 AM-B 77 Témoins: - 55 sains - 22 maladie de Crohn ou coeliaque	Adolescents	F	PBI	Comparer le lien parental perçu entre l'AM-R et l'AM-B
Delannes	2006	10 AM-R et leurs parents	14-17	F	Ca-mir	Etudier les liens entre les stratégies d'attachement, leur transmission et la structure du fonctionnement familial
Delvecchio	2014	51 AM	18-36	F	AAP	Examiner le rôle de l'exclusion défensive dans le développement des relations précoces et le lien à des manifestations ultérieures de symptômes TCA
Duclos	2014	60 AM et leurs parents	Adolescents	F	FMSS	Examiner les caractéristiques parentales, du patient et de la maladie qui contribuent au niveau d'expression émotionnelle maternelle et paternelle
Duclos	2013	60 AM et leurs parents	Adolescents	F	PBI	Comparer la perception des liens familiaux par les adolescents à celle de leurs parents
Halvorsen	2013	46 AM et leur fratrie	< 18	F	PBI	Comparer la perception des liens parentaux des AM avec leur fratrie
Canetti	2008	43 AM 33 Témoins	Adulte	F	PBI	Examiner l'association entre lien parental et AM selon une approche intergénérationnelle

Zachrisson	2006	et leurs parents 20 AM	Adulte	F	AAI	Explorer l'association entre l'attachement et les sous-types de diagnostic, la psychopathologie et les symptômes psychiatriques
Swanson	2010	43 AM 76 Témoins	Adulte	F	PBI	Examiner la relation entre les liens parentaux perçus, la résolution de problèmes sociaux et la psychopathologie TCA
Bulik	2000	70 AM 98 Témoins	Adulte	F	PBI	Examiner les attitudes alimentaires, la personnalité et les liens parentaux chez les femmes avec un antécédent d'AM selon le degré de guérison
Ward	2001	20 AM : - 6 AM-R - 14 AM-B et leur mère	15-46	F	AAI	Examiner la transmission intergénérationnelle des styles d'attachement
Tasca	2004	74 AM : - 30 AM-R - 44 AM-B	≥18	F	ASQ	Déterminer si l'auto-évaluation de l'attachement insécure mesuré en pré-traitement prédit l'arrêt prématuré du programme d'HDJ
Guttman	2002	23 AM 25 Témoins et leurs parents	16-40	F	PBI	Présenter les perceptions rétrospectives des membres de la famille dans laquelle une fille est diagnostiquée AM-R
Russel	1992	54 AM 54 Témoins	Adolescent	Mixte	PBI	Examiner la perception du lien parental rapporté chez des adolescents traités pour AM
Palmer	1988	35 AM (37 BN) 410 Témoins	Adulte	F	PBI	Comparer le souvenir des parents dans l'enfance des AM (et BN)

AAI, Adult Attachment Instrument; AAP, Adult Attachment Projective Picture System; AM, Anorexie mentale; ASQ, Attachment Style Questionnaire; BN, Boulimie Nerveuse; FMSS, F, Femme; Five Minute Speech Sample; HDJ, Hôpital de Jour; IPR, Inventory of Parental Representations; PBI, Parental Bonding Instrument; TCA, Trouble des Conduites Alimentaires;

Annexe N°3 : Grille de recueil d'informations sur l'anorexie mentale (AM).

Patient :					
Date de naissance :			Age :		
Groupe :	AM <14ans	AM >14ans	Témoin		
Famille :					
Statut marital :	en couple	paxés	séparés	mariés	divorcés
Statut socio-économique :					
ATCD AM :	non	oui			
ATCD trouble psychiatrique :	non	oui	lequel :		
AM :					
Type :					
Restrictif	Avec crise de boulimie/vomissements ou prise de laxatifs				
IMC d'entrée :					
Gravité :					
Perte de poids globale :					
Durée de la maladie :					
Age du diagnostic :					
Nb d'hospitalisation :					
Perte de poids global :					
Boulimie associée :	oui	non			
Questionnaires :					
<u>PBI mère :</u>					
<u>PBI père :</u>					
<u>MINI KID :</u>					
EDM	Dysthymie	Risque suicidaire	Ep. Hypo/maniaque	Tb panique	
Agoraphobie	Phobie sociale	TOC	Alcool : abus/ dpdce	Drogues : abus/ dpdce	
Nicotine : dpdce	ESPT	AN	Anxiété généralisée	Tb des conduites	
TICS et Giles Tourette					
<u>CDRS :</u> /113					
<u>CDI :</u> /54					
Éléments notables dans l'histoire :					

Anorexie mentale, lien parental et attachement : Étude du lien parental dans l'enfance chez une population d'enfants et d'adolescents avec anorexie mentale

Résumé :

INTRODUCTION : L'anorexie mentale (AM) est une pathologie des troubles des conduites alimentaires (TCA) grave et complexe de l'adolescence. La nature multifactorielle de l'AM, la place importante de la famille et l'intérêt croissant pour la théorie de l'attachement dans les TCA questionnent sur le lien parental dans l'AM. L'objectif principal est d'analyser les liens parentaux chez une population d'enfants et d'adolescents présentant une AM. L'objectif secondaire est d'étudier les différences en fonction de la tranche d'âge.

MÉTHODE : Nous avons réalisé une étude pilote, observationnelle et comparative à Bordeaux durant la période de juin 2015 à janvier 2016. 18 jeunes filles souffrant d'AM et 12 témoins souffrant d'épisode dépressif majeur, âgés de 10 à 17 ans, hospitalisés, furent rencontrés individuellement pour répondre à une série de questionnaires dont la *Parental Bonding Instrument* et la *Children's Depression Inventory* (CDI).

RÉSULTATS : Les résultats révèlent des soins paternels élevés et une surprotection maternelle avec un style parental «optimal» prédominant, «contraint affectueux» faible et «négligent» maternel élevé chez les AM comparé aux témoins. On retrouve des différences chez les patientes AM avec une surprotection maternelle ($p=0,01$) et paternelle ($p=0,27$) chez les pubères. En analyse de corrélation, il existe une corrélation positive entre la protection maternelle et l'âge du diagnostic, l'âge et le score CDI ainsi qu'une corrélation négative entre les soins paternels et le score CDI.

CONCLUSION : Notre étude montre une perception par les AM d'une mère encourageant à l'autonomie et d'un père chaleureux et compréhensif comparé aux témoins. Il existe une surprotection maternelle et paternelle chez les AM pubertaires comparé aux péripubères.

Mots clés : Anorexie mentale ; Lien parental ; Attachement ; Fonctionnement familial ; Enfant ; Adolescent ; Parental Bonding Instrument.

Keywords: Anorexia nervosa ; Parental bonding ; Attachment ; Family functioning ; Child ; Adolescent ; Parental Bonding Instrument.

Anorexie mentale, lien parental et attachement : Étude du lien parental dans l'enfance chez une population d'enfants et d'adolescents avec anorexie mentale

Résumé :

INTRODUCTION : L'anorexie mentale (AM) est une pathologie des troubles des conduites alimentaires (TCA) grave et complexe de l'adolescence. La nature multifactorielle de l'AM, la place importante de la famille et l'intérêt croissant pour la théorie de l'attachement dans les TCA questionnent sur le lien parental dans l'AM. L'objectif principal est d'analyser les liens parentaux chez une population d'enfants et d'adolescents présentant une AM. L'objectif secondaire est d'étudier les différences en fonction de la tranche d'âge.

MÉTHODE : Nous avons réalisé une étude pilote, observationnelle et comparative à Bordeaux durant la période de juin 2015 à janvier 2016. 18 jeunes filles souffrant d'AM et 12 témoins souffrant d'épisode dépressif majeur, âgés de 10 à 17 ans, hospitalisés, furent rencontrés individuellement pour répondre à une série de questionnaires dont la *Parental Bonding Instrument* et la *Children's Depression Inventory* (CDI).

RÉSULTATS : Les résultats révèlent des soins paternels élevés et une surprotection maternelle avec un style parental «optimal» prédominant, «contraint affectueux» faible et «négligent» maternel élevé chez les AM comparé aux témoins. On retrouve des différences chez les patientes AM avec une surprotection maternelle ($p=0,01$) et paternelle ($p=0,27$) chez les pubères. En analyse de corrélation, il existe une corrélation positive entre la protection maternelle et l'âge du diagnostic, l'âge et le score CDI ainsi qu'une corrélation négative entre les soins paternels et le score CDI.

CONCLUSION : Notre étude montre une perception par les AM d'une mère encourageant à l'autonomie et d'un père chaleureux et compréhensif comparé aux témoins. Il existe une surprotection maternelle et paternelle chez les AM pubertaires comparé aux péripubères.

Mots clés : Anorexie mentale ; Lien parental ; Attachement ; Fonctionnement familial ; Enfant ; Adolescent ; Parental Bonding Instrument.

Keywords: Anorexia nervosa ; Parental bonding ; Attachment ; Family functioning ; Child ; Adolescent ; Parental Bonding Instrument.