

# «Les troubles de l'alimentation et les troubles d'abus de substances: Carrosserie différente, mais même mécanique?»

**Howard Steiger, PhD**

Chef, programme des troubles de l'alimentation, institut Douglas  
Professeur titulaire, department de psychiatrie, université McGill

# Troubles d'Abus de Substances Psychoactives (TASPs)



**27% -- AN**

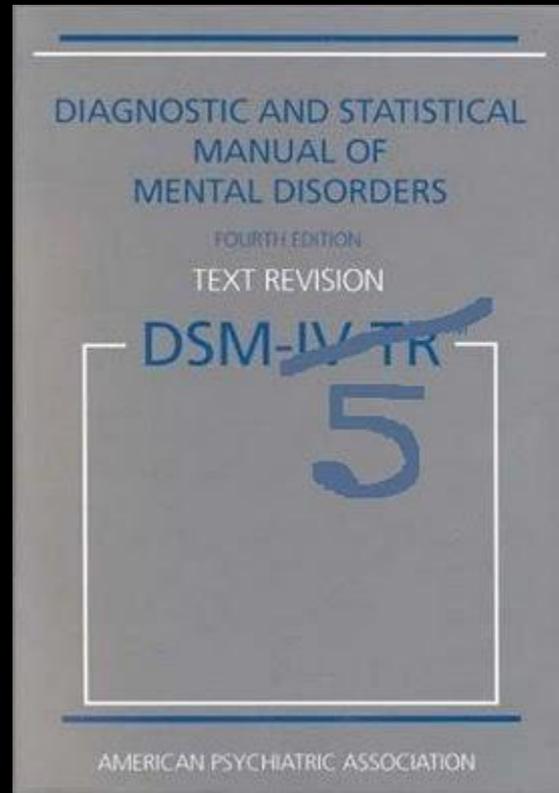
**55% -- BN**



# Pourquoi se preoccupper ?

- TAs + TAsPs = risque le plus élevé de mort prématuré parmi les troubles majeures de santé mentale (Harris and Barraclough 1998)
- TAs + TAsPs = taux le plus élevé de tentatives de suicide (Duncan et al. 2006)
- Chez AN, TASP prédit la mortalité (Keel et al. 2003)
- Les 2 sont traitables ensemble

# TAs: Mise à jour



# Sous-types de TAs

## Anorexie Nerveuse

- « Restriction de l'apport calorique menant à un poids faible»
- 2 sous-types:
  - Restrictif (AN-R)
  - Orgies/purges (AN-B)



## FEDNEC

Feeding & Eating Disorders Not Elsewhere Classified

## Boulimie

- Orgies alimentaires
- Compensation (vomissement, jeûne, laxatifs)



## Hyperphagie Boulimique

- Orgies alimentaires
- Pas de compensation



## ARFID

Avoidant /restrictive food intake disorder

# Alimentation restrictive et reglementée



**Rituels**

**Quantité**

**Tabous**

**Ordre**

**Structure**



**Mesures**

# Perdez-vous parfois le contrôle?



**Objectif?**

**Subjectif?**

**Sur quoi ?**

**Précipitants?**

**Faim**

**Émotions**

**Événements interpersonnels**

**Moments non-structurés**

# Purges

- Vomissements provoqués
- Laxatifs, coupe-faim, brûleurs de gras, lavements, diurétiques
- Café, tisanes, boisson énergisante
- Mâcher et cracher



**Insuline !**

# Exercice?

Je ne fais pas d'exercice...Quelques fois je  
marche

...et marche.... et marche....

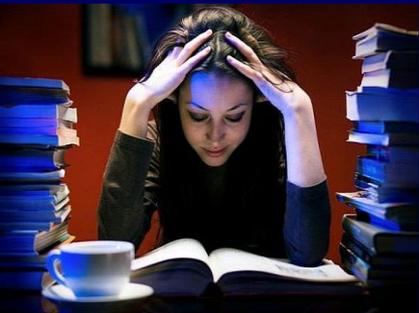
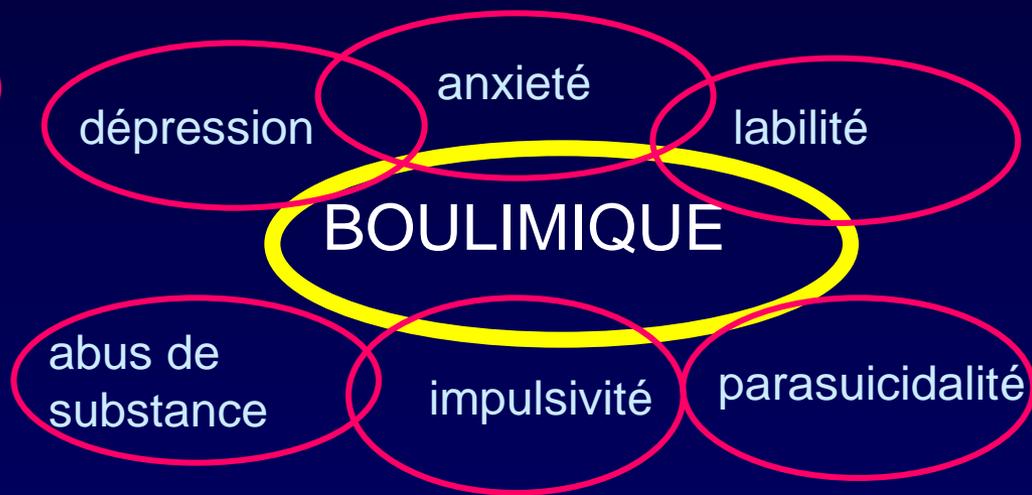
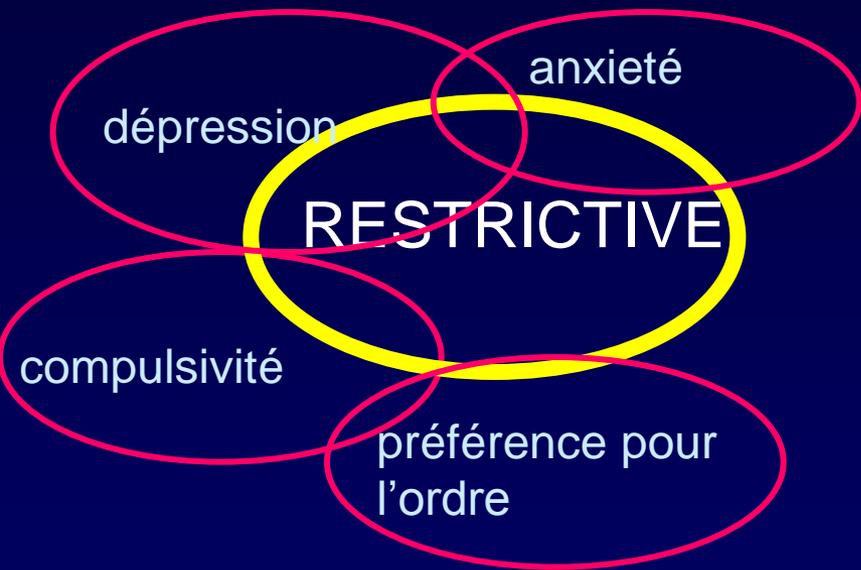


# Image corporelle

- vérification
- pesée
- perceptions
- cathexis





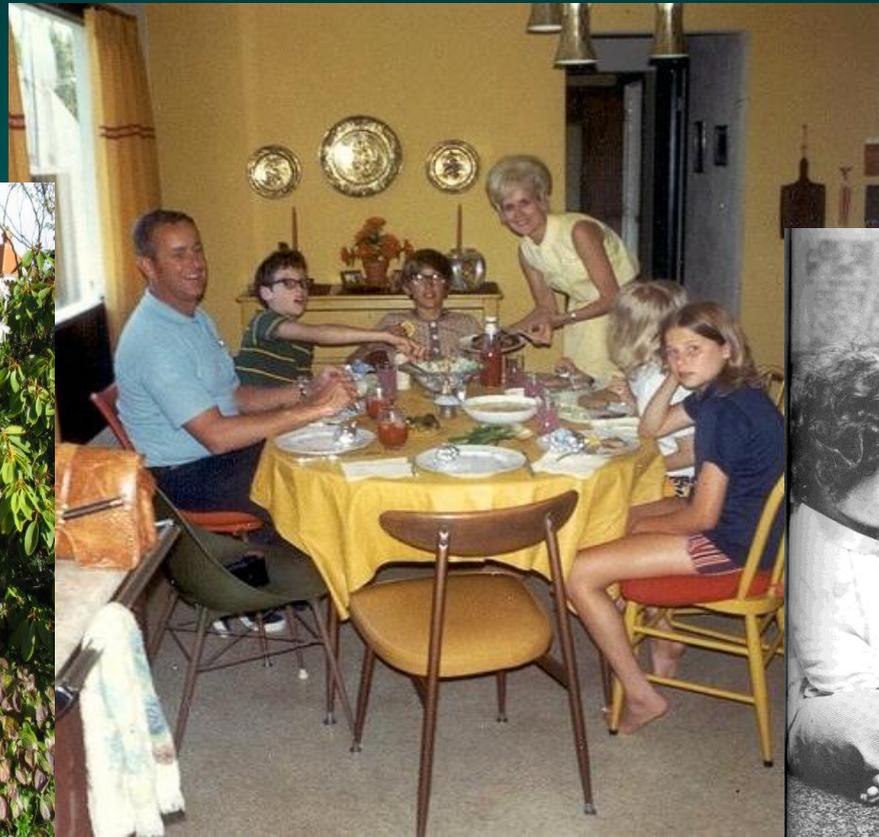


A cosmic scene featuring a bright star, a galaxy, and the surface of the moon. The background is a deep blue space filled with numerous stars and a large, glowing purple and blue nebula. In the center, a bright star with a multi-pointed starburst effect shines. Below the star, a dark, circular object, possibly a planet or moon, is visible. The foreground shows the curved, cratered surface of the moon, illuminated from the left, showing various craters and lunar maria. The word "CAUSES" is written in large, bold, yellow capital letters across the center of the image, partially overlapping the dark circular object.

**CAUSES**

- *La famille*

- *Le développement*



# TAs et Tendances Familiales



- Impulsivité
- Instabilité Affective

Fonctionnelle

Enchevêtré,  
surprotectrice

Chaotique,  
Negligente

Pas plus de  
conflits autour  
des repas

- Anxiété
- Compulsivité

Parents ne sont pas  
plus préoccupée avec  
leurs poids ou image  
corporelle

## Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders

Daniel le Grange, PhD,<sup>1\*</sup> James Lock, MD, PhD,<sup>2</sup> Katharine Loeb, PhD,<sup>3,4</sup>  
and Dasha Nicholls, MBBS, MD<sup>5</sup>

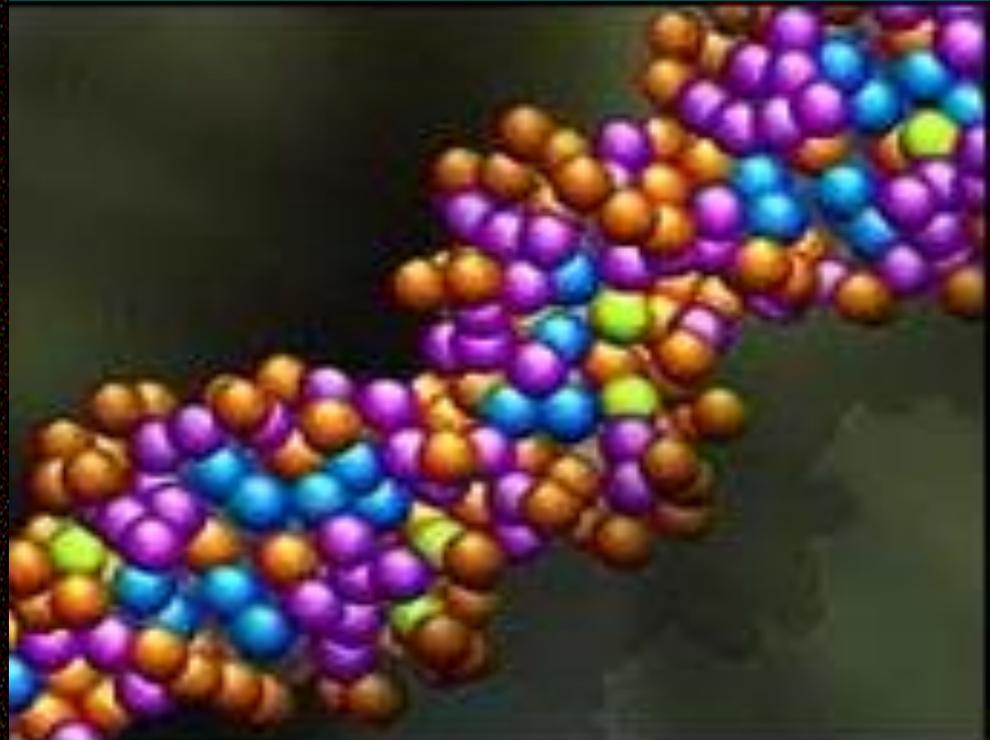
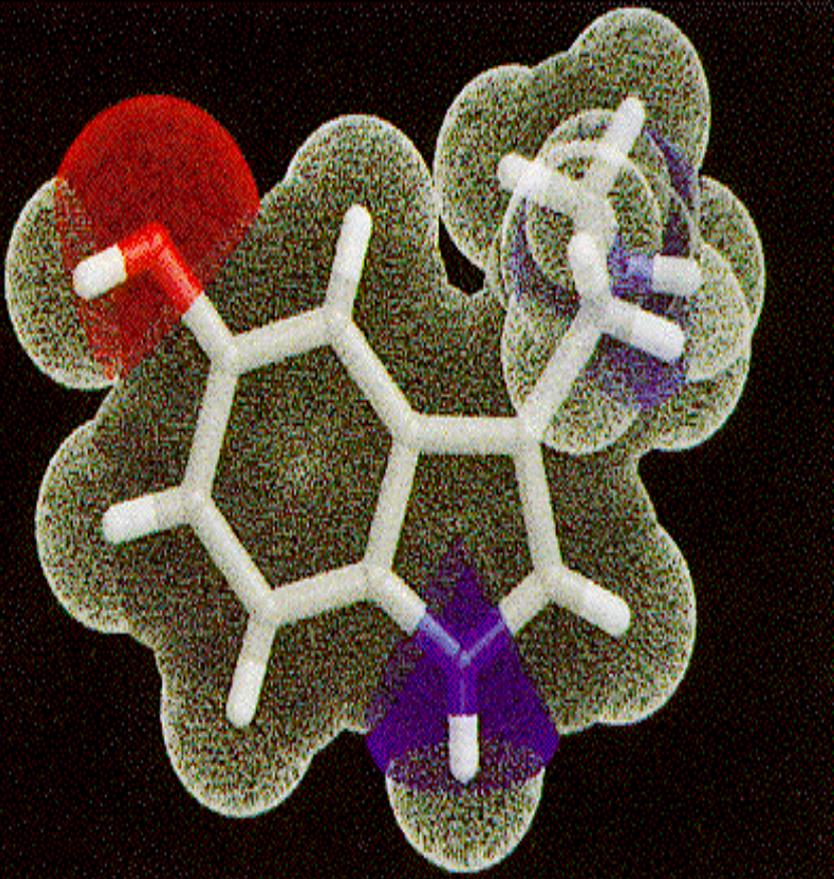
---

### Position

It is the position of the Academy for Eating Disorders (AED) that whereas family factors can play a role in the genesis and maintenance of eating disorders, current knowledge refutes the idea that they are either the exclusive or even the primary mechanisms that underlie risk. Thus, the AED stands firmly against any etiologic model of eating disorders in which family influences are seen as the pri-

ily-based theories of causation, now recognized as overly simplistic and erroneous, are still in circulation. These posit, for example, that particular styles of interaction among family members are not only unique to eating disorders but also they play a specific role in the etiology or the maintenance of illness behavior. Reminiscent of such discredited pejoratives as the “schizophrenogenic” and “autis-togenic” mother, the idea that certain parental attitudes or family patterns could be “anorexiogenic”

# La biologie





*L'environnement  
Intrauterine*

# Prevalence of Anorexia Nervosa in Twins

<u>Phenotype</u>	<u>Total N of Twins</u>	<u>Prevalence</u>	<u>(95% CI)</u>
<b>Female-female</b>			
MZ 	3634	0.99	(0.70-1.38)
DZ 	4818	1.12	(0.85-1.47)
<b>Male-male</b>			
MZ 	2854	0.07	(0.01-0.28)
DZ 	4048	0.02	(0.001-0.16)
<b>DZ opposite-sex</b>			
Female 	4478	0.71	(0.50-1.02)
Male 	4478	0.60	(0.41-0.89)

# Complications Perinataux

(Favaro et al 2006 Arch Gen Psychiatry)

## **Anorexia Nervosa**

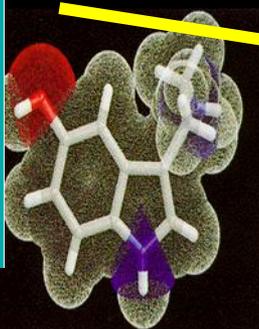
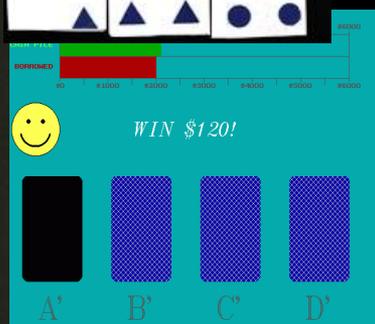
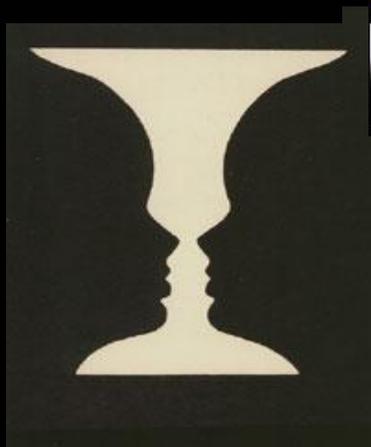
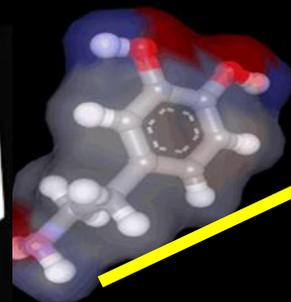
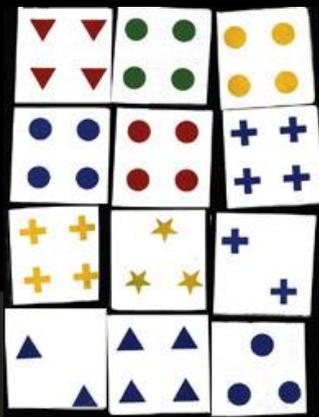
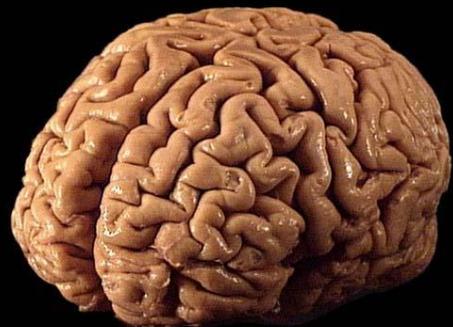
- umbilicus around neck
- placental infarctions
- hypothermia
- tremors
- hyporeactivity
- hypotonia
- cardiomyopathy
- oxygen administration

## **Bulimia Nervosa**

- birth weight <10th percentile
- birth length < 10th percentile
- placental infarctions
- hyporeactivity
- early feeding problem



# Tendances neurobiologiques communes



# Les TA sont-ils héréditaires?



**AN:** 33% - 84%

Wade et al, 2000; Bulik et al, 2006; Klump et al, 2001; Kortegaard et al, 2001

**BN:** 28% - 83%

Bulik et al, 1998; Bulik & Tozzi, 2004; Kortegaard et al, 2001; Walters et al, 1992, 1993

**BED:** 41% - 57%

Javaras et al, 2008; Reichborn-Kjennerud et al, 2004; Sullivan et al, 1998

- Pour les TASP, héritabilité autour de 60% chez les jumelles (femelles) (Heath et al. 1997; Whitfield et al. 2004)
- BN et TASP se trouve à l'intérieur des mêmes familles (Bulik 1987; Kasset et al. 1989; Lilienfeld et al. 1997).
- Les études sur l'association entre la BN et les TASP indiquent une étiologie génétique partagée. Les corrélations génétiques rapportés sont:
  - .06 (Kendler et al, 1995)
  - .53 (Baker et al, 2010)
  - 1.0 (Mitchell et al, 2010)
  - .31–.61 (Slane et al, 2012)

# Études Associations Génétiques TAs

- Dopamine

- DRD2 AN
- DRD3
- DRD4 TASP
- COMT AN
- 3'-UTR DAT BN

- Sérotonine

- 5HTTLPR AN BN
- 5HT2a AN BN
- 5HT1d
- 5HT2c TASP
- 5HT7
- HTR1D
- TPH1, TPH2

- MAO

- Estrogen

- ER  $\alpha$
- ER  $\beta$  AN

- Melanocortin-4

- BDNF

- ValMet66; NTRK2 TASP AN BN

- AGRP AN

- NPY5, NPY1

- Leptine

- Ghrelin

- UCP-2/ UCP-3 AN

- TNF $\alpha$

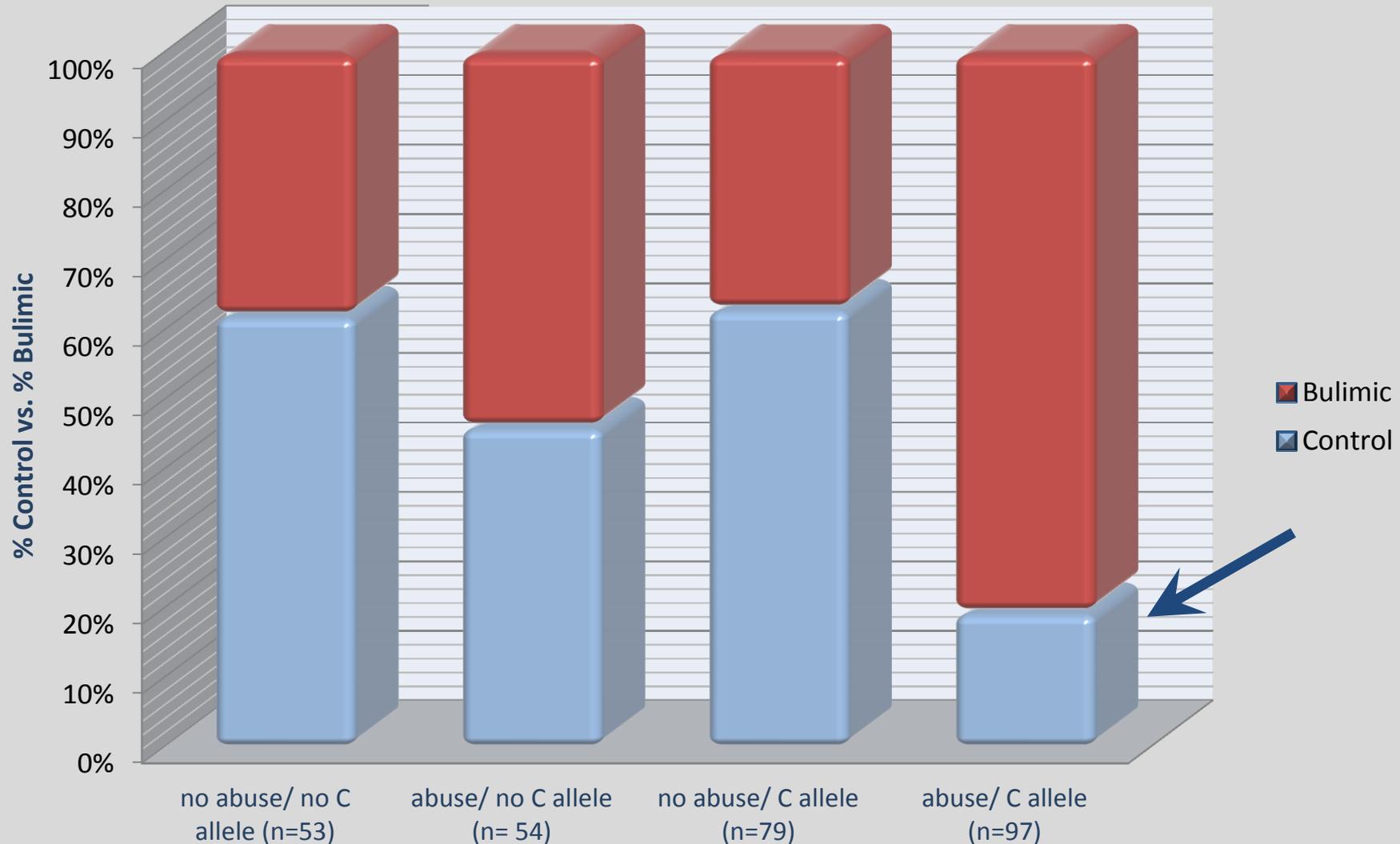


## Interactions Gène x Environnement

- Les potentielles génétiques sont « **allumés** » par l'environnement

The interaction between presence of the c-allele and childhood abuse (OR= 3.70, 95% CI= 1.32-10.33) is significantly associated with BN (versus control) status.

Steiger et al (2012) J Psychiatric Research



**Effets  
secondaires de  
la dénutrition:  
Est ce que la  
régime vous  
rend FOLLE ?**



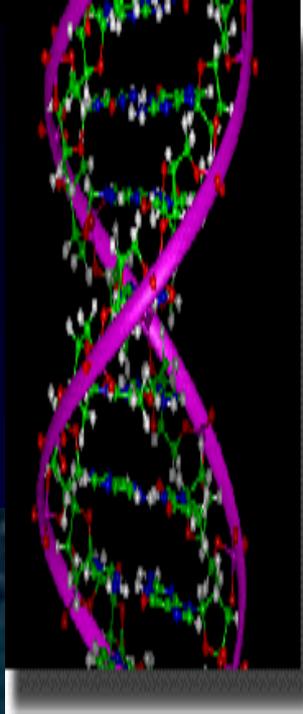
# La Restriction Calorique!!!



- Les régimes alimentaires altèrent des fonctions cérébrales
- Les régimes atteignent plus les cerveaux des femmes



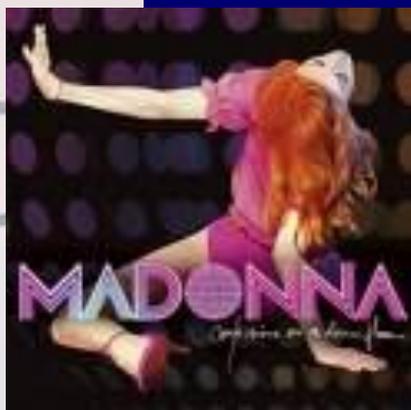
# Prédisposition



- Pressions socio/  
environnementales



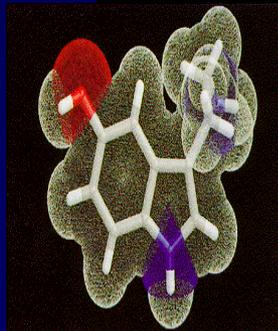
# CONTEXTE SOCIOCULTURELLE



# Personnalité



## Pressions Sociales



## Neurobiologie



## Développement



## Génétique

# Évaluation



**Vous allez me juger**

**Vous allez me faire engraisser**

**Culpabilité**

**Honte**

**Non-  
divulgation**



**Peur de  
perdre le  
contrôle**

**Dénié**

**Dissimulatio  
n**

**Évaluation**

# Evaluation de risque:

## ``Mise-à-point de 4 points``

- Perte de poids précipiteuse ou extrême
- Electrolytes (K+)
- Rythme cardiaque (< 50 bpm); EKG
- Faiblesse; Perte de conscience

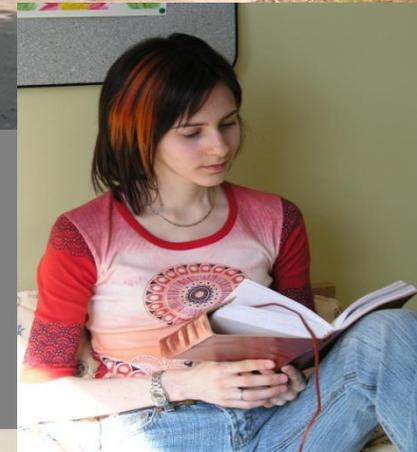
“Meilleurs Pratiques”  
*Quoi faire?*

...il était une fois....



# Principes de pratique

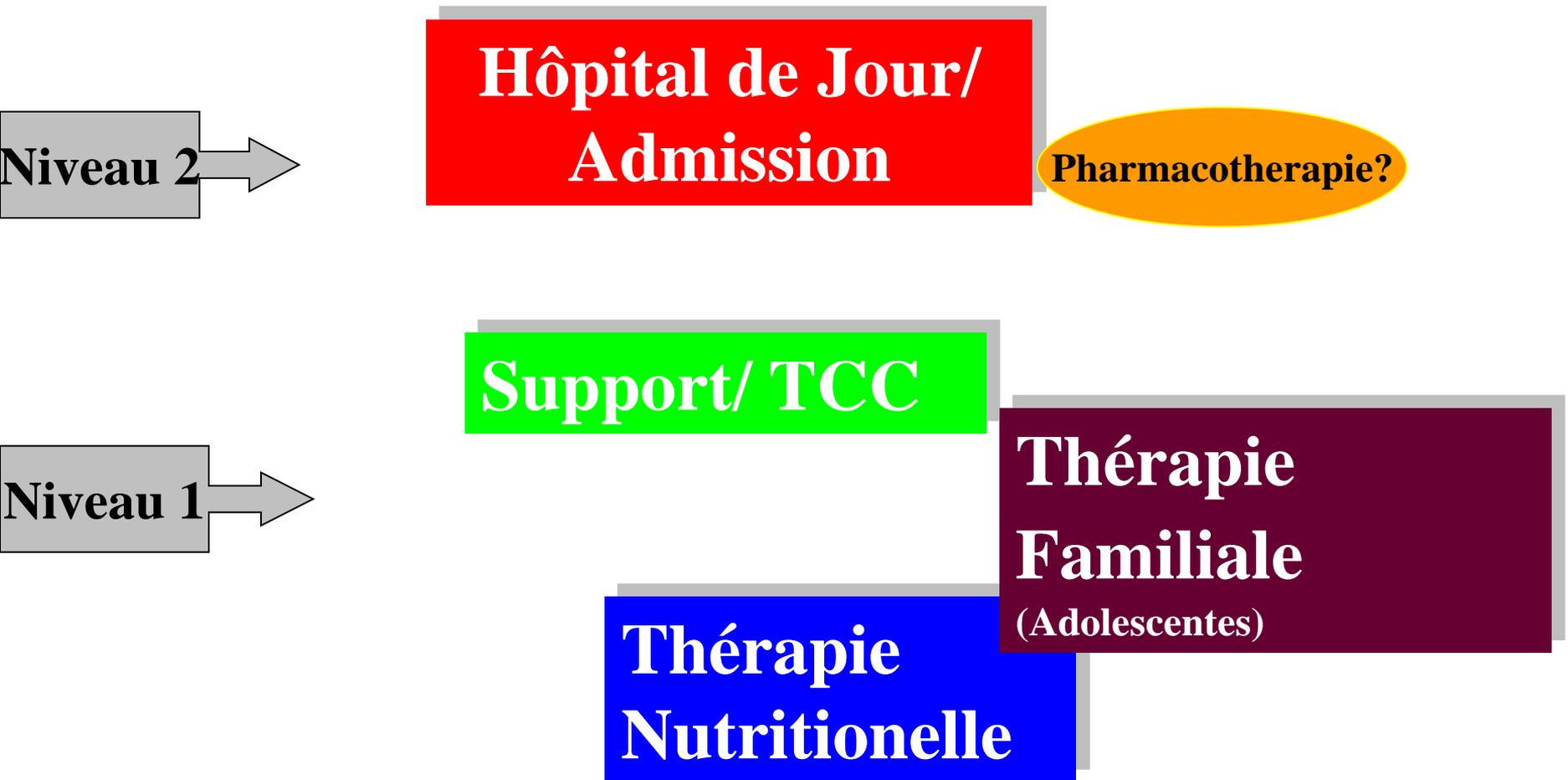
- Pas coercitive
- Faciliter la réévaluation des croyances et valeurs chez l'individu atteint
- Faciliter l'expérimentation avec de solutions alternatives
- Est-ce que c'est dans ton meilleur interet?



Douglas  
INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE MENTAL HEALTH UNIVERSITY INSTITUTE



# Anorexie Nerveuse: Niveaux de soins



# Boulimie: Niveaux de soins

Niveau 2 →

**Pharmacothérapie**

**Traitement de Jour**

Niveau 1 →

**Entre-Aide**

**Psychoéducation**

**TCC**  
**(individuel ou**  
**groupe)**

# Pourquoi un TA??

- **MAUVAISES INFORMATIONS**
  - **Psychoéducation**
- **CROYANCES et ATTENTES ERRONÉES**
  - **Travail cognitivo-comportemental**
- **MOTIVATION À MAINTENIR DES RÉACTIONS MALADAPTIVES**
  - **Thérapie motivationnelle**

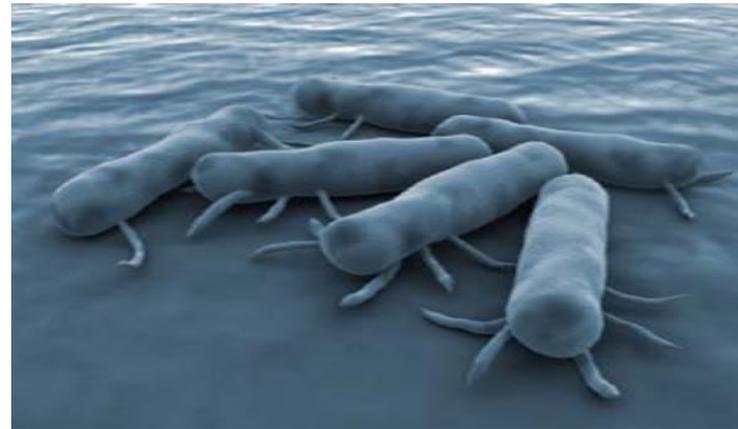
# Concept 1: Le TA est une phobie

- Est-ce un problème de **poids** ou un problème avec la **peur** de prendre du poids ou la **peur** de perdre le contrôle sur la nourriture ?



# Concept 2: Le TA est une réaction obsessive-compulsive

- Idée obsessionnelle  
(amène de l'anxiété)
- Comportement  
compulsif  
(soulagement  
temporaire)



# Concept 3: Role de la restriction

- La peur de prendre du poids entraîne la restriction
- La restriction **cause** la boulimie
- Non seulement physiologique...mais ...mentale!



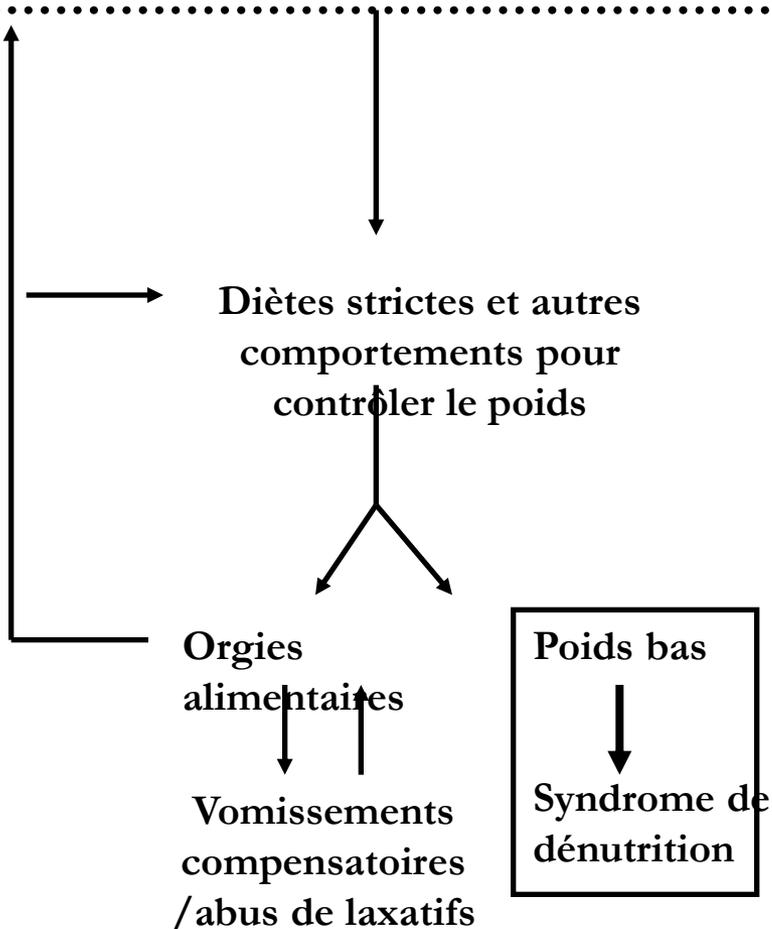
Les pensées

et

les croyances

# Schémas dysfonctionnels

Surévaluation de l'alimentation, la forme et du poids et leurs contrôles



“Si je mange, je dois compenser”

- Exercise
- Purges
- Jeûne

“Je pèse ce que je pèse maintenant  
parce-que je... [purge, ne mange pas,  
fais de l'exercice ....]

...Imagine ce qui ce  
passerait si je ne faisais pas  
cela

“Je prends du poids TRÈS  
FACILEMENT”

Effet de

- Rétention d'eau

“Si je commence à manger, je ne  
peux m’arrêter”

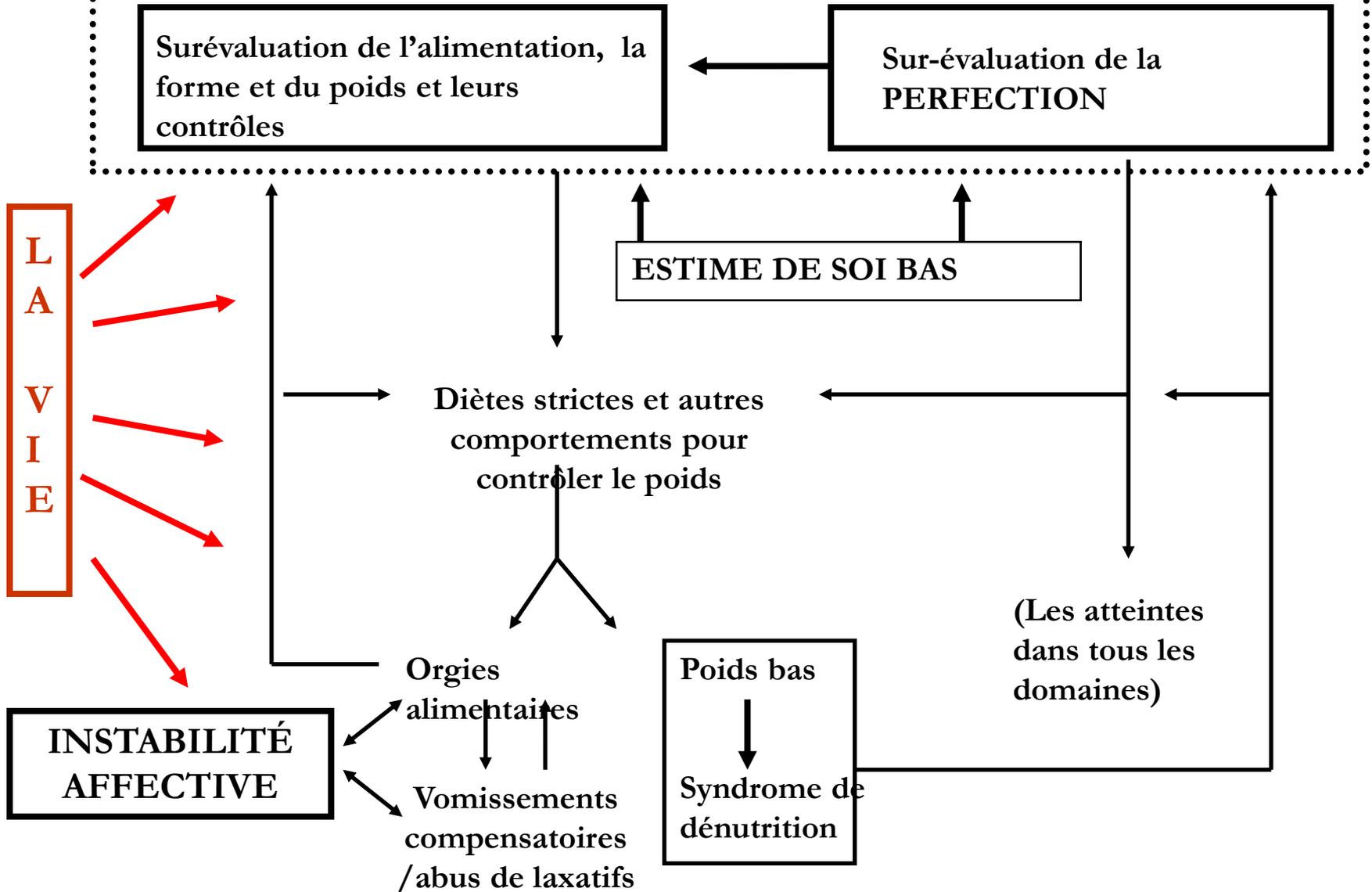
Effets de

- Restriction alimentaire prolongée

“Si je peux juste descendre à 100 livres,  
je peux relaxer et être contente”

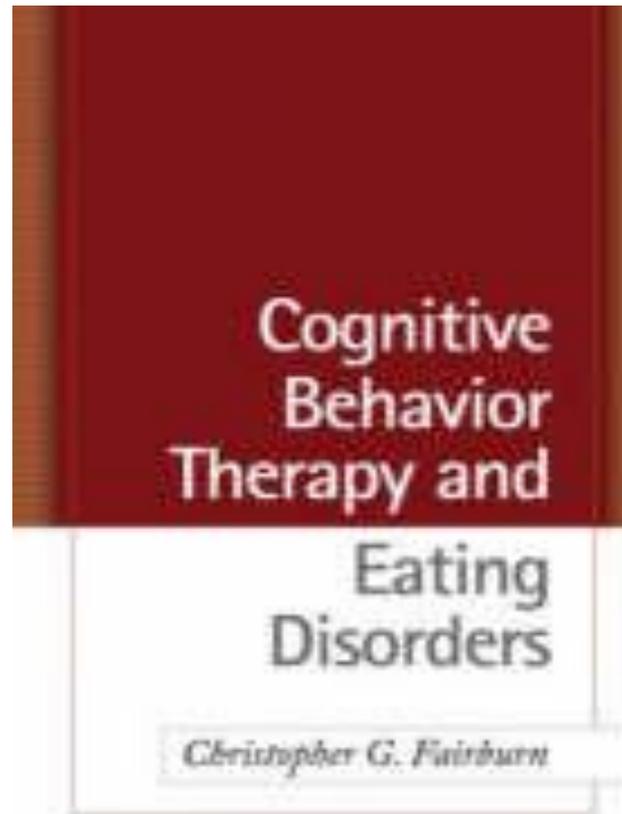
Ah oui??

# Schémas dysfonctionnels



# Thérapie cognitivo- comportementale (TCC) pour les troubles de l'alimentation

---



**Mettre en valeur la  
motivation  
de changer**

Pass

Motivée

Pouvons-nous  
**FAIRE QUELQUE**  
**CHOSE**

pour augmenter la  
préparation de faire  
des changements?

# Cause pas de trouble!!

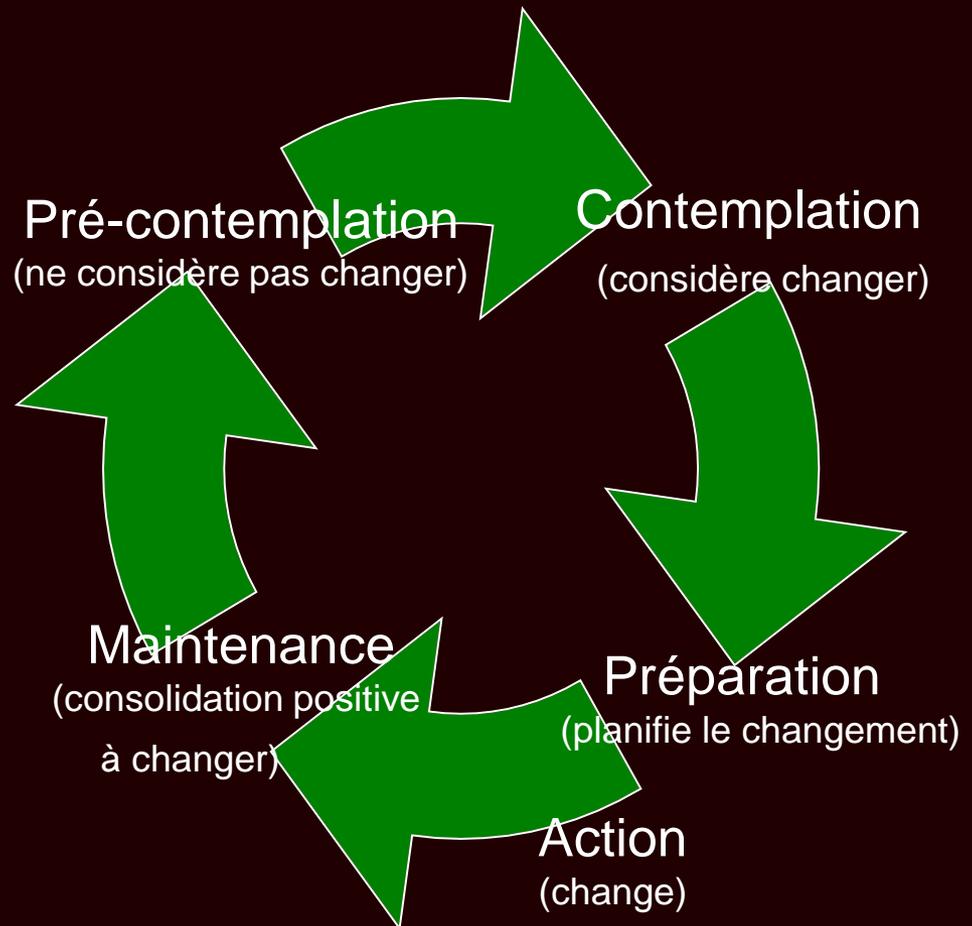
- **Position non-autoritaire**
- **Position d'ouverture véritable**
- **Valider l'expérience du patient**
- **Mobiliser l'ambivalence**
- **Trouver un objectif partagé**



# Modèle de changement transthéorique

Prochaska & DiClemente (1982)

- Stades de motivation et d'acceptation du changement
- La motivation à réduire la restriction peut prédire l'adhésion au traitement et son résultat Geller et al., 2001
- La motivation intrinsèque (vs extrinsèque) est mieux pour des changements durables DiClemente 1999
- Les individus peuvent se promener dans les différents stages
- La motivation peut varier avec les symptômes



# Il y a une limite...

- **“Non-négociables”**
  - Structure de thérapie
  - Nécessité d’évaluations médicales, communication des résultats
  - Danger pour soi et les autres
  - S’attend à ce que les autres “regardent calmement”
  - Thérapie doit être utile à quelque chose



# Défis

- Arbitraire (peu de logique)
- Coercition indue (trop contrôlant)
- Inattendu
- Inconsistant



«Il n'y a pas de sortie à la semaine 1»

«Vous avez perdu trop de poids..nous vous hospitalisons»

«Si vous ne prenez pas de poids, je ne travaillerai plus avec vous»

«OK...juste cette fois-ci...»



**Utilisation de substances comorbides n'est PAS un contrindication au traitement de TA (Mitchell et al., 1990; Strasser, Pike & Walsh, 1992 Grilo et al, 2009)**

# **TROUBLES D'ABUS DE SUBSTANCE**

**27% dans AN**  
**55% dans BN**



**Augmente les risques de :**

- Suicide et autres actions auto destructrices**
- Complications médicales**



## **Restez attentifs:**

1/3 des femmes avec l'AN qui développent une dépendance à l'alcool n'avaient pas des problèmes liés à l'alcool auparavant (Keel et al. 2003)

## **Ne présumez pas:**

Tant les drogues qui suppriment l'appétit que celles qui le stimulent sont susceptibles d'être abusées (Franko et al., 2008; Root et al., 2010).



## **Présumez:**

**Risque augmenté des actes suicidaires et auto-destructifs.**  
**Complications médicales**



- **Les troubles concomitants d'abus de substances NE SONT PAS une contre-indication pour les traitements de TA** (Mitchell et al., 1990; Strasser, Pike & Walsh, 1992; Grilo et al., 2009; O'Malley et al., 2007)

)

**Tentez de traiter les deux problématiques simultanément**



**Les problématiques liées à l'utilisation de substances pourraient avoir peu d'effet sur les résultats des traitements pour les TA**

(Franko et al., 2008; Grilo, Sinha, & O'Malley, 2002; Mitchell et al., 1990)

Les traitements qui augmentent la motivation au changement et l'adhésion à la thérapie, ou qui améliorent les capacités d'adaptation et la régulation de l'humeur peuvent bénéficier aux patients avec des troubles concomitants

(Grilo et al., 2002; Marcus & Levine, 2004).

- « Where treatment staff are skilled in treating both disorders, concurrent treatment should be attempted »

APA (2006)

*Merci*

*Beaucoup!!!*