Science et comportement
Volume 18, nos 1 et 2, printemps-été 1988, p. 23 – 31.

Diagnostic différentiel et évaluation de l'anorexie et de la boulimie nerveuse

GILLES GAUDETTE[1]

Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine

Le présent texte tente de dissiper certaines confusions en ce qui a trait au diagnostic différentiel de l'anorexie nerveuse et de la boulimie nerveuse. Une première confusion vient du fait que les termes anorexie et boulimie peuvent référer à un symptôme ou à un syndrome. Une deuxième confusion réside dans la démarcation entre le syndrome de boulimie nerveuse avec ou sans histoire d'anorexie nerveuse, le syndrome d'anorexie nerveuse avec symptôme de boulimie et le symptôme de boulimie chez les personnes obèses. La distinction entre ces désordres alimentaires d'une part et d'autres désordres émotionnels tel que le trouble de conversion, la schizophrénie, la dépression et les troubles de personnalité est aussi décrite. Enfin, quelques instruments de mesures pouvant aider à établir le diagnostic différentiel sont brièvement décrits.

Les problèmes d'anorexie et de boulimie nerveuses ont connu une augmentation spectaculaire dans les pays industrialisés durant les dernières décennies. Ces désordres alimentaires sont observés presqu'exclusivement chez les femmes[2].

Symptôme et syndrome

Une première confusion vient du fait que les termes anorexie et boulimie réfèrent à la fois à un symptôme et à un syndrome. Par symptôme, on entend l'observation d'un phénomène qui révèle un trouble fonctionnel ou une lésion. Dans ce sens, le terme anorexie (du grec Olexis: appétit) désigne une perte de l'appétit quelqu'en soit l'origine (Petit Larousse). Ainsi, l'anorexie en tant que symptôme décrit une perte d'appétit autant chez un sujet déprimé, cancéreux, etc.

---

1 Les demandes de tirés-à-parts doivent être adressées à: Gilles Gaudette, psychologue, Module de thérapie béhaviorale, Centre Hospitalier Louis-H. Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5.

2 Compte tenu de la prévalence presqu'exclusivement féminine, le genre féminin sera utilisé tout au long de ce texte.

Le terme boulimie (du grec Boulimia: faim de boeuf) décrit en tant que symptôme un besoin irrépressible de consommer une quantité non contrôlée et excessive d'aliments lié à un trouble psychique (Petit Larousse).

Un syndrome réfère à un ensemble de symptômes qui caractérisent une maladie, une affection quelconque. Il est préférable de recourir au terme anorexie mentale ou anorexie nerveuse et boulimie nerveuse lorsque l'on parle de l'anorexie et de la boulimie en tant que syndrome.

Les critères diagnostiques d'anorexie nerveuse ont connu une certaine évolution au cours des années. Le tableau I reproduit les critères diagnostiques successivement reconnus par l'American Psychiatry Association, soit ceux de Feighner et al. (1972), du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III 1980) et de la version revisée du DSM III (1987). Pour l'essentiel, l'anorexie nerveuse se caractérise par une perte de poids importante, une préoccupation excessive pour la minceur et une peur intense de devenir obèse.

TABLEAU I

Critères diagnostiques de l'anorexie nerveuse

Feighner et al. (1972)	DSM III (1980)	DSM III revisé (1987)
a) Début des manifestations avant 25 ans	a) Peur intense de devenir obèse qui ne diminue pas au fur et à mesure de l'amaigrissement	a) Refus de maintenir un poids corporel au dessus d'un poids normal minimum compte tenu de l'âge et de la grandeur c'est-à-dire perte de poids de 15% par rapport au poids initial
b) Anorexie accompagnée avec une perte de poids d'au moins 25% du poids corporel original	b) Perturbation de l'image du corps (se sentir «gros(se)» même quand il(elle) est décharné(e)	b) Peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse même si décharné(e)
c) Une attitude déformée, ridide en ce qui a trait à l'alimentation, la nourriture ou le poids	c) Perte de poids d'au moins 25% du poids initial; avant 18 ans, le pourcentage de la perte de poids, à partir du poids initial additionné à la prise de poids escompté, extrapollé à partir des diagrammes de croissance normal représente 25%	c) Distorsion en ce qui a trait au poids corporel à la grandeur ou à l'apparence (la personne prétend être grosse même si décharnée, croit qu'une des parties de son corps est trop grasse, même si elle est maigre)
d) Pas de maladie médicale connue qui pourrait expliquer la perte d'appétit et la perte de poids	d) Refus de maintenir son poids au dessus d'un poids normal minimal compte tenu de l'âge et de la taille	d) Chez les femmes, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (aménorrhée primaire ou secondaire)
e) Pas de désordre psychiatrique connu en paticulier désordre affectif primaire, schizophrénie, névrose obsessive-compulsive et phobique	e) Absence de maladie physique identifiée qui pourrait expliquer la perte de poids	
f) Au moins deux des manifestations suivantes: • aménorrhée • lanugo • bradycardie • période d'hyperactivité • épisode de boulimie • vomissement provoqué		

La boulimie nerveuse comme syndrome distinct de l'anorexie nerveuse a été mise en évidence par Russel en 1979. Cet auteur a revisé ses propres critères en 1983. Le DSM III (1980) a introduit cette catégorie diagnostique sous le thème de boulimie. Le DSM III revisé (1987) parle plutôt de boulimie nerveuse. Le tableau

II reproduit les critères diagnostiques de ce syndrome tel que défini par Russell (1979) et (1983), le DSM III (1980) et le DSM III révisé (1987).

Les critères diagnostiques de Russell sont surtout utilisés en Europe; ceux du DSM III et du DSM III revisé le sont surtout en Amérique du nord. Les différences entre certains critères ont entraînées quelques confusions dans l'établissement des diagnostics et dans les publications scientifiques sur le sujet. Fairburn et Garner (1986) proposent deux avenues afin d'aplanir ces différences. Tout d'abord, ils proposent d'utiliser le terme boulimie nerveuse pour décrire le syndrome complet et le terme boulimie pour décrire le symptôme. De plus, ils suggèrent que la préoccupation excessive pour le poids et la minceur soit un critère nécessaire. Ces deux suggestions ont été retenues dans la version revisée du DSM III revisé (1987).

TABLEAU II

Critères diagnostiques de la boulimie nerveuse

Russell (1979)	DSM III (1980)	DSM III revisé
a) Désordre alimentaire consistant en des préoccupations excessives de la nourriture qui conduit à des épisodes d'empifrement.	a) Épisodes répétés d'excès boulimique (consommation rapide d'une grande quantité de nourriture dans une période de temps limité, habituellement moins de deux heures)	a) Épisodes récurrents d'empifrement consommation rapide d'une grande quantité de nourriture dans une courte période de temps
b) Le patient utilise différents moyens pour contrecarrer l'effet «engraissant» de la nourriture particulièrement par un vomissement provoqué mais aussi par l'abus de purgatifs alternant avec des périodes de jeûne ou tout autre méthode que son igéniosité lui suggère	b) Au moins trois des manifestations suivantes: • absorption de nourriture hypercalorique, facilement absorbable durant un excès • ingestion en cachette durant ces excès • fin de ses épisodes par des douleurs abdominales, un endormissement, un événement extérieur ou des vômissements provoqués • tentatives répétées pour perdre du poids par des régimes restrictifs, vomissements provoqués ou l'usage de laxatifs, de diurétiques • fréquence de fluctuations pondérales supérieures à 5 kg dûe à l'alternance d'excès boulimiques • épisodes boulimiques ne sont pas dûs à une anorexie mentale ou à un autre trouble physique identifié	b) Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire durant ces empifrements
c) La psychopathologie spécifique est une peur morbide de l'obésité		c) La personne régulièrement s'engage dans soit des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques, diète stricte ou jeûne, ou exercices vigoureux en vue de prévenir un gain de poids
Russell (1983) a) Préoccupation au sujet de la nourriture, des rages irrésistibles pour la nourriture et des épisodes répétés d'empifrement		d) Une moyenne minimum de deux épisodes d'empifrement par semaine depuis au moins 3 mois
b) Recours à des moyens pour contrecarrer l'effet engraissant de la nourriture		e) Préoccupation excessive, persistante en ce qui a trait à la minceur corporelle et au poids
c) Une psychopathologie ressemblante à celle de l'anorexie nerveuse classique		
d) Épisode antérieur apparent ou caché d'anorexie nerveuse		

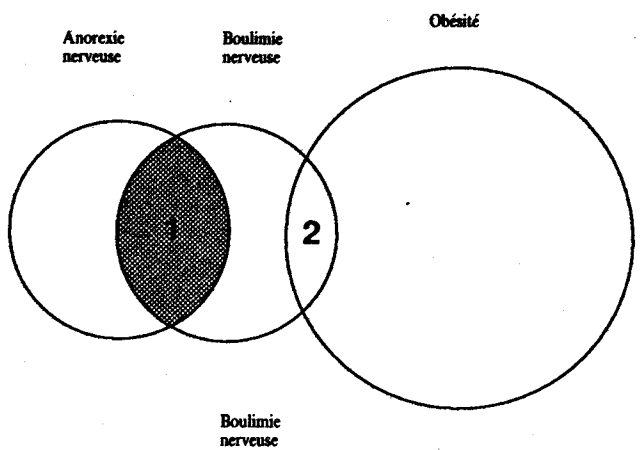
Anorexie nerveuse, boulimie nerveuse et obésité

Il n'est pas toujours facile de distinguer un syndrome de boulimie nerveuse, un syndrome d'anorexie nerveuse accompagnée d'un symptôme de boulimie et un symptôme ou syndrome de boulimie chez des personnes obèses.

De 40 à 60% des anorexiques nerveuses développent un symptôme de boulimie malgré le fait qu'elles soient en période de restriction alimentaire et de perte pondérale importante. Le symptôme de boulimie peut persister malgré la reprise de poids et le rétablissement d'habitudes alimentaires acceptables. Le DSM III revisé (1987) fixe un critère de perte pondérale de 15% pour l'établissement d'un diagnostic d'anorexie nerveuse; la perte pondérale antérieurement exigée était de 25%. Par conséquent, certaines clientes peuvent recevoir un diagnostic d'anorexie nerveuse avec symptôme de boulimie, de boulimie nerveuse avec épisode passée d'anorexie nerveuse ou encore les deux diagnostics simultanément. Fairburn (1982) illustre cette zone grise par un recoupement dans des diagrammes de Venn (tableau III). Ce recoupement de ces deux diagnostics n'a pas une importance fondamentale. En effet, différents auteurs ont mis en évidence le fait que les anorexiques nerveuses avec symptôme de boulimie et les boulimiques nerveuses se ressemblent sur plusieurs caractéristiques et se distinguent des anorexiques nerveuses de type restrictif (i.e. sans symptôme de boulimie) (Garner et al. 1985).

TABLEAU III

Diagramme de Venn illustrant le recoupement de trois populations présentant des désordres alimentaires: anorexie nerveuse, boulimie et obésité (Fairburn, 1982)



1. Boulimie nerveuse (zone noircie) identifie les patientes boulimiques avec un épisode antérieur d'anorexie nerveuse
2. Patiente obèse avec boulimie (syndrome d'empifrement de Stunkard)

Anorexie et boulimie nerveuses vs autres désordres émotionnels qui entraînent une perte de poids

L'obsession de la minceur et la peur excessive de prendre du poids différencie les anorexiques et boulimiques nerveuses des personnes connaissant des pertes de poids ou des désordres alimentaires causés par d'autres troubles physiques ou psychologiques. Garfinkel et al (1983) distinguent ainsi l'anorexie nerveuse du trouble de conversion, de la schizophrénie et de la dépression. Tous ces désordres peuvent entraîner une perte de poids. Ils ont en commun la restriction alimentaire.

Effet de la privation alimentaire

La privation alimentaire engendre plusieurs changements comportementaux, affectifs et cognitifs. Les personnes en privation alimentaire sont excessivement préoccupées par la nourriture, deviennent rigides dans leurs habitudes alimentaires, ont tendance à consommer des aliments peu usuels; la consommation de chewing gum, de cigarettes et le rongement des ongles augmentent; il peut y avoir des épisodes boulimiques. On observe une obsessionnalité élevée, de l'indécision, la collection de nourriture et/ou d'autres items reliés à l'alimentation, l'exagération des traits de personnalité, le rétrécissement des champs d'intérêt, le retrait social, l'irritabilité, des troubles de sommeil et un changement d'humeur. Ces changements peuvent persister durant plusieurs semaines après qu'une réhabilitation nutritionnelle soit entreprise.

Trouble de conversion

Un des désordres émotionnels qui peut être confondu avec l'anorexie nerveuse est le trouble de conversion. Les clientes atteintes d'un tel problème peuvent vômir et perdre du poids sans être obsédées par la minceur corporelle; on observe plutôt alors, une association symbolique entre la nourriture et le vomissement et certains conflits psychologiques. Par exemple, le vomissement peut signifier une répulsion reliée à des préoccupations sexuelles. Ces symptômes peuvent avoir comme fonction de contrôler les personnes de l'environnement social ou encore permettre d'éviter de faire face à certains conflits non identifiés.

La férquence du trouble de conversion dans la population générale et psychiatrique n'est pas connue. Garfinkel et al (1983) ont identifié vingt (20) personnes atteintes d'un trouble de conversion parmi trois cent soixante (360) personnes référées avec un diagnostic provisoire d'anorexie nerveuse.

Shcizophrénie

Certains schizophrènes peuvent perdre beaucoup de poids à cause d'un refus de manger. Généralement cependant, ce refus de manger n'est pas motivé par le désir d'une minceur corporelle mais plutôt à cause d'hallucinations au sujet de la

nourriture ou de ses effets sur le corps (ex.: la nourriture a été empoisonnée). De plus, la perception déformée de l'image corporelle que l'on retrouve chez les anorexiques nerveuses se limite à l'image corporelle elle-même; les schizophrènes eux ont habituellement des perceptions déformées sur d'autres sujets ou thèmes.

De 1 à 3% des clientes présentant un diagnostic initial d'anorexie nerveuse connaîtraient par la suite un désordre schizophrénique (Fender, 1979, Dally, 1969 et HSU, 1981).

Dépression

La distinction entre l'anorexie et la boulimie nerveuses d'une part et le syndrome clinique de dépression d'autre part, n'est pas toujours évidente. La présence de manifestation dépressive chez des clientes atteintes d'anorexie ou de boulimie nerveuse est généralement observée; certains auteurs proposent même d'inclure l'anorexie et la boulimie nerveuses dans la catégorie des maladies affectives. Les résultats sur les follow-up et les études sur les familles dans lesquelles on observe des désodres alimentaires supportent le fait qu'il y a un lien entre l'anorexie nerveuse et la dépression. En fait, les deux diagnostics peuvent souvent être posés. Cependant, dans le cas de la dépression majeure, on peut observer un symptôme d'anorexie et de perte de poids sans pour autant qu'il y ait une peur morbide de prendre du poids et une obsession de la minceur.

Trouble de la personnalité

Le DSM III définit les traits de personnalité comme les modalités habituelles selon lesquelles on perçoit, on réagit et on conçoit son environnement et sa propre personne. Il exprime dans une vaste gamme de situations importantes sociales et professionnelles. Les traits de personnalité constituent des troubles de la personnalité lorsqu'ils sont rigides, inadaptés et responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social et professionnel, soit d'une souffrance subjective. Les manifestations des troubles de la personnalité seraient généralement identifiables à l'adolescence voire plus précocement et ils persistent durant la majeure partie de la vie adulte.

Lorsque l'on diagnostique un trouble de la personnalité en plus d'une pathologie, on inscrit la pathologie initiale en axe I et le trouble de personnalité en axe II (ex.: axe I: anorexie nerveuse, dépression majeure; axe II: état limite).

Différents auteurs ont tendance à présenter les désordres d'anorexie nerveuse et de boulimie comme étant des manifestations s'inscrivant dans un trouble de la personnalité. Ainsi, Levin et Hyler (1986) pose un diagnostic de trouble de la personnalité à 22 des 24 clientes observées qui présentaient un problème de boulimie; à leur avis, 15 de ces clientes rencontreraient les critères de personnalité borderline (état limite) ou hystrionique et 7 autres rencontreraient plutôt les critères de personnalité compulsive et évitante.

Cependant, on doit exercer une certaine prudence avant de poser un diagnostic de trouble de la personnalité en plus d'un diagnostic d'anorexie ou de boulimie nerveuse. D'une part, comme nous l'avons mentionné précédemment, les effets de la privation alimentaire entraînent des changements importants sur le plan comportemental, affectif et cognitif. De plus, ces désordres alimentaires, compte tenu de leur sévérité, ne peuvent faire autrement que d'handicaper de façon importante le fonctionnement quotidien, social et professionnel des clientes qui en sont affectées. De plus, ils sont résistants au traitement et peuvent persister durant plusieurs années. Bref, même si nous ne devons pas perdre de vue que ces désordres alimentaires peuvent s'inscrire dans le cadre d'un trouble de la personnalité, il y a lieu d'être prudent avant de poser un tel diagnostic. Ainsi, Pope et al (1987) ont effectué une étude contrôlée auprès des clientes ayant un problème de boulimie. Ils voulaient tester l'hypothèse selon laquelle la boulimie serait un comportement auto-destructeur s'inscrivant dans une problématique de trouble de la personnalité borderline. Seulement 1.9% des 52 sujets boulimiques faisant partie de leur étude rencontraient les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité borderline.

Évaluation

Le diagnostic de l'anorexie nerveuse et de la boulimie nerveuse peut généralement être établie lors d'entrevues cliniques. Certains instruments de mesure permettent de préciser le diagnostic et la problématique des clientes. En voici quelques-uns.

Le diagnostic Survey for Eating Disorders (D.S.E.D.) de Johnson (1985) est un canevas d'entrevue initial pour clients présentant un désordre alimentaire. Il permet de recueillir des informations cliniques qui aideront les thérapeutes à identifier les facteurs biologiques, phsychologiques et sociaux qui ont contribué au développement et au maintien du désordre alimentaire présenté par la cliente. Ce questionnaire est divisé en 12 sections. Il procure de l'information sur les facteurs démographiques, l'histoire pondérale et l'image corporelle, les comportements alimentaires, l'empifrement, les comportements de purge, l'exercice, la nature de l'expérience dépressive, les problèmes d'impulsion et l'abus de diverses substances, l'histoire sexuelle et menstruelle, l'histoire familiale, le niveau d'ajustement dans la vie et dans les activités quotidiennes, le travail, les relations interpersonnelles et les activités sexuelles, l'histoire médicale et psychiatrique.

Deux questionnaires ont été développés par Gardner et ses collaborateurs: le Eating Attitude Test (Gardner et Garfinkel, 1979) et le Eating Disorder Inventory for Anorexia et Bulimia (Gardner et al, 1983). Grass et al (1986) ont établi la validité de ces questionnaires pour différencier les clientes présentant un problème de boulimie nerveuse, des clientes ne présentant pas de tel problème. Cependant, de façon générale, les auteurs ont trouvé qu'une légère association entre le Eating Attitude Test et le Eating Attitude Disorder et d'autres mesures comportementales incluant la fréquence des vomissements, la durée du désordre alimentaire, la distorsion de l'image corporelle, les pensées et habitudes observées lors des repas. Les auteurs concluent que ces questionnaires permettent de discriminer entre boulimie nerveuse et population normale et ainsi faciliter l'établissement du

diagnostic, ils doivent cependant être complétés par d'autres mesures comportementales directes des habitudes alimentaires et du vomissement pour une évaluation complète.

Mentionnons enfin, un questionnaire intitulé Bulit (Smith et Thelen, 1984). Ce questionnaire permet aussi de différencier les clientes présentant un problème de boulimie nerveuse d'une population normale. Ce questionnaire aurait, semble-t-il, une excellente fidélité test, re-test, serait valide pour discriminer les personnes présentant un problème de boulimie nerveuse des gens normaux; il y aurait une validité concurrente excellente qui serait reliée aux autres mesures des désordres alimentaires tels que la mesure de l'empifrement et le Eating Attitude Test (Corkoran, 1987).

En espérant que ce texte permet de clarifier le diagnostic différentiel de l'anorexie et de la boulimie plutôt que d'ajouter à la confusion déjà existante. Retenons pour l'essentiel qu'anorexie et boulimie peuvent décrire à la fois un symptôme et un syndrome. De même, l'anorexie neveuse et la boulimie nerveuse englobent une réalité clinique similaire et distincte de l'anorexie nerveuse de type restrictif (sans symptôme de boulimie), la boulimie nerveuse constitue un syndrome particulier qui distingue les clientes qui en sont atteintes des personnes obèses ou non qui ont des excès de gourmandise ou encore des femmes qui se préoccupent de leur taille ou de leur apparence physique. Enfin, les syndromes d'anorexie et de boulimie nerveuse doivent être distingués des problèmes émotionnels qui entraînent une perte de poids ou une restriction alimentaire. L'originalité de ces deux syndromes réside dans la préoccupation excessive vis-à-vis le poids, l'obsession de la minceur et la peur de devenir obèse.

Références

American Psychiatry Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3e édition, Washington DC.

American Psychiatry Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3e édition révisée, Washington DC.

Corcoran, K., Fisher, J. (1987). Measures for clinical practice, *Free Press*, NY, 110-117.

Dally, P. (1969). Grune, *Anorexia Nervosa*, NY

Fairburn, C., Garner, D. (1986). The Diagnostic of Bulimia and nervosa. *International Journal of eating disorders, 5*, 403-419.

Feighner, J.P. et al. (1972). Diagnostic criteria for use in Psychiatric Research. *Archives of general psychiatry, 26*, 57-63.

Garner, D., Olmstead, N., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of eating disorders, 2*, 2.

Garner, D., Garfinkel, P.E., O'Shaughnessy, H. (1985). The validity of the Distinction Between Bulimia with and without Anorexia Nervosa. *American Journal Psychiatry*, 142-145.

Garfinkel, P.E., Kaplan, A.S., Garner, D.M., Darby, P.L. (1983). The differentiation of vomiting and weight loss as a conversion. *Canadian Medical Association Journal, 129*.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M., Kaplan, A.S., Rodin, G., Kennedy, S. (1983). Differential diagnosis of emotional disorders that cause weight loss. *Canadian Medical Association, 129*.

Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., Garner, D.M. (1980). The Hetorogeneity of Anorexia Nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry, 37*.

Grass, J., Rosen, J., Leitenberg, H., Willmuth, M. (1986). Validity of the eating attitude test and eating disorder inventory in anorexia nervosa and bulimia. *Journal of consulting and clinical psychology, 54*, 175-176.

Hsu, J.K., Meltzer, E.S., Crisp, A.H. (1981). Schizophrenia and anorexia nervosa. *Journal Nev. Ment. Dos. 169*, 273-276.

Johnson, C., (1985). Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In Garner, D., Garfinkel, P. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. NY: Guilford Press.

Levin, A., Hyler, S.E. (1986). DSM III *Personnality Diagnosis in Bulimia Comprehensive Psychiatry*, 27, 1, 47-53.

Pope, H.C., Frankenburg, F.R., Hudson, J.I., Jonas, J.M., Yurgelun-Todd, D. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder? A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48-50.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: omnious variante of anorexia nervosa *Psychological Medecine, 9*, 429-448.

Russell, G. (1983). Anorexia nervosia and bulimia nervosa. In Russell, G. and Hersov, L. *Handbook of psychiatry, 4*. the nevrose and personnality disorders, 285-298. Cambridge: Cambridge University Press.

Smith, M., Thelen, J. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 863-872.

Theander, S. (1970) Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatry Scand, 214*, 1-94.

Wardle, J., Beinard, H. (1981). Binge-eating: a terrical review. *British Journal of Clinical Psychology, 20*, 97-109.