
Un esprit sain dans un corps maigre

Etude comparative
entre la maigreur
constitutionnelle et
les troubles des
conduites
alimentaires.

Blandine MACHEFERT

INTRODUCTION

La première cause de maigreur chez la femme jeune (15-25 ans) est l'anorexie mentale. Cette pathologie rentre dans le groupe des troubles du comportement alimentaire dont les caractéristiques descriptives sont rassemblées dans un document de classification des maladies psychiatriques le DSM-IV (1). Les critères référencés sont : « le refus de maintenir un poids corporel au dessus d'un poids minimum pour l'âge et la taille, la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros bien que le poids soit inférieur à la normale, la perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes entraînant une influence excessive sur l'estime de soi, ou un déni de la gravité chez la femme, une aménorrhée secondaire de plus de trois cycles ou une aménorrhée primaire. »

A côté de ce diagnostic de fréquence, il existe un état de maigreur ($BMI^1 < 17,5 \text{ kg/m}^2$) qui ne rentre pas dans les critères du DSM-IV. Il ne s'agit pas d'une anorexie mentale (AM) mais d'une maigreur constitutionnelle (MC) décrit pour la première fois par Apfelbaum (2). Cette maigreur, ayant toujours existé chez le sujet, ne provient pas d'anomalies cliniques et biologiques. Aussi, la présence des règles entre autres paramètres permet de faire la distinction entre l'anorexie mentale et la maigreur constitutionnelle. Cependant, nombre d'adolescentes prennent des contraceptifs oraux, ce qui rend le diagnostic difficile.

Le but de cette étude est de comparer les caractéristiques psychologiques d'anorexiques, de boulimiques, d'anorexiques guéries et de personnes présentant une maigreur constitutionnelle. On utilise une batterie de test : DEBQ², EDI³, EDE⁴, SCL90⁵.

MATERIEL ET METHODE

1) LA POPULATION

¹ Body Mass Index

² Dutch Eating Behaviour Questionnaire

³ Eating Disorder Inventory

⁴ Eating Disorder examination Questionnaire

⁵ Symptom Checklist-90

L'échantillon étudié est composé de 207 sujets répartis en cinq catégories : 15 anorexiques guéries (AMG), 65 anorexiques (AM), 25 boulimiques, 35 ayant une maigreur constitutionnelles (MC), 67 témoins. Les sujets sont âgés de plus de quinze ans, adolescentes et adultes de sexe féminin. Hormis les témoins, les sujets sont des patients du service d'endocrinologie du CHU de Saint-Etienne venus consulter de leur plein gré ou à la demande de leur entourage pour des problèmes de poids ou de conduites alimentaires.

Le diagnostic est établi suite à un bilan somatique en fonction des données suivantes : BMI, présence ou non d'une aménorrhée, bilan hormonal : Cortisol, GH, IGF-1, PTH, DHEAS, LH, FSH, 17- β -œstradiol, Leptine, Testostérone, SHBG, T3 libre, vitamine, T4 libre, TSH, Ostéocalcine, Cross laps.

Certains patients sont diagnostiqués comme MC car leur bilan somatique n'indique pas d'anomalie, cela ne veut pas dire qu'ils n'ont pas d'autres troubles psychologiques comme notamment une anxiété.

Les groupes des AM et des boulimiques sont constitués de patientes ayant un trouble du comportement alimentaire sévère et durable ou présentant un trouble mineur et bref.

Le diagnostic des AMG est établi en fonction de la reprise de poids et de la reprise des règles en l'absence de traitement oestroprogestatif.

Les témoins sont un échantillon pris au hasard dans la population.

2) LES QUESTIONNAIRES PSYCHOLOGIQUES

Nous avons fait remplir à ces sujets une série de questionnaires permettant d'évaluer le profil psychologique caractéristiques pour les troubles du comportement alimentaire.

Ces questionnaires sont au nombre de quatre :

Le Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) permet d'évaluer les facteurs comportementaux de développement et de maintien de l'obésité. Il comprend trois échelles : la restriction alimentaire, l'« Emotional Eating » (manger en réaction à un état émotionnel tel que la colère la peur ou l'anxiété), l'« External Eating » (manger en réponse aux signaux alimentaires externes tels que la vue et l'odeur de la nourriture). Il comporte 33 items dont les cinq réponses possibles se déclinent de « jamais » à « très

souvent ». Pour certains items, la réponse « ne s'applique pas » est proposée, elle est évaluée comme une donnée manquante.

L' « Eating Disorder Inventory » (EDI), comprend 64 items répartis en 8 sous-échelles : la recherche de la minceur, la boulimie, l'insatisfaction par rapport à l'image corporelle, le sentiment d'inefficacité, le perfectionnisme, la méfiance interpersonnelle, la conscience des stimuli intéroceptifs et la peur de la maturité. Il permet d'étudier les caractéristiques cognitives et comportementales des sujets ayant un trouble des conduites alimentaires. Pour chaque item, la palette de choix va de « toujours » à « jamais ».

L' « Eating Disorder examination Questionnaire » (EDE) a été élaboré à partir de l'Eating Disorder examination-12th Edition de Cooper et Fairburn. Il est composé de 17 questions évaluant quatre sous-échelles : la restriction alimentaire, les préoccupations à l'égard de l'alimentation, du poids et de la forme corporelle.

Le SCL-90-R est une version révisée du HSCL⁶ auquel on a ajouté 32 items appréciant la présence de troubles psychiatriques associés. Il est composé de 90 items dont les objets d'études sont la somatisation, l'obsession compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'angoisse phobique, l'idéation-paranoïde et la psychose. Pour chaque item, cinq réponses sont proposées, en partant de « non pas du tout » à « oui extrêmement »

ANALYSE DES RESULTATS.

Les tableaux ci-dessous indiquent les moyennes des résultats psychologiques pour les AM, les boulimiques, les AM-guéries, les MC et les témoins ainsi que les comparaisons entre ces groupes (p). a : $p < 0.05$ entre les AM-guéries et les AM, b : $p < 0.05$ entre les AM-guéries et les boulimiques, c : $p < 0.05$ entre les AM-guéries et les MC, d : $p < 0.05$ entre les AM-guéries et les témoins, e : $p < 0.05$ entre les AM et les boulimiques, f : $p < 0.05$ entre les AM et les MC, g : $p < 0.05$ entre les AM et les témoins, h : $p < 0.05$ entre les boulimiques et les MC, i, $p < 0.05$ entre les boulimiques et les témoins, j : $p < 0.05$ entre les MC et les témoins.

SCL-90	AM guérie (n=13)	AM (n=89)	Boulimie (n=26)	MC (n=36)	T (n=64)	Différences

⁶ Hopkins Symptom Check List

Somatisation	,365±,116	1,103±,813	1,244±,456	,770±,438	,199±,059	a,b,f,g,h,i,j
Obsessive compulsive Dimension	,588±,177	1,203±,816	1,459±,798	,561±,437	,243±,071	a,b,d,f,g,h,i,j
Interpersonal sensitivity	,991±,581	1,649±1,342	1,816±,745	,817±,545	,307±,098	b,d,f,g,h,i,j
Depression	1,077±,702	1,662±1,161	1,874±,925	,784±,526	,293±,090	b,d,f,g,h,i,j
Anxiety	,530±,177	1,284±1,037	1,427±,782	,559±,364	,243±,125	a,b,d,f,g,h,i,j
Hostility	,454±,140	1,053±,756	1,385±,995	,653±,607	,240±,085	a,b,d,f,g,h,i,j
Phobic anxiety	,462±,116	,919±,651	1,099±,538	,397±,196	,100±,024	a,b,d,f,g,h,i,j
Paranoid ideation	,362±,517	1,103±,966	1,254±,607	,640±,534	,237±,134	d,f,g,h,i,j
Psychoticism	,477±,265	,996±,779	,997±,524	,307±,140	,082±,031	a,b,d,f,g,h,i,j
Additional items	,773±,210	1,479±1,021	1,974±,719	,647±,242	,374±,128	a,b,d,e,f,g,h,i,j
Global severity index	,652±,187	1,262±,757	1,455±,480	,688±,271	±	a,b,d,f,g,h,i,j

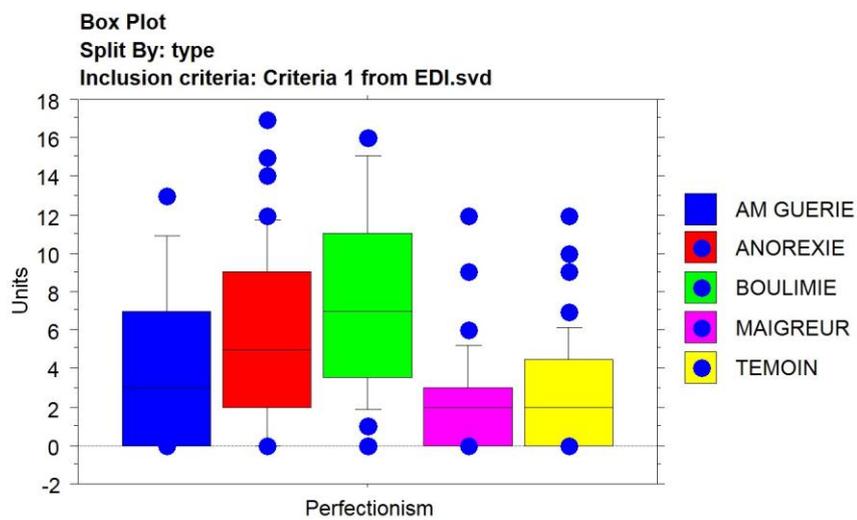
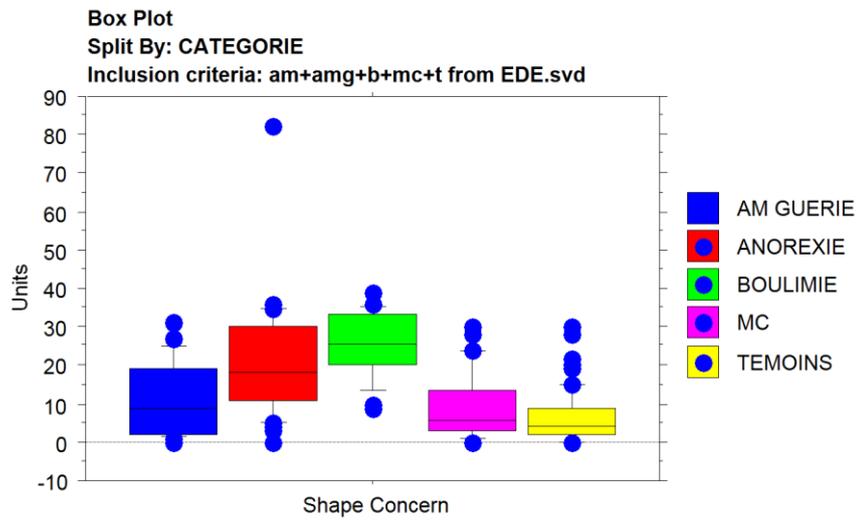
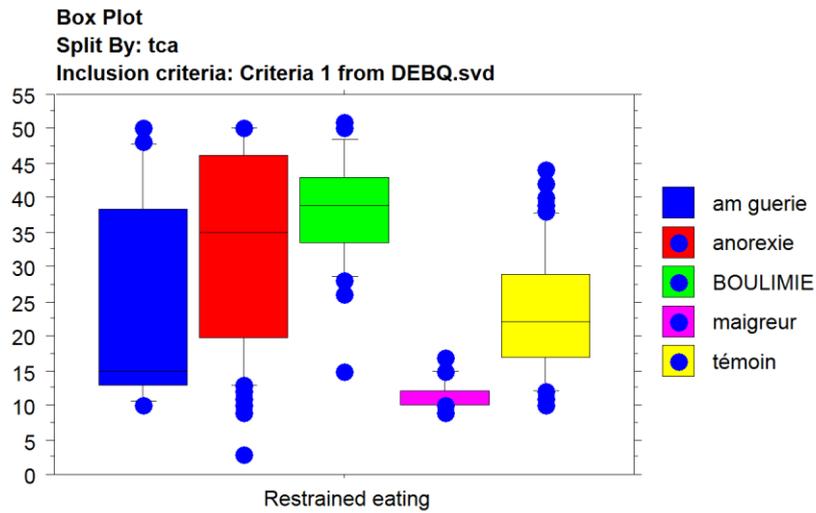
DEBQ	AM guérie (n=15)	AM (n=66)	Boulimie (n=25)	MC (n=35)	T (n=68)
Restrained eating	26,067±214,067	33,266±200,670	38,160±40,973	11,314±3,810	23,309±81,08
Emotional Eating	34,467±304,267	27,785±214,484	48,680±182,393	26,829±147,734	29,194±133,3
External Eating	32,267±61,067	26,970±60,848	33,680±73,227	31,457±50,020	30,136±32,21

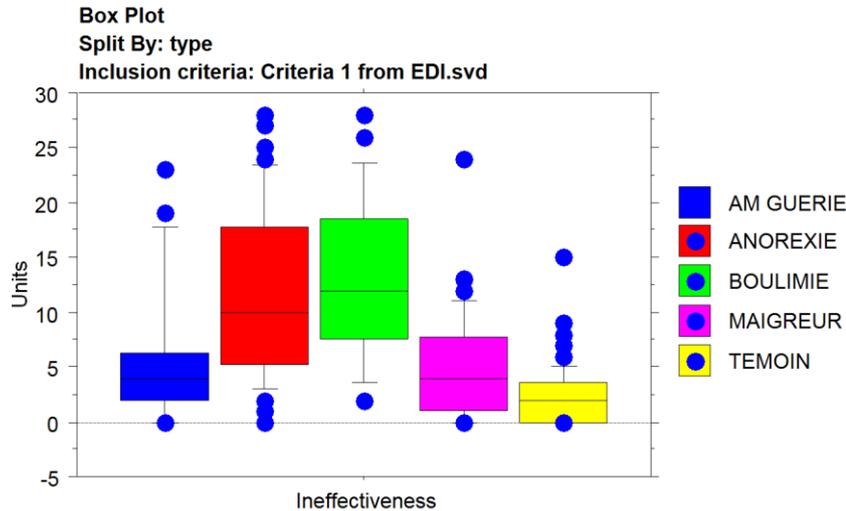
EDE	AM guérie (n=17)	AM (n=58)	Boulimie (n=21)	MC (n=27)	T (n=67)	Diffé
Restraint	5,647±43,993	11,224±78,247	13,048±42,648	1,074±3,225	3,642±17,809	a,b,c

Shape Concern	10,444±89,438	20,000±116,500	25,300±79,695	8,731±70,685	5,913±36,551	a,b,d
Weight Concern	5,944±51,703	13,544±54,967	21,150±65,292	4,846±21,975	5,295±26,320	a,b,e
Eating Concern	4,647±24,118	13,033±85,524	19,238±51,390	3,857±28,646	2,132±9,460	a,b,d

EDI	AM guérie (n=)	AM (n=)	Boulimie (n=)	MC (n=)	T (n=)	
Drive for thinnes	5,455±40,831	9,458±51,251	14,750±22,978	,829±4,558	2,702±12,741	a
bulimia	1,136±7,933	8,544±20,744	12,760±16,040	0,954±6,119	,557±3,189	b
Body dissatisfaction	10,238±69,290	14,384±49,573	20,455±46,641	8,294±28,214	7,631±54,580	a
ineffectivness	6,000±43,100	11,690±58,131	13,217±54,632	4,943±25,526	2,406±7,420	a
Perferctionism	4,318±19,751	5,853±21,023	7,250±21,674	2,182±7,216	2,641±8,297	b
Interpersonal distrust	5,227±22,851	6,487±12,920	6,000±13,304	4,270±9,480	2,547±7,236	c
Interoceptive awareness	4,773±40,946	,±,	,±,	2,389±11,559	1,906±9,261	d
Maturiyu fears	2,524±4,162	7,172±35,732	7,840±36,723	4,125±17,661	2,415±9,184	a
	,±,	,±,	,±,	,±,	,±,	

Les graphiques ci-dessous indiquent les médianes et les écart-types des scores des AM, Boulimiques, AM-guéries, MC et témoins pour ce qui concerne la restriction alimentaire, la préoccupation par rapport à la silhouette et le sentiment d'inefficacité.





1) LE DEBQ

Concernant la restriction alimentaire, les maigres constitutionnelles (MC) se démarquent des quatre groupes par leur absence de restriction alimentaire. Celle-ci est significativement plus élevée chez les anorexiques et les boulimiques que chez les témoins et les anorexiques guéries. Or ces deux dernières catégories ont une restriction alimentaire significativement plus forte que les MC. Donc a fortiori les maigres ont une restriction significativement plus basse que les anorexiques et les boulimiques.

Pour la catégorie « Emotional Eating », les boulimiques se démarquent des quatre autres groupes par l'importance que prend la nourriture émotionnellement.

En ce qui concerne l'« External Eating », les anorexiques mentales (AM) obtiennent des scores plus bas que les autres catégories.

2) L'EDE

On retrouve dans ce test l'évaluation de la restriction alimentaire, également inexistante chez les sujets maigres.

Pour l'insatisfaction par rapport à la silhouette, ce sont les anorexiques et les boulimiques qui ont les scores les plus élevés.

Pour la préoccupation par rapport au poids ce sont encore les AM et les boulimiques qui sont les plus concernées.

Pour ces trois catégories, les MC ont un score proche de celui des anorexiques guéries (AMG) et des témoins.

3) L'EDI

La recherche de la minceur est très élevée chez les AM et les boulimiques dans une moindre mesure chez les AMG alors qu'elle est très faible chez les MC et les témoins.

La boulimie est très élevée pour les boulimiques tandis qu'elle est très faible voire absente pour les autres groupes.

L'insatisfaction par rapport à l'image corporelle est très haute chez les boulimiques les AM ; est modérée pour les AMG, les MC et les témoins.

Le sentiment d'inefficacité est très fort chez les AM et les boulimiques, **modéré** dans les autres groupes.

Le perfectionnisme est présent chez les AM et les boulimiques, moins chez les autres.

Le dégoût des relations interpersonnelles est légèrement plus élevé pour les boulimiques et les anorexiques que pour les autres groupes.

La conscience des stimuli intéroceptifs est plus haute chez les AM et les boulimiques que chez les autres catégories.

La peur de la maturité est élevée pour les boulimiques et les AM, modérée pour les MC, faible pour les AMG et les témoins.

4) LE SCL-90-R

En ce qui concerne la somatisation les AM et les boulimiques sont à peine plus concernées que les MC

La dimension obsessionnelle-compulsive, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'angoisse phobique, l'idéation paranoïde et la psychose sont plus élevées chez les AM et les boulimiques que chez les témoins, les AMG et les MC.

En conséquence, l'indice psychopathologique global est plus fort chez les AM et les boulimiques que chez les autres sujets.

DISCUSSION

Lorsque l'on voit une personne jeune de sexe féminin très maigre, il est commun de penser qu'elle est anorexique. Si ~~cette~~ celle-ci a un comportement alimentaire approprié en public, on peut lui attribuer le recours à des techniques de vidage. Or pour attester de l'anorexie mentale ou de la boulimie il est nécessaire de considérer également l'absence ou la présence de certains troubles associés.

En regroupant tous les données statistiques de ces quatre questionnaires, nous pouvons opérer la distinction entre les sujets maigres et ceux ayant un trouble du comportement alimentaire selon deux critères : le rapport à la nourriture, au corps et notamment au poids, et les caractéristiques psychiques associées.

1) LA PREOCCUPATION POUR LA NOURRITURE ET L'IMAGE CORPORELLE

Le point central des troubles du comportement alimentaire est lié à la nourriture et à l'image du corps. Tentons d'analyser la façon dont cet aspect se décline au sein des différentes catégories.

Tout d'abord contrairement aux AM et aux boulimiques les MC ne recourent pas à la restriction alimentaire. Elles sont même « dérestrictionnées » par rapport aux sujets contrôles si on se fie au DEBQ. Elles sont également moins concernées que les deux autres catégories par le rapport au corps, au poids et à la silhouette.

L'intérêt qu'elles portent à ces aspects semble provenir de la gêne rencontrée face à un corps trop maigre par rapport à la normale : réalité qu'elles subissent, et qui peut entraîner des difficultés organiques telles que l'ostéoporose et sociales comme la discrimination ou les moqueries. Les MC cherchent donc à prendre du poids, alors que les AM et les boulimiques sont motivées par une peur de grossir et la volonté de maintenir un poids bas. Ces deux critères certifient, d'après la classification du DSM-IV, de l'anorexie mentale (cit. supra).

Si les troubles du comportement alimentaire ont pour symptôme le rapport à la nourriture, ils témoignent d'un conflit qui concerne le corps. Celui-ci est refusé notamment dans sa dimension sexuelle, et est maltraité. (Ferrant) (3). A l'adolescence le sujet perd une partie de ses appuis corporels, il se trouve privé des repères acquis au cours de la période de latence. Ces changements plongent l'anorexique dans un chaos

qu'elle va organiser en créant des néo-rythmes appuyés sur un idéal contraignant : ascèse, rituels notamment liés à l'alimentation, modification du rythme du sommeil, etc..

Par ailleurs, se sentir grosse représente une menace à l'estime de soi et la maigreur devient la mesure de la propre capacité d'autocontrôle, et de la valeur personnelle. La réponse somatique est donc, pour l'anorexique, le moyen de combler une faille narcissique béante.

Ainsi, c'est comme si la souffrance psychique des anorexiques, et les moyens dont elles s'en défendent influaient sur leur corps alors que dans la maigreur constitutionnelle, une particularité organique peut éventuellement influencer une réponse psychique comme une insatisfaction par rapport à l'image corporelle accru par une éventuelle stigmatisation de l'entourage.

L'absence de crises boulimiques, de recours aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs chez les MC exclut l'hypothèse d'un comportement pseudo boulimique : le sujet pourrait manger de manière adaptée en société et avoir recours à des techniques de vidages lorsqu'il se trouve seul.

2) LA STRUCTURE DE PERSONNALITE

Si sur le plan nutritionnel et corporel, refus et peur de grossir, dysmorphophobie, crises boulimiques sont des critères pathognomoniques des troubles des conduites alimentaires, sur le plan psychique ces troubles sont l'expression d'une grande diversité de configuration psychopathologique allant des névroses sévères, à des structures quasi psychotiques, en passant par les structures mélancoliques limites, narcissiques et psychosomatiques.

E. et J. Kestemberg et Decobert (4), se détachant des grandes classifications de la structure de personnalité, attribuent les variations du panel psychique au caractère instable de l'organisation psychique des patients souffrant de TCA. Ceux-ci présenteraient une organisation névrotique précaire, engendrant des mouvements régressifs et une fragilité de l'estime de soi, qui ne se trouve renforcée que par la réalisation d'actes effectifs.

Ainsi, les différentes théories sur ce sujets ont mis en évidences des similitudes ou une co-morbidité avec d'autres pathologies que nous allons, à présent parcourir.

Tout d'abord, certains auteurs comme Gull (5), Lasègue (6), Charcot, Déjerine, Janet et Freud (7) ont envisagé les TCA du côté du symptôme hystérique. Ce dernier considérait cette pathologie comme une conversion par refoulement de l'érotisme oral. Les crises boulimiques étaient associées à l'excès d'angoisses élémentaires des névroses actuelles.

En 1967, Valabrega (8), puis Israël en 1971 (9) reprennent l'idée de symptôme de conversion

Abraham (10) et Freud (11), ont rapproché les troubles des conduites alimentaires et la psychose maniaco-dépressive. Dans la théorie psychanalytique de l'anorexie et de la boulimie l'aspect fondamentale de l'état de perte et de tentative de récupération de l'objet, le contexte dépressif et l'importance de la honte et la dévalorisation de soi au cours des crises boulimiques s'en rapprochent. « La dépression serait évitée par la mise en acte boulimique suivante, et ainsi de suite dans la logique addictive. »

Plus récemment, Chabert (12) (13) a traité de la dimension mélancoliforme de certains TCA en lien notamment avec la féminité et la perversion. Pour l'auteur, le sujet traiterait la sexualité et la perte d'objet par une incorporation.

Dans la même lignée, Jeammet (1991) (14) met en exergue l'aménagement pervers des mouvements pulsionnels dans la boulimie constituant une tentative de colmatage de la brèche narcissique et dépressive d'allure mélancolique.

Schwartz (15), quant à lui, rapproche les TCA d'une organisation perverse du fait des caractères manipulateurs, des mensonges, de la mythomanie, du déni de la castration, de la fétichisation du corps, de la réactivation de la sexualité pré-génitale. Il associe la boulimie à un acting-out défensif sur le corps propre d'un fantasme sadomasochique.

Les similitudes avec les troubles psychotiques ont également été évoquées :

Bruch (16) donne une prédominance à un trouble de l'image du corps secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive. Accompagnés d'une difficulté d'autonomie, ces traits prennent un caractère déréel, délirant s'apparentant aux schizophrénies.

Selvini-Palazolli (17) définit les TCA comme une psychose monosymptomatique, une paranoïa intrapersonnelle, à mi-chemin entre la schizophrénie et la mélancolie.

Pour Kestemberg (4), l'anorexique présente une forme de délire non spectaculaire, « un délire murmuré » la qualifiant de psychose froide. Le corps n'est pas vu tel qu'il est mais déformé, grossi et haïssable. Il s'agit d'une distorsion du processus de représentation de la représentation comme les souffrances psychotiques mais strictement centré sur le rapport de soi à soi.

Porot (18) place plutôt les troubles du comportement alimentaires du côté des états limites, de la névroses de caractère et des psychoses blanches.

P. Jeammet (19) à la suite des travaux de Kestemberg, souligne le caractère traumatique de la puberté qui entraîne l'éclosion d'une problématique de dépendance du Moi à l'objet en créant un écart narcissico-objetal menaçant de briser le sentiment de continuité du sujet et son identité. Le rejet de l'objet, dont la proximité constitue une menace pour la sauvegarde du narcissisme, bloque le travail identificatoire, empêchant son achèvement à l'adolescence avec notamment l'intégration des caractères sexuels adultes.

D. Marcelli et A. Braconnier (20) décrivent les pathologies alimentaires comme « le désir d'appropriation et de maîtrise des besoins corporels, désir qui prend place au sein d'une perspective ontogénétique dans le processus de séparation-individuation. »

M. Corcos (21) émet à ce sujet l'hypothèse de dysfonctionnements dans les interrelations précoces en lien avec des aspects transgénérationnels (emprise maternelle, défaut d'accordage, d'étayage par le corps du surcroît d'excitation, de constitution d'un contenant psychique et du système de pare-excitation encadrant et liant) et leurs conséquences : constitution défectueuse des assises narcissiques de l'enfant de par la qualité singulière de ses auto-érotismes ; achoppement de la transitionnalité et des processus de représentation et de symbolisation ; inactivation et attaque des processus de pensée leur donnant un aspect confus et fragmenté ; fonction singulière de l'expression somatique.

D'autres auteurs ont insisté sur la composante psychosomatique des TCA.

Sami-Ali (22), par exemple, aborde les TCA en lien avec les organisations psychosomatiques portant l'accent sur la dépression essentielle, le refoulement de l'imaginaire, la situation d'impasse et la pensée opératoire. Pour lui, « la boulimique

serait dans l'impossibilité d'assouvir un désir réel. Elle serait condamnée à reproduire l'expérience de satisfaction qui n'a jamais été suffisamment vécue pour pouvoir se faire au niveau de l'imaginaire. » Contrairement au nourrisson, elle ne peut halluciner l'objet en son absence car l'objet extérieur ne peut exister sur le plan de l'imaginaire. On retrouve chez l'auteur l'existence d'une pathologie du rythme faim/satiété, activité/passivité, veille/sommeil dans l'anorexie mentale : beaucoup d'anorexiques présentent une hyperactivité intellectuelle, sociale ou physique et une incapacité à se détendre, ne pouvant tolérer aucune forme de passivité, ayant pour conséquence un défaut du rythme passivité/activité. La restriction alimentaire déséquilibre les hormones de régulations de l'appétit, de croissance et du système reproductif. Celles-ci ayant un rythme régulier, c'est donc le corps réel qui est touché.

Par ailleurs, la rigidité mentale de certaines anorexiques, utilisant une pensée « tout ou rien » n'est pas sans rappeler le fonctionnement opératoire.

Colette Combe (23), quant à elle, décrit deux temps dans l'anorexie : le premier consiste en un amaigrissement sans arrêt du cycle menstruel, dès lors que celui-ci est instauré elle parle d'un double chaos somatique et psychique. L'anorexique régresse à une féminité biologique pré-pubertaire, De surcroît, l'effet psychostimulant et euphorisant de la sécrétion d'endomorphine et de cortisol à doses massives, en réponse à l'effet du jeûne, lui permet de gérer l'angoisse en l'éliminant.

Les résultats des sujets maigres aux questionnaires montrent qu'ils ne sont pas exposés à un fort sentiment d'inefficacité, correspondant à une fragilité des assises narcissiques. Par ailleurs, la dépression est absente chez les maigreurs : la potentialité mélancolique est donc à exclure.

Le perfectionnisme visant chez le sujet narcissique à augmenter leur estime de soi par la réalisation d'actes parfaits est également absent chez les MC.

On constate, en outre, que l'indice de sévérité psychologique global est faible chez les sujets maigres signant une relative bonne santé psychique en comparaison des anorexiques et des boulimiques. Tous ces facteurs suffisent à mettre en évidence une distinction au niveau psychologique des sujets maigres par rapport à ceux ayant un trouble du comportement alimentaire. Cependant la maigreur de certains patients est corrélée une hyper anxiété ou à un autre trouble psychologique même s'ils restent des cas isolés.

Cependant, les items concernant la somatisation dans le SCL-90 sont directement liés aux manifestations physiques tels que les maux de tête, les nausées, la difficulté à s'endormir. Cette échelle est assez élevée chez les sujets maigres. Les troubles de santé conséquents à la maigreur pourraient expliquer cela.

Il nous semble alors important d'établir un lien avec l'aspect biologique. Si on se réfère confère aux résultats donnés par Estour, les MC contrairement aux anorexiques ne présentent pas d'hypercortisolisme biologiques. L'effet euphorisant venant masquer l'angoisse, ne semble donc pas recherché par les MC.

Les résultats des tests hormonaux effectués dans le service d'endocrinologie du CHU de Saint-Etienne, recueillis par Estour (24) montrent que chez les MC la fonction sexuelle est conservée contrairement aux AM qui présentent souvent une aménorrhée hypothalamique impliquant une diminution de tout l'axe : GnRH, LH et FSH. La LH ne présente plus de pulsativité (pics spontanés toutes les 90 minutes). Cette insuffisance donne lieu à une infertilité.

De fait, il existe une perturbation du rythme des hormones sexuelles chez les anorexiques absent chez les MC. Si l'on se réfère à la théorie des néo-rythmes de Sami-Ali, nous pouvons attester de la conservation de la normalité des rythmes hormonaux chez les MC.

Chez l'anorexique, la peur de la maturité pourrait exprimer l'angoisse et le malaise lors de l'apparition de la sexualité génitale, qu'elle a du mal à intégrer. Les premières expériences sexuelles de plus en plus précoces, survenant alors que la sexualité génitale n'est pas encore appropriée par l'adolescente, sont souvent peu investies par ces dernières et la déception qu'elles en tirent peut entraîner le « refus voire dégoût de la sexualité au lieu d'en faire un principe organisateur de l'érotisme » Brusset (26). En maigrissant, et bloquant son rythme hormonal sexuel, l'anorexique, outre conserver un corps d'enfant devient infertile et voit son appétence sexuelle diminuer. Dès lors, elle n'est plus désirable, ainsi elle maîtrise son angoisse face à la féminité et la maternité.

En ce qui concerne les hormones de régulation de l'appétit, les marqueurs nutritionnels comme la T3 ou l'IGF-1 sont normaux, la leptine quant à elle est effondrée. Les hormones de croissance GH, Ghreline et cortisol sont normales contrairement aux AM, Bossu (26). Les rythmes hormonaux sont donc bien conservés chez les MC contrairement aux AM. Il en va de même pour les fonctions thyroïdiennes, cardiaques, à la sensibilité à l'insuline.

CONCLUSION

Somme toute, si ce n'est une extrême maigreur s'apparentant à celle des anorexiques, les sujets maigres, de par leur non restriction alimentaire, et la recherche active de prise de poids, et de part leur configuration psychique relativement adaptée et dont les assises sont stables et sécurisées, ne peuvent se confondre avec la gravité de la pathologie psychique et physique des personnes souffrants d'un trouble du comportement alimentaire, surtout si ces troubles ont un caractère durable.

Néanmoins, la maigreur constitutionnelle peut parfois masquer une anorexie ou un épisode boulimique lorsque le sujet amorce une reprise de poids. Il reste nécessaire de considérer simultanément les aspects biologiques et psychiatriques afin d'affiner la pertinence du diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

(1) **American Psychiatric Association Dsm-IV** (1994), « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease (fourth ed.) », Washington (dc), American Psychiatric Press.

(2) **Apfelbaum M., Sachet P.**, (1982) « Constitutional thinness », *Rev Prat* 32:245-7.

(3) **Ferrant A.**, (2007), « Psychopathologie de l'adulte » in *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Masson.

(4) **Kestemberg E. et J., Decobert S.** (1973), « La faim et le corps, » Paris, puf, « Le Fil rouge », (1998).

(5) **Gull W.** (1874), « Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) », *British Medical journal*, Londres. *Trans. Clin. Soc.* 2. 22.

(6) **Lasègue C.** (1998) « De l'anorexie hystérique », *Archives générales de médecine*, avril 1873, in *De la folie à deux à l'hystérie et autres états*, Paris, l'Harmattan, coll. « Psychanalyse et civilisations »

(7) **Freud S.** (1895) « Etude sur la mélancolie dans le manuscrit G », *in la Naissance de la psychanalyse*, Trad A. Berman, Paris, PUF, 1956.

(8) **Valabrega J.-P.** (1967) « L'anorexie mentale. Symptôme hystérique et symptôme de conversion », *L'inconscient*, 2.

(9) **Israël L et Al.**, (1971) « A propos des interventions inopportunes de l'entourage de l'anorexique ». *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 19 (2), 639-643.

(10) **Abraham K.** (1924) « LE modèle infantile de la dépression mélancolique » *In œuvre complète vol. II*, Paris, Payot, 1966.

(11) **Freud S.** (1915), « Deuil et mélancolie », *in Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 147-174.

(12) **Chabert C.** (1996) « Féminin mélancolique » communication au colloque Le corps aux prises avec la féminité, Journée scientifique interuniversitaire Paris V, Paris VII, Paris XIII, 13 avril.

(13) **Chabert C.** (1998) « Les voies intérieures », communication au 59^e congrès des psychanalystes de langue française, *in Enjeux de la passivité*, Bulletin de la société psychanalytique de Paris, 51, 9-65, octobre/novembre.

(14) **Jeammet P.** (1992). « Psicopatologia dell'adolescenza », Roma : Borla, 1992

(15) **Schwartz H. J.** (1991), « La boulimie : rencontre avec la tentation sadomasochique », symposium international Les Troubles des conduites alimentaires. Paris, *Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent*. 41 (5-6), 364, 368, 1993.

(16) **Bruch H.** (1973) *Les yeux et le Ventre, L'obèse, L'anorexique*, Paris, Payot 1977.

(17) **Selvini-Palazolli M.** (1974) *Self Starvation*, New York, Jason Aronson Editor.

(18) **Porot D.** (1970) « Anorexie mentale et syndrome dépressif », *Annales médicopsychologiques*, II (4), 567.

(19) **Jeammet P.** (1989), « Psychopathologie des troubles des conduites

(20) **Marcelli D., Braconnier A.**, (2004) *Adolescence et psychopathologie* 6^e éd., Paris, Masson.

(21) **Corcos M.** (2000), « Le corps absent, approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires », Paris, Dunod, 329 p.

(22) **Sami-Ali et Al.**, (2001), « Manuel de thérapies psychosomatique », Dunod.

(23) **Combe C.** (2002), « Soigner l'anorexie », Paris, Dunod

(24) **Estour B., Pugeat M., Lang F. et Al.**, (1998), « Sex hormone binding globuline in women with anorexia nervosa », Clin Endocrinol (Oxf) 24 :571-6.

(25) **Brusset. B.**, (2008) « Psychopathologie de l'anorexie mentale », Dunod, Paris,.

(26) **Bossu C., Galusca B., Normand S., et al.**, (2007), « Energy expenditure adjusted for body composition differentiates constitutional thinness from both normal subjects and anorexia nervosa » in Am J Physiol. Endocrinol. Metab. 292 E132-E137.

Textes complémentaires

Corcos M. (2005) « Le corps absent, Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires », Dunod.

Cuzzolaro M., « Anoressie e bulimie », Mulino, Bologna, 2004.

Vibert S., Chabert C., (2010) « Anorexie mentale : une traversée mélancolique de l'adolescence ? »