

Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs

Eating disorders (ED) and Obsessive-compulsive disorders (OCD): common factors

Trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo-compulsivo: factores comunes

Transtornos da alimentação e transtorno obsesivo-compulsivo: fatores comuns

Audrey Bertrand, Claude Bélanger and Kieron O'Connor

Volume 36, Number 1, Spring 2011

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1005819ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1005819ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bertrand, A., Bélanger, C. & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 149–179. <https://doi.org/10.7202/1005819ar>

Article abstract

Several similarities exist in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders (ED : anorexia nervosa and bulimia). Both disorders include obsessive thoughts and compulsive or ritualized behaviours. Furthermore, these two disorders frequently present with similar comorbid disorders. In this article, the authors examine similarities between ED and OCD, and whether eating disorders can be conceptualized as a variant of obsessive-compulsive disorders. This raises the possibility that treatments proven effective for OCD could be successfully adapted for ED. The authors consequently further examine both treatments utilized for both disorders.



Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs

Audrey Bertrand*

Claude Bélanger**

Kieron O'Connor***

Il existe plusieurs similarités phénoménologiques entre le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et les troubles de l'alimentation (TA : anorexie mentale et boulimie). Pour ces deux problématiques, il y a présence de pensées obsessionnelles et de comportements compulsifs ou ritualisés. Les troubles comorbides avec les TA ou le TOC sont en outre sensiblement les mêmes. L'hypothèse analysée ici présente les TA comme ayant suffisamment de ressemblances avec le TOC pour qu'ils puissent être considérés comme des troubles de nature obsessionnelle-compulsive. Ce constat soulève la possibilité que les traitements efficaces pour le TOC puissent être adaptés aux TA. Les auteurs discutent d'une mise en comparaison des traitements utilisés pour les deux problématiques.

Plusieurs troubles mentaux partagent certains facteurs communs avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ; ils sont regroupés sous le terme « trouble du spectre obsessionnel-compulsif » (TSOC). Parmi les TSOC se retrouvent l'hypocondrie, la peur d'une dysmorphie corporelle, les troubles de l'alimentation (TA), la kleptomanie, le jeu pathologique, etc. Toutes ces psychopathologies se présentent souvent en concomitance avec un TOC (Hollander et Benzaquen, 1997). Il y a toutefois une controverse autour de l'idée de considérer tous ces troubles comme des TSOC. McKay et al. (2007) estiment que l'hypocondrie et la peur d'une dysmorphie corporelle seraient les seuls troubles assez similaires au TOC pour être des TSOC.

Selon le DSM-IV (APA, 2003), le TOC se caractérise par la présence d'obsessions, qui se définissent comme des pensées, des impulsions ou des images mentales, ressenties comme intrusives et

* B.A., Université du Québec à Montréal.

** Ph.D., Université du Québec à Montréal et Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.

*** Ph.D., Centre de Recherche Fernand-Seguin, Université de Montréal et Université du Québec en Outaouais.

inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Généralement, les patients qui ont un TOC présentent aussi des compulsions qui visent à chasser les pensées obsessionnelles et à diminuer la détresse associée. Les compulsions peuvent être des comportements visibles (par exemple, se laver les mains, ordonner, vérifier) ou des actes mentaux (par exemple, prier, compter, répéter mentalement des mots). Les obsessions et les compulsions sont à l'origine de sentiments de détresse marqués, d'une perte de temps considérable consacré aux obsessions ou aux rituels (plus d'une heure par jour). Elles interfèrent en outre significativement dans les relations interpersonnelles ou les activités sociales de l'individu, ainsi que dans son fonctionnement professionnel ou scolaire. Le TOC affecterait environ 3 % de la population et il se retrouverait autant chez les hommes que chez les femmes. Les obsessions et les compulsions varient de façon idiosyncratique, c'est-à-dire qu'elles sont propres à chaque individu. Toutefois, les obsessions/compulsions peuvent en général être regroupées en catégories générales. Les obsessions peuvent par exemple référer à la peur de la contamination ou de la saleté (par exemple, les vêtements que je porte ont touché le plancher, je suis donc contaminé), la peur de faire du tort à autrui (par exemple, peut-être que j'ai frappé quelqu'un en voiture sans m'en rendre compte), le doute pathologique (par exemple, est-ce que j'ai bien éteint la cuisinière ?), la préoccupation pour la symétrie et l'exactitude (par exemple, si j'utilise le côté droit de mon corps, je dois compenser et utiliser le côté gauche également ; je ne comprends pas exactement ce que je viens de lire), les pensées sexuelles inacceptables (par exemple, suis-je sexuellement attiré par les enfants ?), les obsessions religieuses (par exemple, j'ai probablement déplu à Dieu aujourd'hui) ainsi que l'accumulation compulsive (par exemple, conserver des journaux depuis plusieurs années, garder des vêtements usés et inutilisés, mais être incapable de s'en débarrasser). Les techniques utilisées pour chasser les pensées obsessionnelles de l'esprit peuvent être des comportements compulsifs (par exemple, les rituels de vérification, le nettoyage excessif, le rangement, compter, etc.), la recherche de réassurance auprès d'autrui, l'évitement des stimuli associés aux obsessions ainsi que la neutralisation (par exemple, avoir une pensée positive contraire à une pensée intrusive indésirable dans le but de neutraliser la « mauvaise » pensée). À noter qu'il n'est pas rare qu'un même individu ait des obsessions et des compulsions reliées à plusieurs sous-types de TOC simultanément ou successivement (Clark, 2007).

Les troubles de l'alimentation (anorexie mentale et boulimie) présentent des caractéristiques similaires au TOC. L'anorexie se caractérise par une perte de poids importante et un refus de maintenir un

poids normal. Les personnes qui souffrent d'anorexie ont une véritable phobie de prendre du poids même si elles ont un poids insuffisant. Elles présentent souvent une distorsion de leur image corporelle et un déni de la gravité de leur perte de poids. L'estime de soi est indûment influencée par le poids et/ou la silhouette. L'anorexie peut être de type restrictif (ANR : *anorexia nervosa — restrictive*) ou de type avec crises de boulimie (ANBP : *anorexia nervosa — binge-purge*) suivies de comportements compensatoires (vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements, jeûne, exercice excessif) afin d'éviter un gain de poids. Les crises de boulimie se caractérisent par l'absorption d'une quantité importante de nourriture en peu de temps avec un sentiment de perte de contrôle. La prévalence actuelle de l'anorexie est évaluée à 1 % de la population (APA, 2003).

La boulimie est caractérisée par la survenue récurrente de crises de boulimie, suivies de comportements compensatoires qui peuvent être purgatifs (BNP : vomissements, laxatifs, diurétiques...) ou non purgatifs (BNNP : jeûnes, exercice excessif). L'estime de soi des personnes qui souffrent de boulimie est également influencée par le poids et la forme corporelle. Selon l'APA (2003), la prévalence à vie de la boulimie se situe entre 1 et 3 % et elle apparaît souvent en continuité avec l'anorexie. L'APA (2003) inclut dans les TA non spécifiques (TANS), les troubles qui ne remplissent pas tous les critères d'un TA spécifique (boulimie sans comportements compensatoires ; anorexie sans aménorrhée, etc.). Les TANS constituent les TA les plus prévalents, qui représentent plus de la moitié des cas de TA (Fairburn, 2008 ; Fairburn et al., 2008). Des hommes peuvent également souffrir d'un TA, toutefois, ils ne représentent que 10 % des cas. L'orthorexie (présence de préoccupations obsessionnelles concernant l'alimentation saine sans qu'il n'y ait de restriction alimentaire quantitative) constitue un autre trouble affectant l'alimentation qui ne figure pas dans le DSM.

Comorbidité TOC-TA

La comorbidité TOC-TA est considérablement élevée (tableau 1 pour plus de détails sur les études¹). En ce qui concerne la chronologie d'apparition de ces problématiques, le TOC précède le TA dans des pourcentages de 21 à 86 % chez des patients qui présentent ces troubles (Thornton et Russell, 1997 ; Godart et al., 2000 ; Speranza et al., 2001). Plus rarement, le TA peut se présenter en premier. Tamburrino et al. (1994) ont noté la présence d'un TA (actuel ou passé) chez 42 % des femmes aux prises avec un TOC. Fahy et al. (1993) et Zribi et al. (1989) ont constaté que 11 à 13 % des femmes qui souffrent du TOC présentaient un antécédent d'anorexie.

Tableau 1
Comorbidité TA et TOC (prévalence actuelle et vie entière)
par ordre chronologique des études

Auteurs	Échantillon et instruments	Résultats
Zribi et al., 1989	60 patients TOC - 22 hommes - 38 femmes	8,3 % du groupe ont un passé d'anorexie, uniquement des femmes (13,1 % des femmes)
Rubenstein et al., 1992	62 TOC (50 % femmes, 50 % hommes)	Prévalence à vie 12,9 % TA (AN et BN) - femmes : 6,5 % AN, 6,5 % BN - hommes : 12,9 % AN, 3,2 % BN TA sous-clinique : - femmes : 22,6 % - hommes : 12,9 %
Fahy et al., 1993	105 femmes TOC	Passé AN chez 11 % des TOC
Tamburrino et al., 1994	31 femmes TOC Y-BOCS*	42 % TA (actuel ou à vie) - 26 % AN - 3 % BN - 13 % AN et BN TA précède fréquemment le TOC
Thiel et al., 1995	93 femmes TA - 12 AN - 60 BN - 21 AN-BN Y-BOCS* EDI*	37 % TOC TA avec TOC ont des scores plus élevés sur plusieurs sous-échelles de l'EDI que les TA seuls. TA donc plus sévère
Zubieta et al., 1995	110 femmes TA - 18 AN - 69 BN - 14 AN- BN - 9 TANS EDI* BDI* SCL-90*	Des scores élevés sur la sous-échelle OC sont corrélés avec un plus grand nombre d'hospitalisations, un TA plus sévère et un plus haut niveau de dépression
Thornton et Russell, 1997	68 femmes TA - 35 AN - 33 BN CIDI* PDE*	21 % TA ont un TOC - 37 % AN - 3 % BN Pour 86 % de ceux-ci : TOC avant TA AN : 35 % présentent un TPOC prémorbide.
Godart et al., 2000	69 TA (97 % femmes) - 29 AN - 34 BNP CIDI*	Prévalence à vie du TOC 21 % chez AN 0 % chez BN

Auteurs	Échantillon et instruments	Résultats
Iwasaki et al., 2000	171 femmes TA 62 ANR 36 ANBP 57 BNP 16 BNBP	19 % des TA ont un TOC (prévalence vie entière)
Albert et al., 2001	38 femmes BN Y-BOCS* EDI*	26,3 % ont un TOC (clinique ou sous-clinique) BN avec symptômes OC ou un TOC obtiennent des scores plus élevés à EDI - score total - quête de minceur - boulimie comparativement au BN sans OC
du Toit et al., 2001	85 patients TOC - 38 hommes - 47 femmes Y-BOCS*	Prévalence à vie TA plus élevée chez les TOC que dans la population générale 5,9 % AN 4,7 % BN
Kipman et al., 2001	Revue des écrits scientifiques	La fréquence de l'anorexie est plus grande dans la population TOC que dans la population en général Le TOC apparaîtrait avant, pendant ou après le TA
Milos et al., 2002	237 femmes - 84 AN - 153 BN	29,5 % TOC chez les TA Aucune différence entre AN et BN TA plus long si présent avec le TOC
Speranza et al., 2001	89 femmes TA - 58 AN - 31 BN MINI* Y-BOCS*	Prévalence à vie 19 % TOC chez les TA Prévalence actuelle 15,7 % TA ont un TOC - 29 % TOC chez ANBP - 16 % TOC chez ANR - 13 % TOC chez BNP 65 % : TOC avant TA
Godart, Perdereau et al., 2003	63 TA : 29 AN (dont 2 hommes) 34 femmes BN CIDI*	Prévalence à vie du TOC chez : 21 % des AN
Godart, Flament et al., 2003	271 TA : 166 femmes AN 105 femmes BN 271 femmes témoins	Prévalence actuelle du TOC : 17,1 % des ANR 21,8 % des ANBR Prévalence vie entière du TOC : 24,3 % des ANR 23,6 % des ANBR

Auteurs	Échantillon et instruments	Résultats
Kaye et al., 2004	97 femmes AN 282 femmes BN 293 femmes ANBP	Le TOC est le trouble anxieux le plus commun chez les TA 41 % TOC (prévalence à vie)
Jiménez-Murcia et al., 2007	30 femmes TOC	Prévalence actuelle d'un TA (non spécifique et boulimie): 16,7 %
Sallet et al., 2009	475 femmes TOC 340 hommes TOC	Prévalence à vie femmes : 4,2 % AN, 3,6 % BN hommes : 0,03 % AN, 0,09 % BN AN et BN, tous genres : 7,9 % Prévalence actuelle AN : femmes (0,08 %), hommes (0 %) AN clinique + sous-clinique : femmes : 1,38 % hommes : 0 % BN : femmes (1,7 %), hommes (0 %) BN clinique + sous-clinique : femmes : 1,78 % hommes : 0,03 % AN et BN, tous genres : 3,19 % TA + TOC = plus haut niveau d'anxiété et de dépression, plus grande fréquence de tentatives de suicide, plus de troubles concomitants

* BDI: Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961)

CIDI: The Composite International Diagnostic Interview (Robins et al., 1988)

MINI: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998)

PDE: Personality Disorders Examination (Loranger, 1988)

SCL-90: Symptom Checklist 90 (Derogatis, 1983)

Y-BOCS: Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989a-1989b)

Le TOC chez des patientes TA

La prévalence à vie du TOC chez les patientes TA est environ six fois plus élevée (19 % versus 3 %) que dans la population générale (Speranza et al., 2001 ; Iwasaki et al., 2000). L'anorexie et la boulimie ne présentent par ailleurs aucune différence significative en ce qui a trait à leur concomitance avec le TOC. Toutefois, l'ANBP (anorexia nervosa – binge-purge) est le sous-type de trouble alimentaire où l'on retrouve le plus souvent un TOC avant et/ou pendant le TA. En fait, la prévalence à vie du TOC chez cette sous-population de TA serait autour de 30-40 % (Speranza et al., 2001 ; Iwasaki et al., 2000). Kaye et al. (2004) ont aussi démontré que le TOC est le trouble anxieux le plus commun chez les TA ; près de la moitié des patientes avec un TA rencontrent les critères diagnostiques d'un TOC au cours de leur vie. Des résultats similaires ont été obtenus par Thiel et al. (1995) qui ont observé que 37 % des

femmes avec un TA étaient également aux prises avec un TOC. Les études de Godart et al. (2003) ont finalement montré que la prévalence à vie du TOC était de 20-25 % chez des personnes anorexiques, ce qui est significatif en comparaison avec la population générale.

Cette présence de symptômes du TOC chez les patientes TA auraient des répercussions négatives sur le pronostic du TA. Par exemple, les patientes TA qui présentent à la fois des symptômes du TA et du TOC voient leur TA se chroniciser et durer plus longtemps que chez les patientes TA sans TOC (Milos et al., 2002), un plus grand nombre d'hospitalisations (Zubieta et al., 1995) ainsi qu'une sévérité du trouble plus importante (Thiel et al., 1995). Albert et al. (2001) ont également constaté que la présence d'obsessions-compulsions TOC a un impact négatif sur l'évolution de la boulimie. Les patientes boulimiques avec un TOC ont plus de symptômes de boulimie et une envie plus forte d'être minces comparativement à des patientes boulimiques sans TOC. Thiel et al. (1995) ont démontré que les patientes avec un TA et un TOC ont un plus grand désir de minceur, sont plus insatisfaites de leur image corporelle, se sentent moins efficaces et sont plus susceptibles d'avoir peur de la maturité que les patientes TA sans TOC. Sallet et al. (2009) ont également démontré que la comorbidité TOC-TA augmente la sévérité du tableau clinique général. Les patients TOC-TA présentent ainsi un plus haut niveau d'anxiété et de dépression, une plus grande fréquence de tentatives de suicide et plus de troubles concomitants (prévalence à vie) que les TOC sans TA.

Le TOC est plus fréquent chez des personnes avec un TA comme diagnostic principal que l'inverse. Par contre, selon Godart et al. (2005a; 2005b), il se pourrait que la prévalence du TOC chez une personne TA ait pu être surestimée dans les études qui datent d'avant l'apparition du DSM-III-R (APA, 1987). En fait, la distinction entre le TOC et les TA n'était pas claire avant cette édition du DSM ce qui implique que des patientes avec un TA ont peut-être reçu à tort un diagnostic additionnel de TOC.

Le TA chez des patients TOC

Pour ce qui est de la présence des TA chez les patients avec un TOC, Kipman et al. (2001) ont constaté que la prévalence de l'anorexie est plus grande dans la population TOC que dans la population en général (également confirmé par du Toit et al., 2001.). Jiménez-Murcia et al. (2007) ont également observé une prévalence actuelle d'un TA chez des patients avec un TOC plus élevée (16,7 %) que dans la population en général. Rubenstein et al. (1992) et Sallet et al. (2009) se

sont penchés sur la prévalence à vie des TA chez des patients TOC, en contrôlant le genre. Leurs études révèlent respectivement que 12,9 % — 0,3 % des hommes et 6,5 % — 4,2 % des femmes avec un TOC ont rencontré les critères diagnostiques de l'anorexie mentale au cours de leur vie. Pour la boulimie, ces mêmes études révèlent que les prévalences à vie sont respectivement 3,2 % — 0,9 % plus élevées chez les hommes et de 6,5 % — 3,6 % chez les femmes avec un TOC.

Symptômes du TOC chez les personnes avec un TA

Plusieurs chercheurs ont comparé la nature des obsessions et/ou des compulsions dans une population avec un TA avec une population TOC (Bastiani et al., 1996; Hasler et al., 2005; Kaye et al., 1992; Matsunaga et al., 1999; Halmi et al., 2003) (voir tableau 2). Selon ces études, les obsessions de symétrie/ordre/exactitude sont les plus fréquentes dans les différents types de TA. Les compulsions d'ordre/rangement sont les plus fréquentes dans le groupe TA, suivies des comportements ritualisés de nettoyage et la vérification. Les femmes TOC présentaient plus souvent des obsessions d'autres types comme celles reliées à l'agressivité, à la contamination, à la sexualité et à la religion et des compulsions de répétition et de comptage que les femmes anorexiques. Il est possible que les obsessions de symétrie/ordre/exactitude et compulsions d'ordre/rangement soient plus fréquemment associées au TA que les autres sous-types TOC en raison de certaines caractéristiques associées au TA, telles que les traits de personnalité obsessionnelle-compulsive (par exemple, la rigidité, les préoccupations pour les détails, le besoin d'ordre et de routine, etc.). Les études permettent de conclure que même si ces deux types de patients présentent des obsessions et des compulsions, les patients avec un TOC ont une plus grande variété de ces symptômes en comparaison avec les personnes avec un TA.

Tableau 2
Obsessions et compulsions chez les TA
par ordre alphabétique d'auteurs

Auteurs	Échantillon et instruments	Résultats
Bastiana et al., 1996	AN 16 femmes TOC DSM-III-R Y-BOCS	Les TOC ont une plus grande quantité et variété d'obsessions et de compulsions que les AN ANR ont fréquemment des obsessions de : - symétrie/exactitude - ordre/arrangement - nettoyage de la maison
Halmi et al., 2003	116 femmes TOC 99 femmes ANR 140 ANBP DSM-IV Y-BOCS SIAB*	Les femmes AN (tous types confondus) ont des scores similaires aux femmes TOC pour les obsessions de symétrie, les obsessions somatiques, les compulsions de vérification, d'ordre et d'accumulation. Les femmes TOC présentaient : - 1,5 à 7 fois plus souvent des obsessions d'agressivité, de contamination, sexuelles et religieuses et des compulsions de répétition et de comptage que les femmes AN (tous types) - deux fois plus souvent des obsessions d'accumulation comparativement au groupe ANR - 1,3 fois plus de compulsions de nettoyage que le groupe ANPB.
Hasler et al., 2005	317 patients TOC Y-BOCS DSM-IV	15,5 % ont un TA OC les plus fréquentes chez TA : - peur de la contamination - compulsion de nettoyage
Kaye et al., 1992	19 femmes AN (actuelle ou passée) 14 femmes témoins DSM-III-R Y-BOCS	<i>Obsessions fréquentes chez les AN :</i> - peur de ne pas dire les choses correctement - peur de faire des choses embarrassantes - besoin de symétrie/exactitude et d'ordre - besoin de savoir et de se souvenir - peur que quelque chose de terrible se produise - peur d'être responsable que les choses tournent mal <i>Compulsions fréquentes chez les AN :</i> - tâches ménagères - ordre/arrangement - comportements ritualisés excessifs lors du bain ou le toilettage

Auteurs	Échantillon et instruments	Résultats
Matsunaga et al., 1999	16 femmes AN 16 femmes BN 16 femmes ANBP 18 femmes TOC DSM-III-R Y-BOCS	<i>Obsessions fréquentes chez les TA :</i> - symétrie/exactitude - contamination - ordre/arrangement <i>Compulsions fréquentes chez les TA:</i> - nettoyage - vérification Obsessions symétrie/exactitude et compulsions ordre/arrangement sont plus élevées chez les AN que chez les TOC

* SIAB : Structured interview for anorexia and bulimia nervosa (Fichter et al., 1998)

Symptômes reliés aux TA chez des personnes avec TOC

Plusieurs auteurs ont voulu vérifier si les patients TOC présentaient certaines caractéristiques psychologiques similaires aux personnes avec un TA. Des scores élevés sur l'inventaire *Eating Disorder Inventory* (EDI) ne sous-tendent pas le fait que les patients TOC puissent avoir un TA, mais qu'ils partagent plusieurs caractéristiques psychologiques (perfectionnisme, sentiment d'incompétence, etc.). Pigott et al. (1991) et Grabe et al. (2000) ont démontré qu'en comparaison avec un groupe témoin, des patients TOC obtiennent des scores significativement plus élevés pour chacune des sous-échelles du EDI. Chez les femmes, certaines dimensions distinctes du TOC semblent associées à des caractéristiques spécifiques des TA (Grabe et al., 2000). Par exemple, les obsessions et les compulsions de comptage, du besoin de toucher et de parler sont reliées aux symptômes boulimiques tandis que les obsessions de mots, d'images ou de chaînes de pensées sont associées à un plus fort désir de minceur. Toutefois, nous ne pouvons pas déterminer actuellement si les symptômes reliés au TA sont plus associés au TOC qu'aux autres troubles cliniques.

Nature des obsessions dans les TA

Les problématiques des TA et du TOC se ressemblent au niveau du caractère obsessionnel que prennent les pensées. La nourriture, le poids et la silhouette constituent l'objet des obsessions dans le cas des TA et ces préoccupations engendrent des comportements répétitifs et ritualisés qui s'apparentent aux compulsions du TOC. Le *Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale* (Mazure et al., 1994) démontre bien l'ensemble des préoccupations et des comportements ritualisés des TA (voir tableau 3). Cependant, à la différence des obsessions du TOC qui sont égodystones, c'est-à-dire que les pensées sont considérées absurdes et

contraires aux valeurs de la personne, les préoccupations reliées aux TA sont égosyntones. Les symptômes du TA sont dirigés vers un même but, celui de satisfaire le désir de minceur et de contrôle. Sunday et al. (1995) ont découvert que les préoccupations du TA étaient souvent plus sévères (plus de temps/jour) et plus fortement égosyntones (surtout pour celles souffrant d'ANR) que les compulsions. Dans le même sens, Kaye et al. (1993) ont révélé que la plupart des personnes qui souffrent d'anorexie ne considèrent pas leurs symptômes comme étant absurdes et ne tentent pas d'ignorer ou de supprimer leurs pensées obsessionnelles. De plus, selon ces auteurs, les comportements observés dans les TA ne seraient pas présents pour neutraliser les obsessions ou pour prévenir l'inconfort comme c'est le cas pour les compulsions du TOC. Shafran et al. (2004) soutiennent aussi cette hypothèse. Cette analyse ne serait cependant pas partagée par tous les chercheurs. Fairburn et al. (1986) et Salkovskis (1985) proposent que les comportements compulsifs des TA pourraient servir à neutraliser les pensées obsessionnelles comme dans le TOC.

Tableau 3
**Exemples de préoccupations/comportements ritualisés
tirés du Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale**

Préoccupations obsessionnelles
Catégoriser les aliments en « bons » et « mauvais »
Préoccupations concernant le gras et les calories contenus dans la nourriture
Peur de manger toute la nourriture dans son assiette
Peur de consommer certains liquides
Peur de ne pas être capable d'arrêter de manger
Peur d'avoir un surplus de poids et/ou peur d'être au-dessus d'un certain poids spécifique
Préoccupations excessives à propos de son apparence corporelle
Peur que les autres la trouvent grosse
Préoccupations excessives à propos d'une taille de vêtement
Peur de porter des vêtements trop serrés ou trop amples
Comportements ritualisés
Éviter certains types de nourriture, ex : gras, viande, pain, pâtes, sucre
Manger les aliments dans un certain ordre, couper sa nourriture en petits morceaux
Calculer le contenu calorique de toute la nourriture ingérée
Besoin de manger toute la nourriture présente lors des orgies alimentaires

Se faire vomir et/ou prendre des laxatifs après avoir mangé
Besoin que les cuisses ne se touchent pas — assis ou debout —, besoin de voir ou de sentir ses os
Besoin d'observer sa silhouette dans le miroir, de comparer sa silhouette à celles des autres
Se peser plusieurs fois par jour, devoir monter et descendre plusieurs fois de la balance
Besoin de faire de l'exercice après les repas, d'avoir toujours la même routine (temps spécifique)
Accumuler de la nourriture d'une façon ritualisée, collectionner des recettes
Faire des listes du poids corporel et/ou des calories absorbées ou brûlées par l'exercice

Les préoccupations liées aux TA interfèrent dans le quotidien des personnes qui en souffrent et semblent être toutes aussi inconfortables que les obsessions du TOC (Holden, 1990; Rothenberg, 1986). Ces auteurs révèlent que les ruminations présentes chez les personnes avec un TA peuvent à priori paraître volontaires et égosyntones, mais il semble que les pensées à propos des calories et de la nourriture pourraient être plutôt de nature égodystone. Même si aucune recherche empirique n'a clairement établi cet aspect égodystone des préoccupations TA, plusieurs observations cliniques suggèrent que cette hypothèse pourrait expliquer le fait que ces pensées (à propos de la nourriture) paraissent souvent étrangères à la personne, sans lien avec ses autres préoccupations et priorités. Garfinkel et Garner (1982) nuancent ce constat en spécifiant que, dans le cas de l'anorexie, seules les préoccupations à propos du poids et de l'image corporelle seraient égosyntones, alors que les autres types de pensée seraient plutôt égodystones. Bulik et al. (1992) démontrent par ailleurs qu'il existe plusieurs stimuli qui sont perçus négativement et qui peuvent engendrer de l'anxiété chez les personnes avec un TA (par exemple, avoir l'estomac plein, être serré dans ses vêtements, diminuer l'activité physique, voir des gens minces ou obèses, voir ou sentir de la nourriture à risque, se voir dans un miroir). Plusieurs cliniciens s'accordent donc sur le fait que l'égodystonie, qui caractérise la majorité des obsessions du TOC, pourrait également s'appliquer à certaines préoccupations des TA. Il semble donc en définitive que tant les patients TOC que ceux avec un TA ne manifestent pas des pensées complètement syntones ou dystones, et que des variations existent dans les deux problématiques. Par exemple, dans le TOC, les accumulateurs peuvent percevoir le fait de ne rien jeter comme une façon de faire qui est valable (écologique), et ils peuvent en corollaire se sentir attachés aux

objets accumulés. Il y aurait donc en théorie un degré d'égodystonie qui serait variable, et ceci serait vrai pour chaque obsession, chaque individu et pour diverses situations (Aardema et O'Connor, 2007). Ce constat n'a cependant pas été validé empiriquement. Il serait de ce fait intéressant de mesurer le degré d'égosyntonie-dystonie et ses fluctuations par rapport aux préoccupations TA. Purcell-Lalonde et O'Connor travaillent actuellement à notre laboratoire afin de valider cette théorie de la plasticité du degré d'égodystonie et de sa modification en fonction du traitement reçu. Leurs études permettront de vérifier les fluctuations des niveaux de syntonie/dystonie avant et après un traitement. Il sera alors possible de vérifier si les pensées égosyntones par rapport à la minceur ont tendance à perdre de leur importance lorsqu'il y a une amélioration de la condition clinique de la personne.

Cognitions et biais cognitifs dans le traitement de l'information

Comme dans le TOC, les patientes TA ont plusieurs biais cognitifs reliés à l'objet de leurs obsessions (biais d'attention, de mémoire et d'interprétation sélective). Ces biais jouent un rôle important dans le déclenchement et le maintien du trouble (Williamson et al., 1999 ; Williamson et al., 2004 ; Cooper, 2005). Par exemple, chez les patientes TA, l'attention est biaisée envers les stimuli reliés au surplus de poids ou aux aliments gras ou sucrés puisque ces stimuli sont menaçants. La personne TA scrute l'environnement pour voir l'évaluation des autres face à son corps, ou à propos de l'importance qu'ils accordent à l'apparence corporelle en général. Les biais de mémoire réfèrent au fait que les informations associées à l'objet des préoccupations (poids, alimentation, image corporelle) sont plus facilement remémorées chez ces patientes. Par exemple, Tekcan et al. (2008) démontrent que lors d'une tâche de rappel libre d'une liste de mots variés (mots TA et non-TA), les mots associés au TA sont encodés dans la mémoire et remémorés même lorsque les consignes de l'étude leur indiquent de ne pas prêter attention à ces mots. Chez les personnes qui souffrent d'un TA, les informations reliées à leur trouble semblent donc être encodées automatiquement, en raison de leur charge émotionnelle. Il est possible que cet encodage différentiel selon la charge émotionnelle des mots puisse sous-tendre une hypervigilance par rapport à ces mots chargés émotivement. Ainsi Vitousek (1996) rapporte-t-elle que l'impact de stimuli qui déclenche les obsessions nuit à l'exécution de certaines tâches. Les études (Vitousek, 1996) démontrent que lorsque des sujets TA sont confrontés à une tâche d'attention sélective, le test de reconnaissance de Stroop, et qu'ils doivent faire abstraction des mots pour ne nommer que la couleur de l'encre où ils sont écrits, ils

démontrent un niveau d'interférence plus grand lorsque ces mots sont reliés au TA (poids, silhouette, nourriture) en comparaison avec des mots neutres. Chez ces patientes TA les mots chargés émotionnellement sont donc traités selon un processus de vigilance accrue qui biaise leur perception.

Shafran (2002) a démontré que des cognitions que l'on retrouve chez les personnes avec un TOC ou d'autres troubles anxieux sont également présentes dans la population TA : 1) la fusion pensée-action ou pensée-silhouette, 2) le perfectionnisme, 3) l'intolérance à l'incertitude, et 4) la surestimation de la menace. Lorsqu'ils manifestent la présence d'une distorsion cognitive associée à la fusion pensée-action, les patients TOC peuvent croire que de penser à un événement (par exemple, s'imaginer en train de tuer une personne) augmente les probabilités que cet événement ne se produise, ou encore que la pensée est aussi immorale que l'action en elle-même. Les patientes avec un TA ont aussi une prédisposition à fusionner les pensées et les comportements. Par exemple, le simple fait de penser à manger un aliment qu'elles s'interdisent est presque aussi culpabilisant pour elles que de le manger réellement, ou encore que seule la pensée d'avoir ingéré un aliment calorique récemment amène la sensation d'avoir pris du poids. Lorsque le perfectionnisme est central, tant chez les personnes qui souffrent d'un TA que d'un TOC, les attitudes perfectionnistes et le besoin de contrôle et de certitude peuvent se répercuter dans tous les aspects de leur vie (par exemple, les standards de réussite personnelle et professionnelle qui sont trop élevés et ne peuvent être rencontrés, la peur incapacitante de faire des erreurs, etc.) (Sassaroli et al., 2008). Ces attitudes perfectionnistes peuvent contribuer au développement et au maintien des TA ou du TOC. L'état de perfection recherché est irréaliste, puisque la perfection est une cible mouvante qui se déplace lorsqu'on la vise. L'intolérance à l'incertitude présente chez ces patients se manifeste quant à elle par un besoin d'ordre et de routine. Ces personnes peuvent par exemple manger la même chose à tous les jours parce qu'elles sont incapables de tolérer l'incertitude face à ce qui pourrait arriver si elles variaient leur menu, ou si elles mangeaient un aliment dont elles ne connaissent pas le contenu calorique. Cette intolérance à l'incertitude sous-tend une anxiété importante lorsque tout n'est pas sous contrôle, et elle provoque dans ces circonstances des compulsions autour des préoccupations associées au poids. La surestimation de la menace se retrouve finalement chez des patientes TA, lorsque sont considérés les thèmes reliés à la nourriture, au poids et à la silhouette. Par exemple, une personne anorexique peut croire que manger un biscuit peut faire gagner du poids. La surévaluation de l'importance du poids ou de la silhouette

peut aussi constituer une forme de menace chez les patientes TA. Ces croyances reliées à la surestimation de la menace semblent donc maintenir les symptômes du TA.

Comportements ritualisés de vérification du poids dans les TA

Une étude de Shafran et al. (2004) démontre que la majorité (92 %) des personnes avec un TA présentent des rituels de vérification du poids et de la silhouette. La majorité des patientes (92 %) regardent leur corps pour vérifier des signes de gain de poids ou pour évaluer leur silhouette. À la suite de cette inspection, plus de 75 % des patientes diminuent leur apport alimentaire, peu importe la valence de leur auto-évaluation. Certaines (61 %) révèlent qu'elles évitent parfois de vérifier leur poids, habituellement lorsqu'elles ont eu un gain pondéral. Le fait d'avoir des rituels de vérification contribue à maintenir les symptômes. En fait, la fréquence des vérifications est corrélée de façon positive avec la tendance à la surévaluation du poids chez les patientes et avec l'augmentation des comportements alimentaires inadaptés. Comme dans le TOC, une boucle d'auto-renforcement se crée entre les compulsions et les obsessions.

Liens entre la sous-alimentation et les obsessions

Dans une étude effectuée il y a plus de 60 ans, Keys et al. (1950) ont démontré que la sous-alimentation pouvait contribuer au développement de préoccupations à propos de la nourriture, du poids et de l'image corporelle. Dans leur étude, 36 hommes considérés en bonne santé ont été soumis à une diète les privant de la moitié de l'apport calorique qu'ils avaient l'habitude de manger quotidiennement, pendant une période de six mois. Les participants ont perdu environ 25 % de leur poids initial et sont devenus obsédés par la nourriture et leur silhouette. Plusieurs comportements ritualisés concernant l'alimentation aussi présents dans les TA sont apparus chez ces sujets, comme le fait de manger lentement, de couper la nourriture en petits morceaux, de collectionner des recettes, de cacher de la nourriture, etc. Cette étude permet de voir que la restriction alimentaire à elle seule peut contribuer à développer, à maintenir ou à augmenter les symptômes obsessionnels et compulsifs associés à la nourriture chez les personnes avec un TA. D'autres études indiquent que la sous-alimentation pourrait même avoir un impact sur les obsessions et compulsions qui ne seraient pas reliées à l'alimentation. Pollice et al. (1997) ont en effet démontré que la dénutrition contribuerait à intensifier les obsessions de nature TOC chez les patientes TA. Après un gain pondéral suffisant pour atteindre un poids santé, les symptômes du TOC ont diminué chez des

femmes anorexiques, même si leur ampleur était toujours plus importante que chez un groupe témoin. Cette tendance à voir les symptômes TOC se modifier en fonction de leurs problèmes alimentaires a aussi été constatée chez les patientes avec boulimie. Rubenstein et al. (1995) ont par exemple constaté une diminution significative des obsessions et des compulsions chez des patientes boulimiques, après six semaines d'abstinence d'orgies alimentaires et de vomissements. Thiel et al. (1998) ont révélé que plus la symptomatologie TA diminue après une thérapie, moins les obsessions-compulsions non-TA sont sévères. Les études semblent donc démontrer que le fait de maintenir de bonnes habitudes alimentaires semble donc diminuer grandement les préoccupations obsessionnelles (TOC et TA) chez les personnes qui souffrent d'un TA. Toutefois, von Ranson et al. (1999) et Morgan et al. (2007) ont affirmé que des patientes boulimiques, qu'elles soient rétablies ou non, auraient tout de même davantage d'obsessions-compulsions TOC qu'un groupe témoin. Ces études démontrent donc que les personnes qui se sont remises de la boulimie ont autant de symptômes TOC que celles qui présentent toujours le trouble, ce qui laisse supposer que les symptômes du TOC ne sont pas uniquement associés à la présence du TA. L'hypothèse selon laquelle la sous-alimentation augmente les préoccupations obsessionnelles demeure controversée étant donné que le retour à une alimentation saine n'élimine pas systématiquement les obsessions/compulsions du TA ou du TOC. De plus, même si nous savons depuis longtemps que les privations alimentaires peuvent entraîner des préoccupations TA (Keys, 1950), il reste à savoir si les patients TOC qui ont des obsessions reliées à l'alimentation (par exemple, la peur d'être contaminé par la nourriture ou encore la peur de s'étouffer en mangeant) auraient davantage de risque de développer un TA concomitant que les patients TOC dont les compulsions ne sont pas reliées à l'alimentation. La prévalence des symptômes TOC chez les patientes TA ainsi que les thèmes d'obsessions-compulsions TOC les plus souvent observés dans cette population sont discutés dans les prochaines sections.

Troubles comorbides avec le TOC et les TA

Troubles cliniques

Le TOC et les TA se présentent souvent en comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques. À l'axe I — troubles cliniques — du DSM-IV-TR (APA, 2003), les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et l'abus de substances sont les plus souvent diagnostiqués chez les patientes avec un TA (Blinder et al., 2006; Godart et al., 2006). Pour ce qui est du TOC, les troubles cliniques les plus fréquemment associés sont

également la dépression majeure, les troubles anxieux, l'abus d'alcool et les TA mais également les tics et le syndrome Gilles de la Tourette (Denys et al., 2004 ; Ladouceur et al., 1999).

Troubles de la personnalité

À l'axe II du DSM-IV-TR (APA, 2003) – troubles de personnalité (TP), les TA coexistent souvent avec la présence d'un TP. Maranon et al. (2004) ont observé que plus de la moitié des patientes TA souffraient d'au moins un TP. Les TP du groupe C incluant la personnalité dépendante, évitante et obsessionnelle-compulsive (APA, 2003), semblent être plus souvent associés au TA que ne le sont les autres TP. Ces auteurs ont ajouté que le TP limite était également fréquent dans la population avec un TA, si l'on considère tous les sous-types. Rastam (1992) a révélé une forte association entre l'anorexie et le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (TPOC). Pour les deux types d'anorexie mentale, les TP les plus fréquents sont ceux du groupe C. Sansone et al. (2005) ont ajouté que le TP limite était plus associé aux TA avec symptômes boulimiques (ANBP et BN) qu'à l'ANR. Thornton et Russell (1997) ont démontré que 35 % des patientes anorexiques présentaient un TPOC prémorbide. Matsunaga et al. (1999) ont suggéré que le TPOC n'a pas de lien avec le TOC et il est moins fréquemment associé au TOC qu'aux TA. Certains chercheurs postulent que le TOC n'est relié à aucun type de personnalité spécifique (O'Connor et Robillard, 1996), alors que d'autres auteurs révèlent que les TP du groupe C seraient plus fréquents chez les patients avec un TOC que les autres TP (Denys et al., 2004 ; Ladouceur et al., 1999). Les TP concomitants avec les TA et le TOC semblent être généralement assez similaires.

Traitements psychologiques du TOC et du TA

Le modèle explicatif des TA et du TOC est sensiblement le même en ce qui a trait aux liens entre les pensées et les comportements. Les compulsions visent dans les deux cas à diminuer l'anxiété provoquée par les pensées obsessionnelles. Pour traiter les personnes boulimiques ainsi que celles qui souffrent du TOC, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) se révèle être l'approche de choix (Butler et al., 2006). Pour ce qui est de l'anorexie, la TCC démontre une certaine efficacité, mais aucune approche de traitement ne ressort vraiment comme étant supérieure (Fairburn et al., 2008).

Plusieurs patients qui souffrent du TOC ou d'un TA peuvent se montrer très réfractaires au traitement, surtout en raison des variations notées dans leurs niveaux de tolérance à l'anxiété et de motivation au

changement. Plus précisément, jusqu'à 40 % des patients avec un TOC (Steketee, 1993) et près de 50 % des personnes avec un TA (Eivors et al., 2003; Vandereycken et Pierloot, 1983; Waller, 1997) refusent ou abandonnent une TCC.

La TCC traditionnelle a fait l'objet de certaines critiques et d'autres stratégies thérapeutiques ont été examinées plus récemment, notamment la TCC dite de « troisième vague ». Ces interventions impliquent souvent une importance accrue et un focus plus important sur les enjeux relationnels et les émotions en jeu dans le maintien de la problématique du TA, particulièrement dans le cas de la boulimie (Mitchell et al., 2007). Par exemple, la thérapie dialectique-comportementale (Linehan, 1995a; 1995b) permet aux patientes d'obtenir des outils pour gérer leurs émotions difficiles, mieux réguler leurs affects et réduire leur impulsivité en lien avec les comportements boulimiques où la personne perd le contrôle. Ce type de thérapie, efficace pour des patients avec un TPL, est utile pour des patientes qui souffrent de boulimie (Safer et al., 2009). La thérapie cognitive basée sur les schémas de Young démontre également une efficacité auprès des patientes TA (Waller et al., 2007). Cette thérapie permet d'aborder les difficultés des clients à leur source, en modifiant les croyances centrales (schémas) que les patients démontrent à propos d'eux-mêmes et des autres. Ce type de thérapie cognitive peut être utilisé dans les cas de troubles de personnalité, ou pour traiter des gens qui ont des troubles à l'axe I réfractaires à la TCC habituelle en raison de problèmes caractériels qui demeurent présents après la diminution ou la suppression des symptômes du trouble à l'Axe I (Young, 2005). Certaines recherches ont tenté de valider cette approche auprès de patientes boulimiques, et certains résultats encourageants suggèrent le développement de d'autres recherches afin de valider cette intervention auprès de cette population. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT: acceptance and commitment therapy) est une autre approche qui découle de la troisième vague en TCC. Elle est utilisée pour le traitement de plusieurs troubles de santé mentale, dont les troubles alimentaires (Kater, 2010; Kristeller et al., 2006; Nef, 2009; Sandoz et al., 2011). L'ACT semble être particulièrement prometteuse pour traiter l'anorexie mentale (Berman et al., 2009; Heffner et al., 2002). Dans l'ACT, l'accent n'est pas mis sur la réduction des symptômes d'un trouble mais plutôt sur l'augmentation de la flexibilité psychologique, ce qui mène, de façon indirecte, à la diminution des symptômes. Cette flexibilité se compose de la pleine conscience du moment présent, de la défusion cognitive², de l'acceptation de son vécu émotionnel tout en favorisant l'engagement à poser des actions pour changer afin de s'approcher de ses buts et de ses valeurs profondes (Hayes, 2006). La thérapie interpersonnelle,

initialement proposée dans le traitement des patients dépressifs démontre une efficacité similaire à celle de la TCC traditionnelle lorsqu'elle est appliquée auprès des patients avec un TA (Birchall, 1999 ; Agras et al., 2000 ; Wilson et al., 2007).

Bien que moins souvent mise à l'étude, l'efficacité de la psychothérapie dynamique serait aussi soutenue empiriquement dans le traitement des TA (Thompson-Brenner et al., 2009). En dépit de ceci, il semble cependant que les thérapies TCC permettent davantage de changements dans un plus court laps de temps que ne le permettent la psychothérapie dynamique ou la psychanalyse. Cet écart dans l'efficacité thérapeutique s'explique surtout en raison des objectifs concrets pour réduire les symptômes présents dans la TCC, et qui sont proposés dès les premières sessions de thérapie. Au niveau du TOC, les thérapies psychodynamiques n'ont par contre pas su démontrer leur efficacité. Ce constat peut être en partie explicable par le fait que ce type de thérapie tente d'amener les patients à connaître le *pourquoi* des symptômes et des pensées intrusives, plutôt que de s'attarder au *comment* les symptômes se manifestent et peuvent être contrôlés ou diminués. Cette stratégie analytique est peut-être difficilement compatible avec le TOC puisque les patients sont déjà portés à croire, à tort, que le fait d'avoir des pensées intrusives a un sens et peut être interprété en fonction de leur moi. Même si le potentiel de changement thérapeutique est plus limité au niveau de la diminution des symptômes, certains cliniciens suggèrent néanmoins que la psychothérapie dynamique puisse être utilisée de façon séquentielle chez certains patients TOC, surtout si ceux-ci souhaitent mieux comprendre pourquoi ils ont développé ce trouble, une fois les symptômes atténués par un traitement comportemental (Jenike, 1993).

Bien qu'un traitement comportemental basé sur l'exposition et la prévention de la réponse s'avère efficace pour réduire les symptômes du TOC, certains patients résistent à ce type de traitement, surtout chez la sous-population de patients qui a des idées surévaluées (haut niveau de conviction face aux obsessions). L'aspect comportemental de la thérapie semble ici souvent générer trop d'anxiété, ces patients ne réussissant pas toujours à vivre une habitude suffisante pour voir leurs symptômes diminuer. La TCC n'est donc pas toujours efficace chez ces personnes, et elle n'amène en conséquence pas des résultats concluants pour tous. Pour ces patients avec faible insight, une approche qui vise des changements substantiels au niveau cognitif avant d'arriver aux exercices comportementaux peut s'avérer utile. En se servant de ce raisonnement, notre équipe de recherche (O'Connor et al., 2005) propose une nouvelle

forme d'intervention cognitive basée sur les erreurs de raisonnement présentes dans le TOC (approche basée sur les inférences, ABI). L'ABI considère que les obsessions proviennent de monologues intérieurs qui sont basés sur des faits imaginaires. Le patient doit arriver à modifier son scénario obsessionnel afin d'invalider ses doutes obsessionnels (par exemple, peut-être que j'ai les mains contaminées), ce qui diminue le besoin d'exécuter ses compulsions. Durant cette thérapie, les patients réalisent entre autres tout l'apport de l'imaginaire, qui est non fondé, mais qui maintient leurs croyances obsessionnelles. Cette approche basée sur le raisonnement permet également de travailler sur la présence des biais cognitifs dans le traitement de l'information, ainsi que sur les schémas de soi négatifs qui rendent la personne vulnérable à des scénarios obsessionnels. De plus, ce traitement cible les convictions égosyntones ainsi que l'ambivalence du soi et les problèmes d'identité associés à ce trouble. Ce type d'intervention basé sur les inférences s'est avéré efficace chez une clientèle avec un TOC (O'Connor et al. 2005 ; O'Connor et al., 2009). Comme les patients qui souffrent de TOC ou de TA partagent plusieurs distorsions et erreurs cognitives dans leur appréhension de la réalité, et puisque la thérapie basée sur les inférences s'est montrée efficace pour le TOC, il serait intéressant d'appliquer cette stratégie thérapeutique basée sur les doutes obsessionnels sur une population TA qui souffrent d'obsessions associées à la nourriture et au poids. Certaines recherches d'efficacité dans le traitement des TA pourraient plus spécifiquement tester cet ajout de composantes axées sur les erreurs de raisonnement avec l'objectif de diminuer les biais cognitifs dans le traitement de l'information, en combinaison avec des approches TCC plus traditionnelles.

Conclusion

Les troubles de l'alimentation, l'anorexie et la boulimie, sont des maladies psychiatriques qui s'apparentent au TOC. Il semble exister davantage de similarités entre les TA et le TOC que de dissemblances. Pour démystifier les liens entre ces problématiques, d'autres études sur les prévalences de comorbidité TA-TOC, sur le caractère égosyntone/égodystone des symptômes ainsi que sur les différents aspects psychologiques communs de ces patients devraient continuer d'être menées. On peut se demander si l'égosyntonie-dystonie face aux symptômes TA changent en fonction de la sévérité ou de l'évolution du TA. De plus, la comorbidité TOC-TA semble fréquente et associée à une plus grande sévérité du TA, mais est-ce qu'un autre trouble anxieux aurait le même effet ? Le TOC a-t-il réellement un effet plus néfaste sur la symptomatologie TA qu'un autre trouble anxieux ou de façon plus

générale, qu'un autre problème clinique ? Les caractéristiques psychologiques du TA (perfectionnisme, sentiment d'incompétence, désir de minceur, etc.) sont-elles plus souvent observées chez des patients qui souffrent du TOC comparativement à un autre trouble anxieux ? Il serait également intéressant d'explorer la comorbidité des TANS ou de l'orthorexie avec le TOC.

Les recherches futures pourraient également évaluer si les traitements pour le TOC peuvent s'appliquer aux TA. En raison de la nature obsessionnelle et compulsive du TOC et des TA, il serait en définitive possible qu'une seule approche qui cible un ou des facteurs communs du TOC et des TA (par exemple, la façon dont la personne en vient à donner de la crédibilité à ses obsessions), puisse être utilisée pour traiter ces deux troubles.

Notes

1. Le sexe féminin sera utilisé lors de références aux patients TA ; il désignera des patients des deux sexes.
2. Défusion cognitive : Processus permettant au patient de changer sa relation par rapport à ses pensées dysfonctionnelles en se détachant de leur contenu littéral plutôt que de tenter de modifier ces pensées comme on le ferait avec la restructuration cognitive.

Références

- AARDEMA, F., O'CONNOR, K., 2007, The menace within : Obsessions and self, *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 21, 3, 182-197.
- AGRAS, W. S., WALSH, B. T., FAIRBURN, C. G., WILSON, G. T., KRAEMER, H. C., 2000, A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- ALBERT, U., VENTURELLO, S., MAINA, G., RAVIZZA, L., BOGETTO, F., 2001, Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes, *Comprehensive Psychiatry*, 42, 6, 456-460.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R* (3rd rev ed.), Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., texte rév.), Masson, Paris.
- BASTIANI, A. M., ALTEMUS, M., PIGOTT, T. A., RUBENSTEIN, C., WELTZIN, T. E., KAYE, W. H., 1996, Comparison of obsessions and compulsions in

- patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder, *Biological Psychiatry*, 39, 966-969.
- BECK, A., WARD, C., MELDENSOHN, M., MOCK, J., ERBAUGH, J., 1961, An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BERMAN, M. I., BOUTELLE, K. N., CROW, S. J., 2009, A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa, *European Eating Disorders Review*, 17, 426-434.
- BIRCHALL, H., 1999, Interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders, *European Eating Disorders Review*, 7, 315-320.
- BLINDER, B., CUMELLA, E., SANATHARA, V. A., 2006, Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders, *Psychosomatic Medicine*, 68, 3, 454-462.
- BULIK, C. M., BEIDEL, D. C., DUCHMANN, E., WELTZIN, T. E., KAYE, W. H., 1992, Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 33, 4, 262-268.
- BUTLER, A. C., CHAPMAN, J. E., FORMAN, E. M., BECK, A. T., 2006, The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses, *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- CLARK, D. A., 2007, *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*, Guilford Press, New York.
- COOPER, M. J., 2005, Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions, *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.
- COOPER, M. J., FAIRBURN, C. G., 1992, Selective processing of eating, weight and shape related words in patients with eating disorders and dieters, *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 363-365.
- DENYS, D., TENNEY, N., VAN MEGEN, H. J. G. M., DE GEUS, F., WESTENBERG, H. G. M., 2004, Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 80, 155-162.
- DEROGATIS, L., 1983, SCL-90-R Administration, scoring and procedures manual, *Clinical Psychometric Research*, Baltimore, MD.
- DU TOIT, P. L., VAN KRADENBURG, J., NIEHAUS, D., STEIN, D. J., 2001, Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without

- comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview, *Comprehensive Psychiatry*, 42, 4, 291-300.
- EIVORS, A., BUTTON, E., WARNER, S., TURNER, K., 2003, Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa, *European Eating Disorders Review*, 11, 90-107.
- FAHY, T. A., OSACAR, A., MARKS, I., 1993, History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder, *International Journal of Eating Disorders*, 14, 4, 439-443.
- FAIRBURN, C. G., 2008, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, Guilford Press, New York.
- FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., COOPER, P. J., 1986, The clinical features and maintenance of bulimia nervosa, in Brownell, K. D., Foreyt, J. P., eds., *Handbook of Eating Disorders: Physiology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia*, Basic Books, New York, 389-404.
- FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., SHAFRAN, R., WILSON, G. T., 2008, Eating disorders. A transdiagnostic protocol, in Barlow, D. H., ed., *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-step Treatment Manual*, Guilford Press, New York, 578-614.
- FICHTER, M. M., HERPETZ, S., QUADFLIEG, N., HERPETZ-DAHLMANN, B., 1998, Structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (3rd rev. ed.), *International Journal of Eating Disorders*, 24, 277-257.
- GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M., 1982, *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, Brunner Mazel, New York.
- GARNER, D. M., OLSMTED, M. P., POLIVY, J., 1983, Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 2, 2, 15-34.
- GODART, N. T., BERTHOZ, S., REIN, Z., PERDEREAU, F., LANG, F., VENISSE, J.-L., 2006, Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia and bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 8, 772-778.
- GODART, N. T., FLAMENT, M. F., CURT, F., PERDEREAU, F., LANG, F., VENISSE, J. L., 2003, Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study, *Psychiatry Research*, 117, 245-258.
- GODART, N. T., FLAMENT, M. F., LECRUBIER, Y., JEAMMET, P. H., 2000, Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance, *European Psychiatry*, 15, 1, 38-45.

- GODART, N. T., PERDEREAU, F., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2003, Comorbidité et chronologie d'apparition dans les troubles du comportement alimentaire, *Annales médico-psychologiques*, 161, 498-503.
- GODART, N. T., PERDEREAU, F., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2005a, Comorbidité des troubles du comportement alimentaire et des troubles anxieux. Deuxième partie : résultats, *L'Encéphale*, 31, 152-161.
- GODART, N. T., PERDEREAU, F., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2005b, Comorbidité entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux. Première partie : revue méthodologique, *L'Encéphale*, 31, 44-55.
- GOODMAN, W. K., PRICE, L. H., RASMUSSEN, S. A., MAZURE, C., DELGADO, P., HENINGER, G. R., 1989a, The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) : II. Validity, *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- GOODMAN, W. K., PRICE, L. H., RASMUSSEN, S. A., MAZURE, C., FLEISCHMANN, R. L., HILL, C. L., 1989b, The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) : I. Development, use and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- GRABE, H. J., THIEL, A., FREYBERGER, H. J., 2000, Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 449-453.
- HALMI, K. A., SUNDAY, S. R., KLUMP, K. L., STROBER, M., LECKMAN, J. F., FICHTER, M., 2003, Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes, *International Journal of Eating Disorders*, 33, 3, 308-319.
- HASLER, G., LASALLE-RICCI, V. H., RONQUILLO, J. G., CRAWLEY, S. A., COCHRAN, L. W., KAZUBA, D., 2005, Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity, *Psychiatry Research*, 135, 2, 121-132.
- HAYES, S. C., LUOMA, J., BOND, F.W., MASUDA, A., LILLIS, J., 2006, Acceptance and Commitment Therapy : Model, processes and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1, 1-25.
- HEFFNER, M., SPERRY, J., EIFERT, G. H., DETWEILER, M., 2002, Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa : A case example, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 3, 232-236.
- HOLDEN, N. L., 1990, Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder, *British Journal of Psychiatry Research*, 157, 1-5.
- HOLLANDER, E., BENZAQUEN, S. D., 1997, The obsessive-compulsive spectrum disorders, *International Review of Psychiatry*, 9, 99-109.

- IWASAKI, Y., MATSUNAGA, H., KIRIIE, N., TANAKA, H., MATSUI, T., 2000, Comorbidity of Axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan, *Comprehensive Psychiatry*, 41, 6, 454-460.
- JENIKE, M. A., 1993, Obsessive-compulsive disorder : Efficacy of specific treatments as assessed by controlled trials, *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 4, 487-499.
- JIMÉREZ-MURCIA, S., FERNANDEZ-ARANDA, F., RAICH, R. M., ALONSO, P., KRUG, I., JAURRIETA, N., ALVAREZ-MOYA, E., 2007, Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features, *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 61, 385-391.
- KATER, K., 2010, New pathways: Applying acceptance and commitment therapy to the treatment of eating disorders, in Maine, M., McGilley, B. H., Bunnell, D. W., eds., *Treatment of Eating Disorders : Bridging the Research-practice Gap*, Elsevier Academic Press, San Diego, 163-180.
- KAYE, W. H., BULIK, C. M., THORNTON, L., BARBARICH, N., MASTERS, K., 2004, Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, 161, 12, 2215-2221.
- KAYE, W. H., WELTZIN, T. E., HSU, L. K. G., 1993, Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviours, *Psychiatric Annals*, 23, 7, 365-373.
- KAYE, W. H., WELTZIN, T. E., HSU, L. K. G., BULIK, C. M., MCCONAHA, C., SOBKIEWICZ, T., 1992, Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, *International Journal of Eating Disorders*, 12, 1, 57-62.
- KEYS, A., BROZEK, J., HENSCHER, A., MICKELSEN, O., TAYLOR, H. L., 1950, *The Biology of Human Starvation*, University of Minnesota Press, Minnesota.
- KIPMAN, A., GORWOOD, P., MOUREN-SIMEON, M. C., ADÈS, J., 2001, Anorexie mentale et obsessions : continuité ou contiguïté ? *Annales médico-psychologiques*, 159, 541-612.
- KRISTELLER, J. L., BAER, R. A., QUILLIAN-WOLEVER, R., 2006, Mindfulness-based approaches to eating disorders, in Baer, R. A., ed., *Mindfulness-Based Treatment Approaches : Clinician's guide to Evidence Base and Applications*, Elsevier, New York, 75-91.
- LADOUCEUR, R., RHÉAUME, J., FREESTON, M., 1999, Le trouble obsessionnel-compulsif in Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J-M., eds., *Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*, Gaëtan Morin éditeur, Québec, 95-119.
- LINEHAN, M. M., 1995a, *Understanding Borderline Personality Disorder, the Dialectical Approach, Program Manual*, Guilford Press, New York.

- LINEHAN, M. M., 1995b, *Treating Borderline Personality Disorder; the Dialectical Approach. Program Manual*, Guilford Press, New York.
- LORANGER, A. W., 1988, *Personality Disorders Examination (PDE) Manual*, DV Communication, New York.
- MARAÑON, I., ECHEBURÚA, E., GRIJALVO, J., 2004, Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders : A pilot study using the IPDE, *European Eating Disorders Review*, 12, 4, 217-222.
- MATSUNAGA, H., KIRIIKE, N., IWASAKI, Y., MIYATA, A., YAMAGAMI, S., KAYE, W. H., 1999, Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder, *Psychological Medicine*, 29, 407-414.
- MATSUNAGA, H., MIYATA, A., IWASAKI, Y., MATSUI, T., FUJIMOTO, K., KIRIIKE, N., 1999, A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 40, 5, 337-342.
- MAZURE, C. M., HALMI, K. A., SUNDAY, S. R., ROMANO, S. T., EINHORN, A. M., 1994, The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale, *Journal of Psychiatric Resources*, 28, 5, 425-445.
- McKAY, D., ABRAMOWITZ, J. S., TAYLOR, S., 2007, Discussion : The obsessive-compulsive spectrum, in Abramowitz, J. S., McKay, D., Taylor, S., eds., *Obsessive-compulsive Disorder, Subtypes and Spectrum Conditions*, Elsevier Science, 287-299.
- MILOS, G., SPINDLER, A., RUGGIERO, G., KLAGHOFER, R., SCHNYDER, U., 2002, Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders, *International of Eating Disorders*, 31, 284-289.
- MITCHELL, J. E., AGRAS, S., WONDERLICH, S., 2007, Treatment of Bulimia Nervosa : Where are we and where are we going ? *International Journal of Eating Disorders*, 40, 95-101.
- MORGAN, J. C., WOLFE, B. E., METZGER, E. D., JIMERSON, D. C., 2007, Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 40, 381-385.
- NEF, F., 2009, Acceptation et pleine conscience dans le traitement des troubles des conduites alimentaires, *Revue francophone de clinique cognitive et comportementale*, 14, 2, 34-45.
- O'CONNOR, K., AARDEMA, F., PÉLISSIER, M.-C., 2005, *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-compulsive Disorder and Related Disorders*, John Wiley and Sons Ltd, Chichester, UK.

- O'CONNOR, K., KOSZEGI, N., AARDEMA, F., VAN NIEKERK, J., TAILLON, A., 2009, An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders, *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 4, 420-429.
- O'CONNOR, K., ROBILLARD, S., 1996, Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs, *Revue québécoise de psychologie*, 17, 1, 165-195.
- PIGOTT, T. A., ALTEMUS, M., RUBENSTEIN, C. S., HILL, J. L., BIHARI, K., L'HEUREUX, F., 1991, Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 148, 11, 1552-1557.
- POLLICE, C., KAYE, W. H., GREENO, C. G., WELTZIN, T. E., 1997, Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 21, 4, 367-376.
- POMERLEAU, G., 2001, *Anorexie et boulimie: Comprendre pour agir*, Gaëtan Morin éditeur, Québec.
- RASTAM, M., 1992, Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents; premorbid problems and comorbidity, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 819-829.
- ROBINS, L. N., WING, J., WITTCHEN, H.-U., HELZER, J. E., BABOR, T. F., BURKE, J., 1988, The Composite International Diagnostic Interview, *Archives of General Psychiatry*, 45, 12, 1069-1077.
- ROTHENBERG, A., 1986, Adolescence and eating disorder: the obsessive-compulsive syndrome, *Psychiatric Clinics*, 13, 3, 469-489.
- RUBENSTEIN, C. S., ALTEMUS, M., PIGOTT, T. A., HESS, A., MURPHY, D. L., 1995, Symptom overlap between OCD and bulimia nervosa, *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 1, 1-9.
- RUBENSTEIN, C. S., PIGOTT, T. A., L'HEUREUX, F., HILL, J. L., MURPHY, D. L., 1992, A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 9, 309-314.
- SAFER, D. L., TELCH, C. F., CHEN, E. Y., 2009, *Dialectical Behavioural Therapy for Binge eating and Bulimia*, Guilford Press, New York.
- SALKOVSKIS, P. M., 1985, Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- SALLET, P. C., DE ALVARENGA, P. G., FERRAO, Y., DE MATHIS, M. A., TORRES, A. R., MARQUES, A., 2009, Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorders: prevalence and clinical correlates, *International Journal of Eating Disorders*, 43, 4, 315-325.

- SANDOZ, E. K., WILSON, K. G., DUFRÈNE, T., 2011, *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia*, New Harbinger Publications.
- SANSONE, R. A., LEVITT, J. L., SANSONE, L. A., 2005, The prevalence of personality disorders among those with eating disorders, *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. Special Issue: Personality Disorders and Eating Disorders*, 13, 1, 7-21.
- SASSAROLI, S., LAURO, L. J. R., RUGGIERO, G. M., MAURI, M. C., VINAI, P., FROST, R., 2008, Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- SHAFRAN, R., 2002, Eating disorders, in Frost, R. O., Steketee, G., eds., *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment*, Pergamon, Oxford, 215-232.
- SHAFRAN, R., FAIRBURN, C. G., ROBINSON, P., LASK, B., 2004, Body checking and its avoidance in eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93-101.
- SHEEHAN, D. V., LECRUBIER, Y. H., S. K., AMORIM, P., JANAVS, J., WEILLER, E., 1998, The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM IV and ICD-10, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 20, 22-33.
- SPERANZA, M., CORCOS, M., GODART, N. T., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2001, Prévalence actuelle et vie entière des troubles obsessionnels-compulsifs dans les troubles des conduites alimentaires, *L'Encéphale*, 27, 541-550.
- STEKETEE, G. S., 1993, *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*, Guilford Press, New York.
- SUNDAY, S. R., HALMI, K. A., EINHORN, A., 1995, The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology, *International Journal of Eating Disorders*, 13, 8, 237-245.
- TAMBURRINO, M. B., KAUFMAN, R., HERTZER, J., 1994, Eating disorder history in women with obsessive-compulsive disorder, *Journal of the American Medical Women's Association*, 49, 1, 24-26.
- TEKCAN, A. I., TAS, A. C., TOPCUOGLU, V., YUCEL, B., 2008, Memory bias in anorexia nervosa: Evidence from directed forgetting, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 369-380.
- THIEL, A., BROOCKS, A., OHLMEIER, M., JACOBY, G. E., SCHÜBLER, G., 1995, Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, 152, 72-75.

- THIEL, A., ZÜGER, M., JACOBY, G. E., SCHÜBLER, G., 1998, Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorders, *American Journal of Psychiatry*, 155, 244-249.
- THOMPSON-BRENNER, H., WEINGEROFF, J., WESTEN, D., 2009, Empirical support for psychodynamic psychotherapy for eating disorders, in Levy, R. A., Ablon, J. S., eds, *Handbook of Evidence-based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap between Science and Practice*, Humana Press, Totowa, New Jersey, 67-92.
- THORNTON, C., RUSSELL, J., 1997, Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 21, 1, 83-87.
- VANDEREYCKEN, W., PIERLOOT, R., 1983, Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients, *British Journal of Medical Psychology*, 56, 2, 145-156.
- VITOUSEK, K. M., 1996, The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa, in Salkovskis, P. M., ed., *Frontiers of Cognitive Therapy*, Guilford Press, New York, 383-418.
- VON RANSON, K. M., KAYE, W. H., WELTZIN, T. E., RAO, R., MATSUNAGA, H., 1999, Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa, *American Psychiatric Annals*, 156, 11, 1703-1708.
- WALLER, G., 1997, Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behaviour therapy for bulimic disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 22, 35-41.
- WALLER, G., KENNERLEY, H., OHANIAN, V., 2007, Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders, in Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., Young, J. E., eds., *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-practitioner Guide*, American Psychological Association, Washington, DC, 139-175.
- WILLIAMSON, D. A., MULLER, S. L., REAS, D. L., THAW, J. M., 1999, Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment, *Behavior Modification*, 23, 4, 556-577.
- WILLIAMSON, D. A., WHITE, M. A., YORK-CROWE, E., STEWART, T. M., 2004, Cognitive-behavioral theories of eating disorders, *Behavior Modification*, 28, 6, 711-738.
- WILSON, G. T., GRILO, C. M., VITOUSEK, K. M., 2007, Psychological treatment of eating disorders, *American Psychologist*, 62, 3, 199-216.
- YOUNG, J. E., 2005, *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*, Éditions De Boeck Université, Bruxelles.

ZRIBI, S., CHAMBRON, O., COTTRAUX, J., 1989, L'anorexie mentale. Un antécédent fréquent dans les troubles obsessionnels-compulsifs, *L'Encéphale*, 15, 355-358.

ZUBIETA, J. K., DEMITRACK, M. A., FENICK, A., KRAHN, D. D., 1995, Obsessionality in eating-disorder patients : relationship to clinical presentation and two-year outcome, *Journal of Psychiatric Research*, 29, 4, 333-342.

ABSTRACT

Eating disorders (ED) and Obsessive-compulsive disorders (OCD) : common factors

Several similarities exist in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders (ED : anorexia nervosa and bulimia). Both disorders include obsessive thoughts and compulsive or ritualized behaviours. Furthermore, these two disorders frequently present with similar comorbid disorders. In this article, the authors examine similarities between ED and OCD, and whether eating disorders can be conceptualized as a variant of obsessive-compulsive disorders. This raises the possibility that treatments proven effective for OCD could be successfully adapted for ED. The authors consequently further examine both treatments utilized for both disorders.

RESUMEN

Trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo-compulsivo: factores comunes

Existen varias similitudes fenomenológicas entre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y los trastornos de la alimentación (TA: anorexia nerviosa y bulimia). En ambos problemas existe la presencia de pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos o rituales. Los trastornos comórbidos con los TA o el TOC son además casi los mismos. La hipótesis aquí analizada presenta tantas similitudes entre los TA y el TOC como para considerar a los TA como trastornos de naturaleza obsesivo-compulsiva. Esta constatación resalta la posibilidad de que los tratamientos eficaces para el TOC puedan ser adaptados para los TA. Los autores discuten una comparación de los tratamientos utilizados para los dos tipos de problemas.

RESUMO

Transtornos da alimentação e transtorno obsessivo-compulsivo: fatores comuns

Existem várias semelhanças fenomenológicas entre o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e os transtornos de alimentação (TA: anorexia mental e bulimia). Nestas duas problemáticas, há a presença de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos ou ritualizados. Além disto, os transtornos comórbidos com os TA ou o TOC são os mesmos. A hipótese analisada aqui apresenta os TA como tendo semelhanças suficientes com o TOC para que eles possam ser considerados como transtornos de natureza obsessiva-compulsiva. Esta constatação ressalta a possibilidade de que os tratamentos eficazes para os TOC possam ser adaptados aos TA. Os autores discutem sobre o estabelecimento de comparações dos tratamentos utilizados para as duas problemáticas.