



HAL
open science

Place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie : étude qualitative par photo-élicitation

Arthur Lecomte

► **To cite this version:**

Arthur Lecomte. Place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie : étude qualitative par photo-élicitation. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297479

HAL Id: hal-03297479

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297479>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2018

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

LECOMTE Arthur

le 05 Novembre 2018

PLACE DE LA NOURRITURE DANS LES RELATIONS FAMILIALES D'ADOLESCENTS PRÉSENTANT UNE BOULIMIE : Étude qualitative par photo-élicitation

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Président

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Juge

Monsieur le Professeur Vincent LAPRÉVOTE

Juge

Madame le Docteur Assia ZERROUK

Juge et Directrice

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : /

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER –
François KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY
Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –
Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT –
Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL –
Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS –
Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLÉ

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIÈRE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWÈGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2° sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –
Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{er} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^e sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT

3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-

PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Professeur de Pédopsychiatrie et Addictologue au Centre Psychothérapique de Nancy,
Docteur en Psychologie,
Président du jury et Juge :

Tout a commencé il y a quelques années, lorsqu'un étudiant hospitalier s'est découvert un grand intérêt pour la Psychiatrie de l'Adolescent... Je dois avouer que vous et votre enthousiasme si communicatif n'y êtes pas étranger. Avoir eu la chance de travailler, six mois durant, sous votre supervision au sein de votre service, n'a fait que me conforter dans cette voie.

C'est aujourd'hui un grand honneur que vous m'accordez en acceptant la présidence de ma thèse d'exercice. Veuillez trouver, à travers ce travail, l'expression de mon respect et ma reconnaissance les plus sincères.

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Professeur de Psychiatrie au Centre Psychothérapique de Nancy,
Juge :

Soyez sûr que votre accompagnement, durant l'année que j'ai passée au sein de votre service, a su me faire évoluer et apprendre. J'ai également apprécié votre investissement dans notre formation au cours de l'internat.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail de thèse ; qu'il me soit permis de vous témoigner toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Vincent LAPRÉVOTE,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier;
Professeur de Psychiatrie au Centre Psychothérapique de Nancy,
Juge :

Soyez vivement remercié d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Durant mon internat, j'ai pu apprécier vos qualités humaines et pédagogiques au travers des différents enseignements que vous avez dispensés.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À Madame le Docteur Assia ZERROUK,
Docteur en Pédopsychiatrie,
Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Spécialisé de Jury,
Directrice de thèse et Juge :

Je tiens à te remercier d'avoir accepté de diriger non seulement ma thèse d'exercice, mais également mon mémoire de DES de Psychiatrie. Merci de ton soutien, de tes conseils avisés, et de la confiance que tu m'as témoignée à travers ces deux travaux.

Je te suis également reconnaissant pour ton accompagnement au cours de mes six mois de stage à l'Unité d'Hospitalisation pour Adolescents de Jury, qui ont achevé de me convaincre de mon engouement pour la Psychiatrie de l'Adolescent, et m'ont tant appris.

Aux patientes et patients que j'ai rencontrés au fil de ces quatre années d'internat :

Vous m'avez enseigné ce qu'aucun cours, aucun livre n'aurait pu m'apprendre. Merci de m'avoir fait grandir.

À toutes les équipes médicales et paramédicales des services qui m'ont accompagné au fil de mon parcours, à ceux qui m'ont encadré et appris, qui m'ont transmis leur enthousiasme et fait aimer ce métier :

L'Unité de Soins Libres et l'Unité de Soins Protégés du Toulousain ;
Les services de Pédopsychiatrie et de Pédiatrie Métabolique de l'Hôpital d'Enfants à Brabois ;
L'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de Nancy ;
Les deux Unités d'Hospitalisation pour Adolescents de Mercy et Jury ;
La Maison des Adolescents de Metz ;
Le Cabinet de Psychiatrie du Plateau de Haye.

À ma famille :

À mes parents, pour votre soutien inconditionnel et permanent depuis toutes ces années, et pour votre infinie patience malgré toutes mes âneries ;
À mon frère, pour tes attentions qui ne manquent pas de me toucher ;
À mes grands-parents, pour votre affection et votre gentillesse ;
À mes oncles et tantes, Michèle, Philippe, Cécile, Emma, Dominique, Patrice, Marie-José, à mon parrain Jean-Luc, à ma tata de coeur Pascale ;
À mes cousins et cousines, Thifanie, Laura, Antonin, Lauriane, Caroline, Pierre-Arnaud, Paul-Olivier, Amélie, Marine, et tous les autres ;
À Martine, ma belle-maman.

À mes amis, internes et non-internes (parce qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie) :

À Allison et Alex, mes petits poneys ; à Yannick, mon partner-in-crime officiel ; à Ophélie, Léna et Armand, ma petite équipe adorée ; à Caroline, Raphaël et leur petite Rowane, pour leur grain de folie ; à Carole et Vincent, pour tous ces petits moments qui font toute la différence ; à Maxime, ma Mômman ; à Olivier, qui a voulu voir Vesoul ; à Quentin, en attendant d'enfin faire nos soirées geek ; à Hélène et Sarah, la Team Miaou ; à Fred, Fanny, Clémentine, Charlotte, Romain, Renaud, Julie, PH, Majda, Stéphanie, Laura, Monika, Eve, Camille, Coralie, Gregory, Caroline, Claire, Alice, Marie, Sondos, Daphné, Marie-Pierre, Vanessa, Justine, Marine, Léa, Mélanie, Marion, Audrey, Louise, Ludo, Mathilde, et à tous ceux que je n'aurais pas cités et qui ont marqué mon chemin...
Et à Dexter et Helena, aussi !

À Frankie :

« Rien de tout cela n'aurait été possible sans toi. » C'est un peu ringard, mais je suis quand même obligé de le dire, puisque c'est vrai. Tu peux être fière, tu m'as fait écrire un truc ringard dans ma thèse. C'est bien parce que c'est toi. Après tout, tu as bien du courage, ça fait quand même près de dix-sept ans que tu me supportes !

(Plus sérieusement, merci pour tout. Vraiment.)

[Portal turret voice] *I don't hate you.*

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	15
<u>I. INTRODUCTION</u>	16
A. Généralités sur la boulimie	16
1) <i>Epidémiologie</i>	16
2) <i>Définition et critères cliniques</i>	16
3) <i>Evolution et complications</i>	18
4) <i>Traitement</i>	18
B. Nourriture et relations familiales	20
C. Troubles du comportement alimentaire et relations familiales	21
D. A propos de la méthodologie qualitative	23
E. Plan de l'étude	24
<u>II. ARTICLE SCIENTIFIQUE</u>	26
1. Introduction	28
2. Material and methods	29
2.1. <i>Sampling and participants</i>	29
2.2. <i>Data collection</i>	30
2.3. <i>Analysis</i>	31
3. Results	32
3.1. <i>The relationship between parent and child</i>	33
3.1.1. <i>The sharing of disarray about food between parent and child</i> ...33	
3.1.2. <i>Food and the issue of becoming autonomous</i>	36
3.1.3. <i>Food: a catalyser of conflict amongst others</i>	38
3.2. <i>Relationships in the family as a group</i>	40
3.2.1. <i>The dining table as a likeless of family functioning</i>	40
3.2.2. <i>Food at a crossroads between sharing and intimacy</i>	42
4. Discussion	45
<u>III. CONCLUSION</u>	52
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	57

PRÉAMBULE

Cette étude qualitative s'attache à étudier la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents atteints de boulimie. Elle fait suite à plusieurs études issues d'une même équipe de recherche qualitative qui a déjà exploré le rôle de la nourriture dans les familles d'adolescents obèses [1,2], celles d'adolescents présentant une anorexie mentale [3], ou encore chez des familles d'adolescents exempts de trouble du comportement alimentaire [4].

D'autres pistes de recherche ont été évoquées, et pourront faire l'objet d'études ultérieures : contexte de transculturalité, ou jeunes enfants pré-pubères,... afin de mieux comprendre quels sont les rouages mis en jeu dans les divers contextes de pathologies de l'alimentation, mais également pour tendre vers une meilleure appréhension des problématiques familiales chez les enfants et adolescents, exempts ou non de ces entités cliniques.

I. INTRODUCTION

A. Généralités sur la boulimie

1) Epidémiologie

Enjeu de santé publique, et objet de fascination médiatique, les troubles du comportement alimentaire regroupent de nombreux syndromes cliniques, et sont particulièrement fréquents au cours de l'adolescence. La boulimie (*bulimia nervosa*) est une pathologie grave, d'origine multifactorielle, issue de l'intrication de facteurs environnementaux, familiaux, socioculturels. Elle est à l'origine de multiples répercussions physiques et psychiques.

La prévalence de la boulimie sur la vie entière est estimée, en population générale et en suivant les critères du DSM-IV, autour de 1 à 1,7% [5,6], et de 0,1 à 0,5% chez les hommes [7]. Le sex ratio est estimé à 1/10 [8].

L'épidémiologie des troubles du comportement alimentaire dans leur ensemble reste assez mal connue. Ceci est lié au fait que les chiffres obtenus (en termes de prévalence et d'incidence, mais aussi de mortalité) varient en fonction des critères cliniques retenus et des populations étudiées [9].

2) Définition et critères cliniques

Il est important de déterminer quelle définition de la boulimie on retient pour définir le trouble. En effet, il existe un double continuum dans la conception de cette entité clinique.

Le premier continuum mène des conduites alimentaires dites «normales» à celles qualifiables de pathologiques, et la frontière entre ces deux pôles n'est pas toujours clairement définie [10,11] et est conditionnée par les critères cliniques retenus.

Au sein des conduites alimentaires qualifiables de pathologiques, on décrit un second spectre qui comprend à l'une et l'autre de ses extrémités l'anorexie mentale et la boulimie, deux modes d'expression différents d'un même trouble. Le concept de spectre suggère

l'existence d'un ensemble d'entités cliniques étroitement apparentées, avec une ou plusieurs caractéristiques fondamentales communes. [12]

Ces deux dimensions peuvent rendre difficile à définir non seulement le trouble, mais aussi la notion de rémission, de guérison... d'autant plus que les fluctuations en termes de symptomatologie sont légion dans ces pathologies ; ainsi, un même patient pourra présenter différents diagnostics au fil de son histoire clinique. [10]

Dans le cadre de notre présente étude, nous avons choisi de faire reposer notre diagnostic sur les critères issus de la 5ème version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5).

On retient ainsi le diagnostic de boulimie si les critères suivants sont remplis [8] :

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques ; un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. Absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif

C. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des périodes d'anorexie mentale

3) Evolution et complications

Les complications somatiques font toute la gravité de la maladie, et sont pour la plupart en lien avec les accès boulimiques et les vomissements à répétition. On pourra citer les complications digestives (dilatation aiguë de l'estomac, rupture gastrique, oesophagite, rupture de l'oesophage, syndrome de Mallory-Weiss...), infectieuses (pneumopathies d'inhalation), ou encore métaboliques et cardiaques (l'hypokaliémie induite par le recours aux vomissements répétés, laxatifs et/ou diurétiques étant le plus grand pourvoyeur de mort par trouble du rythme cardiaque). L'usage répété des laxatifs peut, en outre, être à l'origine de constipation sévère et parfois irréversible en cas d'évolution vers un syndrome du côlon cathartique. [13,14] Le taux de mortalité est significativement élevé, avec un risque relatif de 2,11 en cas de diagnostic de boulimie [15].

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses : on retrouvera fréquemment, chez les patients remplissant les critères cliniques de la boulimie, un tableau clinique de dépression, de troubles anxieux, ou encore d'addictions [16] (autres que celle que constitue la boulimie elle-même [17,18]). On note également l'existence fréquente des troubles de la personnalité chez les patients souffrant de boulimie, en particulier le type borderline [19,20].

Par ailleurs, il convient de signaler la comorbidité, dans la diachronie, avec l'anorexie mentale [21]. En effet, la pathologie boulimique peut survenir de novo, ou constituer une évolution de l'anorexie mentale. Ainsi, 50% des patients boulimiques présenteraient, ou auraient présenté, des épisodes anorexiques [22], et l'évolution la plus fréquente se fait de l'anorexie restrictive vers la boulimie [13]. Le passage de la boulimie vers l'anorexie est plus rare [13].

4) Traitement

Le traitement individuel de la pathologie boulimique, tout comme celui de l'anorexie mentale, se veut multimodal en associant plusieurs approches, pour mieux répondre au déterminisme multifactoriel des troubles du comportement alimentaire [13]. Il doit de surcroît prendre en considération les conséquences du trouble, qui ont un effet de chronicisation en eux-mêmes [9], véritable cercle vicieux.

Chez les adultes, le traitement est bien codifié et repose en priorité sur des approches de type thérapie cognitivo-comportementale [23,24] ou ses dérivés, en particulier ceux qui mettent l'accent sur la gestion des émotions [25]. D'autres types de thérapie sont évoqués dans la littérature, telle que la thérapie interpersonnelle [26].

La pharmacothérapie repose en premier lieu sur les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, et plusieurs études ont démontré l'efficacité de la fluoxétine sur les symptômes boulimiques (diminution de la fréquence des accès boulimiques et des conduites de purge) lorsqu'elle est prescrite à hauteur de 60 mg/jour [27]. Son association à la psychothérapie renforce cette efficacité, et a l'avantage de contribuer à l'amélioration des symptômes dépressifs [28], fréquemment retrouvés chez les patients atteints de boulimie [16].

Chez l'adolescent, le traitement est moins codifié, et les preuves scientifiques d'efficacité de l'une ou l'autre approche repose sur un plus petit nombre d'études et de publications [29,30].

L'interrelation des troubles du comportement alimentaire avec le fonctionnement du système familial auquel appartient le patient, rend indispensable leur abord plurifocal, et les approches impliquant la famille des patients dans le travail psychothérapeutique semblent aujourd'hui incontournable [31]. Celles-ci reprennent la base des thérapies basées sur la famille utilisées pour le traitement de l'anorexie mentale, et l'adaptent aux subtilités inhérentes à la boulimie, notamment le caractère moins égocentrique des symptômes, et la motivation plus forte des patients à réduire les manifestations inductrices de sentiment de honte, telles que les crises de boulimie et les vomissements [29]. En effet, ces paramètres tendent à favoriser la collaboration des patients pour atteindre des buts thérapeutiques communs fixés avec les parents. [32]

D'autres types d'approches basées sur la famille sont pertinents, en particulier la thérapie systémique [33,34], déjà bien connue pour sa pertinence dans le traitement de l'anorexie mentale [34,35].

Pour bien comprendre comment les thérapies basées sur le fonctionnement familial et ses modifications apportent un bénéfice dans le traitement de la boulimie, il est indispensable d'appréhender la façon dont la nourriture intervient dans les interactions entre les différents membres de la famille.

B. Nourriture et relations familiales

L'alimentation occupe une place prédominante dans la préoccupation des parents concernant le soin apporté à l'enfant, dès son plus jeune âge, s'inscrivant dans l'état de dépendance initialement totale du bébé vis-à-vis des parents [36]. En effet, c'est par l'intermédiaire de la nourriture que s'effectuent les premiers échanges entre l'enfant et ses parents, en particulier la mère.

Le soin (*care*), dans la conception de Hochschild, décrit un lien émotionnel entre celui qui donne (*caregiver*) et celui qui reçoit (*carefor*) le soin, par lequel le *caregiver* se sent responsable du bien-être du *carefor* et réalise des tâches cognitives, émotionnelles et physiques dans le but de s'acquitter de cette responsabilité [37]. L'alimentation prend alors le sens d'un don de soi de la mère vers son enfant, dans un investissement narcissique très fort, *amoureux* selon Laplanche [38].

L'alimentation permet le développement et l'articulation, chez le nouveau-né, des notions de plaisir et déplaisir, mais aussi la différence entre soi et l'autre. Nourrir prend alors plusieurs sens : l'aspect nutritionnel, mais aussi celui du domaine affectif, et une analogie se crée entre la nourriture nécessaire au développement du corps, et les échanges affectifs et relationnels nécessaires au développement de la personnalité. [39]

Ainsi, la nourriture se fait véhicule des échanges familiaux précoces, qui vont petit à petit permettre la différenciation et le développement du moi si un équilibre existe : c'est l'équation du ni trop, ni pas assez dans les soins que donne la mère à l'enfant, la «*mère suffisamment bonne* » décrite par Winnicott [40].

La nourriture est donc certes un vecteur d'amour, mais aussi un objet d'emprise, et par là même un moyen d'opposition : surinvestie, cette fonction devient un lieu privilégié de cristallisation des conflits [39]. Kaplan décrit que la réciprocité de l'amour des parents transmis par la nourriture peut être positive et véhiculer un sentiment d'empathie, mais peut aussi devenir négative, prenant alors une teneur de représailles ou de vengeance, l'enfant refusant alors de rendre le soin nourricier, pour s'opposer aux parents. [41]

Le repas est, à tous les âges de la vie, un vecteur de cohésion familiale, et, comme on le verra dans notre étude, les repas sont parfois la seule occasion de réunion de la famille, ce qui en fait un centre névralgique des échanges entre ses différents membres.

Manger ensemble, être ensemble autour de la table, transpose aussi une image du fonctionnement familial dans le positionnement de chacun et dans la façon dont les interactions se jouent [3,4].

Le symbolisme culturel que peut porter la nourriture a, lui aussi, son incidence sur le sentiment d'appartenance à la famille, et au sens plus large, à une communauté [41,42]. On retrouve dans cet aspect culturel une autre fonction de la nourriture, celle d'un vecteur de transmission.

C. Troubles du comportement alimentaire et relations familiales

Les relations entre anorexie et boulimie sont étroites, si bien que, selon les auteurs, ces entités ont pu être considérées comme des syndromes distincts ou comme des variantes d'un même désordre [13], et les facteurs qui conduisent à leur développement présentent bien souvent des similitudes. L'exploration de la dynamique des familles concernées par la boulimie, telle que décrite dans la littérature, relève elle aussi plusieurs points récurrents avec les familles de patients anorexiques.

Parmi ces éléments communs, ressort en particulier un déroulement défailant du processus de séparation-individuation, qui tend à favoriser le développement des troubles du comportement alimentaire. Les limites entre individus et générations s'effacent, la dépendance est encouragée, et la recherche d'autonomie semble menacer l'unité familiale. [13]

Ce processus de séparation-individuation, chez les sujets boulimiques, est rendu difficile par des fondations fragiles du lien parents-enfant, en particulier par échec des processus d'intériorisation des relations mère-enfant du fait d'événements précoces n'ayant pas permis un lien d'attachement satisfaisant, résultant en la construction d'une relation insuffisamment sécurisante et qui se mue en un rapport de dépendance. Les conduites boulimiques viendraient alors servir d'interface entre l'adolescent et son entourage lors de la concrétisation de l'autonomisation [9].

Jeammet note que, dans le contexte des troubles du comportement alimentaire, le comportement de l'adolescent parle alors pour lui, et dans une certaine mesure, ce sont les parents qui ressentent sa souffrance ; il fait l'analogie avec la situation de la petite enfance, quand la mère met en mots les états psychiques intérieurs du bébé à partir du comportement de ce dernier, et prend soin de lui en faisant le lien entre ses besoins et son environnement [39].

Dans la boulimie, les auteurs parleront de familles discordantes ou disloquées, ceci de façon préalable à l'apparition du trouble du comportement alimentaire de l'enfant ou l'adolescent : l'entrée dans la pathologie a alors qualité de crise du développement de la famille à l'adolescence, période qui exige l'évolution du système familial [13].

Par ailleurs, on décrit dans la littérature un caractère transgénérationnel aux troubles du comportement alimentaire ; ainsi, les études retrouvent une fréquence plus élevée de ces entités chez les apparentés de patients en souffrant eux-mêmes [43]. Ce phénomène semble être plurifactoriel. En effet, cette héritabilité découlerait de l'interaction de caractéristiques génétiques et biologiques avec l'environnement [44,45], qui correspondrait aux facteurs identifiés à l'origine des troubles du comportement alimentaires de manière générale.

Dans ce sens, il apparaît utile de rechercher les facteurs qui perpétuent ce dysfonctionnement familial propice au développement et au maintien du trouble.

Notre étude s'attache donc à rechercher des éléments plus spécifiques au fonctionnement des familles d'adolescents souffrant de boulimie. La littérature propose quelques pistes, notamment l'hypothèse d'une corrélation entre l'apparition de conduites boulimiques et la combinaison de deux facteurs: des antécédents de séparation familiale violente (en particulier du couple parental), et une dénégation de ces séparations. [46]

Cette conception évoque une ambiance de conflit ouvert au sein de la famille des patients boulimiques, par opposition à celle des adolescents anorexiques, où tout conflit est indicible et l'opposition se fait uniquement par le biais de la nourriture [3].

Dans le même sens, la notion d'impulsivité joue un rôle prépondérant dans la morbidité boulimique [47,48]. Elle favorise aussi bien la survenue des crises de boulimie [13,49,50], que celle d'autres conduites comorbides parfois retrouvées, telles que la

kleptomanie [51] (vol de denrées alimentaires notamment). [22] Cette impulsivité peut expliquer en partie la conflictualisation des rapports familiaux décrite chez ces patients.

D) A propos de la méthodologie qualitative

La méthode qualitative reste assez peu répandue au sein du domaine des sciences médicales, alors qu'elle est fréquemment utilisée pour la recherche en sciences humaines sociales, comme l'anthropologie. Le but de cette méthode est de développer des concepts qui aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des conditions dites naturelles, par opposition à des conditions expérimentales. Cela permet de donner toute son importance au vécu des participants. [52]

Ce type de méthode permet de rechercher de nouveaux points de vue, construire une théorie et formuler des hypothèses à partir du matériel. Elle ne nécessite pas d'hypothèse préalable, contrairement à la recherche quantitative. Il s'agit du principe de la théorie ancrée (*grounded theory*) qui place les racines de l'analyse dans les données du terrain pour laisser émerger les hypothèses. [53,54]

La méthode d'analyse qualitative choisie pour cette étude est l'analyse phénoménologique interprétative (*Interpretative Phenomenological Analysis*, ou IPA), qui aspire à explorer en détail la façon dont les participants perçoivent et donnent un sens à leur monde personnel et social, et la signification de leurs expériences. Elle cherche à décrire la perception qu'a l'individu d'un objet ou événement, plutôt qu'à en produire une description objective. Le chercheur prend alors un rôle actif dans ce processus, car la façon dont les résultats sont appréhendés dépend de sa perception personnelle. [55]

Une méthode visuelle a été employée pour enrichir la méthodologie : il s'agit de la photo-élicitation, c'est-à-dire l'utilisation de la photographie comme support aux entretiens. Ce support permet de trianguler les entretiens, favorise la parole, et enrichit les entretiens par le souvenir du déroulé d'un événement, des émotions et ressentis qui y sont liés. Par comparaison à de simples questions, la photo-élicitation apporte davantage d'informations, y compris des informations d'un type différent [56]. Dans la recherche impliquant les enfants et les adolescents, la photo-élicitation présente plusieurs avantages : elle retient davantage

l'attention des participants, et est vécue de façon positive en permettant à l'adolescent de travailler à partir d'un support qui exprime son propre point de vue [57,58].

E) Plan de l'étude

Cinq familles ont été recrutées pour l'étude. Cinq filles, trois couples et deux mères (pour un total de 11 entretiens) ont été interrogés au cours d'une période de cinq mois, au sein de la Maison des Adolescents de Metz. Cette structure dispense des soins psychiatriques ambulatoires aux adolescents de Metz et ses alentours.

Toutes les adolescentes interrogées remplissaient les critères DSM-V pour un diagnostic de boulimie. Ces critères excluent explicitement les conduites boulimiques survenant au cours d'un épisode d'anorexie mentale.

Un premier entretien avait pour objectif de présenter l'étude et recueillir le consentement des participants (*voir Annexes 1 à 5*). Il a ensuite été demandé à toutes les adolescentes recrutées de prendre une photographie d'une table à la fin du repas, en respectant la consigne suivante :

« Vous devez prendre une photographie de la table après un repas en famille. La table ne doit pas encore avoir été débarrassée. Aucune personne ne doit apparaître sur la photographie, les personnes à table doivent donc s'être levées. Vous pouvez prendre autant de clichés que vous le désirez, mais vous devrez en choisir une seule que vous commenterez avec le chercheur lors de l'entretien. »

La photographie sélectionnée était affichée sur un écran d'ordinateur pendant les entretiens, et faisait l'objet d'une partie des questions posées. Les entretiens ont été réalisés de façon semi-directive, à partir d'un guide composé de questions ouvertes (*voir Annexe 6*).

Les entretiens, après passation et enregistrement audio, ont ensuite été retranscrits en Français, puis analysés par la méthode de l'IPA. Les retranscriptions des entretiens ont été relues plusieurs fois et annotées de premiers commentaires. Ces derniers étaient regroupés en thèmes, qui résumaient l'idée essentielle véhiculée. Des liens ont été faits entre les thèmes, jusqu'à les regrouper en axes pour obtenir un ensemble décrivant le vécu des participants. La

synthèse des résultats a ensuite consisté en une description des différents axes et thèmes de façon ordonnée, accompagnée de matériel verbal illustrant chaque aspect.

Au fil de l'analyse, le chercheur s'est assuré de la cohérence de l'ensemble, en effectuant de nombreux allers-retours entre les données de l'analyse et le matériel. Lorsque de nouveaux thèmes émergeaient d'un entretien, un retour sur les retranscriptions précédentes était fait afin d'y rechercher des éléments s'intégrant dans ces thèmes et créer davantage de liens.

II. ARTICLE SCIENTIFIQUE

The role of food in family relationships amongst adolescents with bulimia nervosa: a qualitative study using photo-elicitation

Arthur Lecomte^{a,b}, Assia Zerrouk^{a,b}, Jordan Sibeoni^{c,d}, Anne Revah-Levy^{c,d}, Jonathan Lachal^{e,f,g}

^a *Université de Lorraine, 54000 Nancy, France*

^b *Centre Hospitalier de Jury, Maison des Adolescents de Metz, 57000 Metz, France*

^c *Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent, Argenteuil Hospital Centre, 95100 Argenteuil, France*

^d *ECSTRRA Team, UMR-1153, Inserm, Paris Diderot University, Sorbonne Paris Cité, Paris, France*

^e *AP-HP, Hôpital Cochin, Maison de Solenn, Paris, France*

^f *Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France*

^g *CESP, Fac. de médecine - Univ. Paris-Sud, Fac. de médecine - UVSQ, INSERM, Université Paris-Saclay, 94805, Villejuif, France*

Highlights

- Disarray about food is shared between parent and child
- Food is used as a means to lessen dependence to the parent
- The families of teenagers with bulimia nervosa do not avoid conflict
- Seating habits around the table are indicative of family functioning
- Bulimia nervosa creates a duality around food: it is both shared and intimate

Abstract

Bulimia nervosa (BN) is a serious psychiatric disorder, with potentially dangerous complications. Family relationships play an important role in the way the condition sets in or is perpetuated. The present study aims to better grasp the role of food in family interactions amongst teenagers with BN. Eleven interviews were carried out with five teenagers with BN aged from 16 to 18 and their parents, using photo-elicitation to carry out the qualitative investigation. A photograph of the table after a family meal, produced by the subject, was used as the basis for discussion. Interpretative Phenomenological Analysis was used to process the data. Our results were organised along two axes. The first describes the parent and child relationship (the sharing of disarray about food between parent and child, food and the issue of becoming autonomous, food as a catalyser of conflict amongst others). The second showcases relationships in the family as a group (the dining table as a likeness of family functioning, food at a crossroads between sharing and intimacy). Our study showed that the dynamics in these families present differences from those of teenagers with anorexia nervosa, which must be taken into account. It confirmed the necessity of a systemic approach in addition to individual therapy (centred on the managing of emotions), and the benefits of creating occasions of interaction which do not involve food to re-establish communication in the family relationships (including those with siblings).

Keywords: bulimia nervosa, family relationships, food, qualitative research, photo-elicitation

1. Introduction

Bulimia Nervosa (BN) is a psychiatric disorder with numerous, sometimes deadly consequences, mostly occurring as a result of purging behaviours [14]. Relatively common, with a twelve-month prevalence of 1%-1.5% among adolescent girls, it is most frequently found in older adolescence and young adulthood. As is the case for Anorexia Nervosa (AN), BN is far less common in boys as it is in adolescent girls: the female-to-male ratio is estimated at 10:1 [8]. A number of possible complications, and the frequent comorbidity with other psychiatric entities [6], often make treatment difficult, and requiring of a plurifocal approach. As a whole, eating disorders, and BN is no exception, need to be envisioned under a systemic angle, and family-based therapy is generally recommended [59].

Past studies have differentiated several family profiles depending on which eating disorder is studied; the parents of patients with BN described their families as "*more chaotic,*" "*less cohesive*" than those of teenagers with AN [60]. More detailed information on the systemic functioning is required in order to gain better insight into the proper course of action in terms of family therapy.

This study is a continuation of previous qualitative studies, which aimed to use qualitative research methods to better comprehend adolescent mental health, and have already examined the question of the role of food in family relationships in several adolescent populations: namely sufferers of obesity, AN, and teenagers without eating disorders [1–4]. This paper presents the results of a similar French study, focused on teenagers diagnosed with BN and their families. Being a qualitative study, it aims to form hypotheses in order to better understand the dynamics of these families, starting with the way they interact around food, hoping to find out which aspects both individual and familial therapy can be based on to maximise their efficiency.

The method used for this research is the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). It was chosen to conduct this research because of the insight it gives into the participants' inner world. It is based on verbal data and provides examinations of personal lived experience. [61]

All interviews were based on the photo-elicitation method, which is a visual narrative method. It involves using a photograph as a support during a research interview [56] and has been shown to have several advantages in adolescent mental health research: it induces the teenage participants' interest, plays the role of a mediator during interviews, and gives insight into the teenager's perspective [57,58,62]. Because photography has become a part of most teenagers' daily lives through social networking [63], it provides a familiar medium for research. In the case of our study, we found photo-elicitation made discussion easier and allowed a progression from factual, descriptive questions, to more personal ones.

2. Material and methods

2.1. Sampling and participants

Five families were recruited for the study. Five girls, three couples and two mothers (for a total of 11 interviews) were interviewed over a period of five months, at the local adolescent outpatient care center: the *Maison des Adolescents (House for Teenagers)* in Metz, a medium-sized city in France. All participating teenagers were patients receiving care at the facility, which is part of the larger public psychiatric care system for the general Metz area. (See Results, Table 2)

All participating teenagers were diagnosed with BN, according to the DSM-V criteria [64]. This excluded cases where bulimic behaviour occurred during an episode of AN.

This project is a continuation of a series of studies from our research team [1–4] regarding the role of food in family relationships among adolescents with obesity, AN, and without eating disorders, which has received approbation from the *Comité d'évaluation de l'éthique des projets de recherche biomédicale (CEERB) - IRB 00006477*, from GHU North Paris. The methods and location of interviews were the same as those involved in the AN study [3], the medical diagnosis of BN instead of AN being the only different parameter, thus remaining within the realm of what the research was approved for. The original studies [1–4] were part of the QUALIGRAMH (QUALitative Group of Research in Adolescent Mental

Health) research group; they were designed and directed by Pr Anne Revah-Levy (Paris, France).

As part of informed consent, it was explained that participants had a right to withdraw from the study at any time without any consequences on subsequent care in the facility, and that all data would be anonymised: as such, all the names and locations in data have been altered to preserve privacy. Permission to record interviews was obtained.

2.2. Data collection

After a first interview where the study was explained, and consent was received, all participating teenagers were asked to take a photograph, using their mobile phone camera, according to the following instructions:

"Please take a photograph of the table after a family meal. It must be taken before the table has been cleared out, with nobody visible in it, which means it must be taken after everyone has left the table. You can take as many pictures as you like, but you will have to pick a single one, which you will discuss with the researcher during the interview."

The selected photograph was displayed on a computer screen during the interviews and was the basis for the questions asked. Throughout the data collection interviews (which took place as soon as possible after a seven-day period of reflection), the researcher followed a pre-determined semi-directive interview schedule, which consisted in a series of open questions, designed to allow the discussion to branch out into neighbouring topics if needed. The photographs were neither stored or published.

The first questions invited participants to describe the photograph provided, and to comment on the meal in question. The following questions then explored the way meals generally unfolded, the significance of food and cooking in their respective families, and the part food played in the way the different family members relate to each other and interact. (Table 1)

All interviews took place in a consultation room located in the Maison des Adolescents, Metz facility. Teenagers were interviewed first; their parents followed either right after whenever possible, or at a later date (a few days later) when they were not available at the same time as their child. Two sets of parents were interviewed as a couple; one set was

interviewed separately, considering their long-separated situation; and the remaining two mothers were interviewed each alone.

Table 1: Outline of the interview schedule

- Description of the photograph provided by the participant ; how are people seated around the table?
- How is the meal prepared? Who decides what to eat, and how?
- Can you describe your emotions before, during, after this meal?
- Is eating with your family important, and why?
- Would you say eating is a pleasure, in your family? What is the importance of food in the family?
- How does your family react when you eat too little / more than usual?
- What are your memories about meals when you were younger?
- Could you describe members of your family and your relationship with them?
- Does your family talk about food? How?
- Is knowing how to cook important? Is the transmission of cooking in families important to you?

2.3. Analysis

All interviews were audio-recorded, and then transcribed verbatim in French, using word-processing software. The method used for analysis was IPA, in order to gain insight into the way participants viewed the different aspects revolving around the question of food and its role in their family relationships.

The interview transcripts were read several times each, annotated by following the text closely, and then coded in order to identify recurrent themes, which were then clustered into super-ordinate themes. Each study of the transcripts brought new themes to light, which were then studied in the previously analysed transcripts, the whole process being one of constant back and forth between the text, codes and themes.

Interviewing and transcription were performed by the same researcher (AL); analysis was done by two different researchers (AL and AKZ) to maximise result validity. Data saturation was obtained after analysis of the sample.

The verbatim accounts that have been chosen to illustrate the write-up of the analysis have been translated into English, attempting to convey the original tone of the speaker. Words have been added between brackets to provide context where needed. Three dots mean a pause in speaking; three bracketed dots mean part of the sentence has been taken out. All verbatim accounts have been anonymised.

3. Results

Table 2: Participants' characteristics

Teenager name	Sex	Age	BMI	Parental situation	Number of siblings	Other eating disordered in family	Parent interviewed
Sarah	Female	18	23	Concubinage	2	0	Mother and father
Caroline	Female	16	24	Separated	3	1	Mother and father (separately)
Aurélie	Female	17	23	Concubinage	1	0	Mother and father
Lisa	Female	18	22	Married	2	1	Mother
Manon	Female	17	33	Divorced	2	1	Mother

Thematic analysis found five themes, which can be clustered into two super-ordinate themes. The first one is centered around the relationship between parent and child. It includes the following themes: the sharing of disarray about food between parent and child; food and the issue of becoming autonomous; and food as a catalyser of conflict amongst others. The super-ordinate theme describes relationships in the family as a group. Its themes are the dining table as a likeness of family functioning; and lastly, the meal at a crossroads between sharing and intimacy. (Table 3)

The superordinate themes are similar to those found in previous studies, where some of the themes also find their match. Three themes are specific to teenagers with BN: these are displayed in italics in Table 3.

Table 3: Main themes

The relationship between parent and child	
<i>The sharing of disarray about food between parent and child</i>	Food is a source of suffering to the teenager, and to the parents through their child's illness
Food and the issue of becoming autonomous	Attempts to grow autonomous from the parents, and the managing of absence
<i>Food: a catalyser of conflict amongst others</i>	Conflict occurs about various topics, food is one of them
Relationships in the family as a group	
The dining table as a likeness of family functioning	Seating habits around the table are informative of family functioning
<i>Food at a crossroads between sharing and intimacy</i>	Two extremes of interaction that involve food

3.1. The relationship between parent and child

3.1.1. The sharing of disarray about food between parent and child

A painful relationship to food is a recurring theme in studies focused on eating disorders. In analysing the data, we discovered it was an issue not only in terms of what the eating disordered teenagers feel: to an extent, a similar suffering can be found in what the parents have to say. We found this theme to be specific to teenagers with BN and their families, having not been described in previous studies [1,3,4].

Some of the teenagers interviewed paint their relationship to food in a mostly negative light, barely admitting they can derive pleasure from it, said pleasure being, to them, part of their problem:

Interviewer: "And how important is food, in your family?"

Sarah: "Well, it's a pretty big deal, because, yeah, I have a family that likes eating, that's it... And um, I also like eating, but I don't want to admit it to myself, and I'm ashamed of it."

In turn, parents, perceiving these feelings of shame, adapt their behaviour in the kitchen to try and make things easier for their child, sometimes at the cost of frustration easing itself into what once was mostly a positive activity:

Sarah's mother: "Oh, there's been moments, yes, moments I told you "don't cook this" because of Sarah, and you said "ah, what a pain in the ass!" (laughs)"

Sarah's father: "Oh yeah, uh, I wanted to cook this, and she'd tell me "well, don't cook that, because..."

Sarah's mother: "Because she'll be tempted, um..."

Sarah's father: ""You're gonna tempt Sarah, and all..." What a pain in the ass!"

Indeed, loss of control (namely in the form of the binge-purge cycle) becomes a shared fear between parent and child, sometimes to the point that parents won't feel at ease leaving their teen alone, even for a short time:

Manon's mother: "Usually, I'm not here. Because she can cope when I'm here, but... All it takes is for me to go out for, I don't know, half an hour, one hour, to go, um... Because I have an appointment, or because... I have to run an errand, but she doesn't want to go out, or, er... Well, it's during that time she, um... she'll eat. So she'll phone me: "mum, I'm not feeling well, I threw up because I ate..."

This also plays out in the ways parents attempt to help regulate the teen's eating patterns. Some parents, in an attempt to lessen the teenager's unease, comply with their wishes to lose weight and suggest healthier food choices, even though they do not believe their child needs to lose weight.

Sarah's mother: "At some point she wanted to lose weight, and I... well I helped her lose weight, well, since she wanted to lose weight. So I avoided cooking things that could, um, since I knew it would be tempting for her, so there. I avoided cooking them."

Food regulation tactics sometimes go as far as to lock up food that might trigger a binge.

Aurélië's mother: "I even had to lock up a pantry, or else she'd empty, um, biscuit boxes, she wouldn't leave any for anyone else."

This is, in some cases, done at the teenager's request, when frequent binge-purge episodes drive them to ask their parents to intervene in their food intake:

Manon's mother: "She'd asked us to lock everything up so that she couldn't access it anymore."

The loss of control translates, to some of the parents, into a feeling of helplessness, when even grocery shopping, a necessary, everyday act, becomes what they perceive as a danger to their child, and a source of exasperation to themselves.

Aurélie's mother: "It's terrible, it's... I don't even know how to do the groceries anymore. [...] So in the end, I don't even... feel like buying things, actually, anymore. Well... I'm scared to buy any, actually, because..."

Aurélie's father: "It's gone straight away."

Aurélie's mother: "Yeah, I don't know how to manage it."

And yet, this goes against the very core of what some parents believe to be the right way to regulate (or not regulate) the teen's eating, as the same mother puts it:

Aurélie's mother: "They don't even have to ask me to help themselves to some food, to me it's free access... [...] To me, a bag of sweets, if the child is holding it, they can do whatever they please with it, actually."

It is worth noting that in our sample, out of five families, three of them included at least one family member with a history of disordered eating (other than the interviewed teenager) : Caroline's mother accounts for what, clinically, appears to be past AN, and still displays residual restrictive behaviour; Lisa and her mother discuss the father's decades-long struggle with BN (regrettably, he was not interviewed in the study); and Manon's mother suffers not only from lifelong avoidant restrictive food intake disorder, but also binge eating disorder she developed in her adult years. One of Lisa's older sisters also struggled with overeating, but no sibling in our study was identified as having an eating disorder, in terms of DSM-V criteria. Hence, the painful quality of the relationship to food is another common trait between these parents and their child.

Teens perceive the parent's eating disorder in various ways. For instance, Manon realises her mother's relationship with food might also be a problem:

Interviewer: "Would you say eating is a pleasure, in your family?"

Manon: "Um... I don't really know, actually. Because my mum, she also has bursts of binge eating... Non-purging ones..."

In another example, Lisa remembers growing up with a father she knew had BN, and describes the way it almost feels normalised to her, all the while never linking it to her own issues:

Lisa: "It's just that I noticed it when I was small, and um, I'd often ask my father... er, my mother, if my father was sick, and in the beginning she wouldn't answer much, and when I started growing older, she began to explain a little, and, um... Well, that's it. I've never really... paid attention, actually. It's never something that stuck in my mind, actually,

since I've always been used to it, that's... I kind of thought it was normal, actually, so, um..."

3.1.2. Food and the issue of becoming autonomous

Following one of the most commonly found themes throughout qualitative studies about the role of food in families, eating disordered or not [4], food is involved in the way teenagers attempt to gain autonomy or, contrarily, remain dependent from their parents, as is the case in AN [3].

Food is a way to convey love and affection through the essential nurturing parental role: feeding the child to express love, consuming the parent's food to accept said love. [1]

Caroline's father: "The fact that it's simmering, that means the person who makes it, generally, cooks it with love, because... it takes time..."

We found the role of food to be part of the matter of becoming autonomous and independent, from the child's perspective, when they associate it with having their own place to live in and cooking all of their meals on their own, something that isn't easily done in the context of BN and compensatory behaviour, when it involves trying to restrict their food intake. Nevertheless, replicating the parent's token recipes appeared to be of importance to most of the participants.

Lisa: "Since she thought I've started to grow older, she's already teaching me how to make, well... basic stuff, like, pasta or things like that, and um... So she taught me how to make it, so that, she told me if some evening I wanted to cook on my own, I could, and um... Well, now, I know it... It's always gone like that in my family, so that's something, that, well... We learn in the long run, I mean. [...] So now I know I'm moving out, I think I'm gonna ask her, um, for some advice sometime to cook a few meals, I mean."

On the parents' side, this reflects helping the teenager along the individuation process through teaching them how to cook:

Lisa's mother: "I know she talks with her stepdad, and at mealtimes, um... Well, Bernard, he's... he's used to it, actually, so he goes to cook, um... So sometimes, I tell him to wait, Manon wanted to see. So I get Manon, I tell her "listen, Bernard is cooking, if you wanna go see." So she goes, and they talk together, she... He shows her..."

The dynamics around food aren't the same according to who's partaking in the meal. As such, amongst our sample, fixing the evening meal is an almost exclusively parental task with the whole family present when it's time to eat. On the other hand, the midday meal sometimes takes place in the absence of the parents, meaning cooking becomes mandatory for the teenager who eats at home: managing the absence of the parent becomes a way, albeit obligatory in this case, to become self-reliant.

Caroline: "Well that depends if, for instance, when she[her mother]'s working, and I'm not working, well I'm the one who cooks."

Interviewer: "Okay. And how frequently does that occur, your having to cook?"

Caroline: "Well, it's often at noon. But in the evenings, she's often the one cooking."

This isn't always synonymous with satisfaction, as eating alone seems to be a negative, lonely experience in the eyes of three of the interviewed teenagers:

Interviewer: "Do you think eating with your family is important?"

Caroline: "Well, I think, um... When you're all alone, it's sad. [...] When nobody's eating with you, it's sad..."

Others would rather eat on their own, because their overall painful perception of the act of eating makes longer meals difficult. In this instance, the eating disorder seems to create a distance between teen and parent, because it pushes the teenager to cook on their own in order to avoid long confrontations to food during meals:

Interviewer: "And is eating with your family important to you?"

Manon: "No, because it takes a long time. I'd rather eat alone."

The way parental implication is perceived remains a great topic of ambivalence. On the one hand, it is unwelcome and viewed as intrusive:

Sarah: "I feel her gaze, um, over me. [...] I know that's not what it is, but I feel it... I feel like she's judging me, but... Well, I know it's just that she cares about me, and she doesn't want me to... but..."

Yet at the same time, when the parent chooses to ignore the disordered behaviour for one reason or another, it is a cause for distress on the teenager's part, as if the parent keeping a careful watch on their eating was a way to express love. This is displayed in the following example, in which Manon's mother expresses her views and the way she reacts to her daughter's compensatory behaviours, usually fasting in-between binges:

Manon's mother: "Well, I don't answer her blackmail, actually. I say, "Well listen, if you don't want to eat, don't eat." So she says, "Yeah, see, you don't actually give a damn if I eat or not, so I can very well stop eating, you don't care at all!" So I tell her, "Yes, I care, I'd rather you eat. But if it means I have to do this thing or that thing in return, then no, I don't agree.""

The link between parental attention and affection at mealtimes is sometimes obvious in the teenager's mind and speech:

Interviewer: "For instance, what makes you think they don't care?"

Caroline: "Well, because they won't take up, like, um... When I eat, eat, eat, they won't take it up. They won't tell me, "that's enough now, you've eaten too much"."

Interviewer: "And how can you tell your dad cares?"

Caroline: "Well, he, um... When I'm snacking, he'll tell me... He'll hold me back, he'll tell me... "Okay, but um, only, for instance, three biscuits.""

Interviewer: "So he says "OK" but gives you limits? How do you feel about that?"

Caroline: "Yes... I like that better."

3.1.3. Food: a catalyser of conflict amongst others

Food is involved in conflict in several ways: it is a trigger for conflict, a specific topic of conflict in itself, and a medium through which wider familial conflict plays out. The fact that these tensions are not limited to the realm of food is a theme that is specific to the teenagers with BN in our study.

One characteristic of the teenage participants in our sample is that all of them are subjected to great emotional reactivity, which is one of the reasons conflict can't be avoided most of the time, despite their reluctance to it and the way they wish they had a greater proximity and understanding in the relationship to their parents.

Lisa: "Since I know I tend to be very irritable in those moments [shared mealtimes], since I'm really anxious, well, I still try to... to withdraw so that it doesn't become, um, a big deal, and so that I don't ruin the moment, I mean."

As such, part of the fighting, be it about food or not, originates in the teenager's tendency to react strongly:

Manon's mother: "Before, when they were younger, systematically, it was Manon who went off... Because her brother or father had more food than her, it was... Like if the piece of meat was bigger, or things like that."

In our study, we found that some parents attempt to avoid conflict during mealtimes, but not necessarily outside of them.

Sarah's father: "We avoid at that time, of course, we avoid conflict, we avoid topics that... that could set things off."

Sarah's mother: "That's not what a meal is about."

Sarah's father: "That's not what a meal is about, no, indeed, also, um... Consciously, I know that... It's already happened that I didn't cook something I know she likes, but she'll refuse herself because, um, regarding her... her weight, or things like that... Usually, they're good moments."

Outside of meals, food remains a subject of discord, usually in an attempt to confront the teen about her damaging eating habits. Due to the painful nature of the topic in the teenager's mind, these conflicts are a major source of guilt and unease to them.

Aurélie's mother: "Actually, earlier she emptied a box of... a box of biscuits... So um, I saw it earlier, so I lectured her earlier. On that one she didn't say anything at all. She kept her head low, um, she wasn't saying anything."

Interviewer: "How do you think she felt?"

Aurélie's mother: "Some moments it's, I feel as if she's ashamed... And some moments it's as if she's mocking me, I mean."

Some parents don't hesitate to broach the subject of food when they feel it is needed during meals, in an attempt to help the teenager not lose control of their intake, at the cost of a fight oftentimes breaking out:

Manon's mother: "We'll get worked up sometimes, when she gets second helpings, according to what it is. I mean, if it's vegetables, I'll let her help herself, I won't say anything. Now, if it's meat again, or if I think it really is too much, then I'll tell her she must... she mustn't, that... she's gonna make herself sick, she's gonna feel unwell, she'll have to throw up, and when you throw up your sister doesn't feel well, she... she must... That I'd rather, at worst, if she... if she still wants to eat, she should get, um, yoghurt, stewed fruit, or... something that won't hurt her on the way out... rather than eating meat"

again... So it'll be a little... We... We'll confront each other, because I won't agree, so she'll still do it because she wants to..."

As opposed to what has been described in the families of AN sufferers, other topics are a cause for discord, and conflict is not strictly limited to (or overridden by) those about food.

Interviewer: "Is there conflict about subjects other than food?"

Sarah: "Yes. For instance the fact that I smoke pot, and my parents don't like it at all... That's a big topic of conflict... Um... The slightly contradictory fact that I'm not often at home... That my parents accuse me of not being often at home, when in fact I spend my days at home, actually... Because in the evening, actually, I usually sleep at my boyfriend's place, or my boyfriend comes over for the night... So I don't spend any time with them, and... But that's just the evening, and the rest of the day, I'm there."

Conversely, the topic of food and the disputes it creates, can also take a toll on the relationship between parents.

Manon's mother: "Well he [Manon's step-father], sometimes, um, well when she throws up, especially, when she makes herself throw up, he makes cheap remarks, um, that it's expensive, that it's a waste, that's it's, um... Those, I'm fed up with... And it's... I understand, that's true. But at the same time... She's not doing it on purpose."

3.2. Relationships in the family as a group

3.2.1. The dining table as a likeness of family functioning

The previous studies about the role of food in family relations of adolescents presenting AN [3] and those without an eating disorder [4] described the dining table as a representation of family functioning. In the AN group, this appeared in the form of a "photograph" frozen in time, involving immutability in the way the family was seated, an endless repeat of some kind of rite, where change was unwelcome. The non-disordered eating group, on the other hand, exhibited dynamism at mealtimes, which evoked the movement and creativity of a movie, where relationships could evolve.

In our study, we found that the way the family gathers around the table is somewhere in-between the two aforementioned studies. Seating is generally the same, out of practicality in all five families, but in some cases, it is intended to facilitate discussion:

Caroline's father: "Practical reasons, I was going to say. I have my back to the stove, so it's more practical to get the dishes, actually. That's it, simply put. Also, the two... Caroline and Justine are seated next to each other. This way I'm directly across from them, it makes chatting easier."

The way seats are attributed usually depends on who arrives first in the family, as it constructs or reconstructs:

Aurélie: "That's how it is. In the beginning, my mother and brother have always been there, and since I used to live at my father's place before, well I took the seat... that seat... the last seat."

Conversely, family members may also switch places in the occasion of a departure from the household, such as when the older siblings leave to live on their own:

Lisa's mother: "And my husband across from me, and afterwards the children, well since, um... As they arrived in the family, they were seated accordingly, I mean. Also, the little one was always right next to me, so that I could help her eat, and so on, I mean, so um... That's how we moved around, actually."

On occasion, the seating may vary according to the temporary absence of another family member:

Sarah's father: "Yes, usually, Sarah was on the right, usually that's my seat, but I'm not..."

Sarah's mother: "But when you're not here, she sits... Because usually she sits on the right side, but a bit farther. [...] Yes, she's there, she's on the right, but since we're not gonna leave her on the other... at the very back... She gets a little bit closer."

Meals are sometimes the only time of the day the whole family is gathered together, and it means there's a potential for tensions and escalation between the different family members; these conflicts are those of everyday life, and the way parents are seated around the table has the function of regulating interactions, for instance between siblings. The configuration of the table allows for diminishing tensions, while the different protagonists remain in their respective role.

Aurélie's mother: "Things go off real fast between Aurélie and Simon."

Aurélie's father: "That's why I'm seated here. This way, if they wanna fight..."

Aurélie's mother: "Because they fight, yes."

Interviewer: "You're positioned here so that you can separate them if they fight?"

Aurélie's father: "Well I think so, unconsciously, I think that's it. Mélanie is here because this way she can go in the kitchen, as we said... Simon is here, because he's next to his big sis... And I'm here, in the middle of them, so that if they wanna... I hold them back, I push my chair away, and there you go, I keep them from going through."

3.2.2. Food at a crossroads between sharing and intimacy

This theme is specific to the teenagers with BN in our study.

Family meals are described by all parents in our sample as a moment of togetherness (sometimes the only moment of the day where the family is reunited), and the preferred time to share and discuss around daily life.

Caroline's father: "Listen, to me, meals are, um... There's more dialogue during meals, if you will. A meal, that's a place for dialogue, actually. It's not so much about what's in the plate, it's really about the discussion around it. [...] I mean, everyone speaks up, I police things a little because someone cuts somebody off, and so on..."

The teenagers in our sample tend to view these meals as an important moment to be together, albeit not the only one of the day, which makes its significance less strong than what transpires in the parent's view.

Interviewed: "Do you think it's important to eat with your family?"

Sarah: "Not necessarily. I think... Yes, it's a bit of a privileged moment, but... You can do without, and spend other moments together, where food is not necessarily involved."

The cooking activity is sometimes another shared slice of time between the family members. In this regard, food is clearly used as a vector of love, from the one who cooks to the one who accepts it, regardless of where parent and teenager are positioned in this equation.

Interviewer: "What is it that makes her cooking different, that makes it your favourite?"

Manon: "Well I don't know. But... Maybe it's because she's my mother, actually, but... To me, it's best when she's the one cooking."

The meal and the whole process of preparation surrounding it (doing the groceries, cooking...) is also the occasion of transmitting family recipes, sharing knowledge, the pleasurable experience of eating, and sometimes remembering those they hold dear.

Manon's mother: "That's to say, we'll talk about... For instance, when Bernard cooks something, I'll very well say "Grandma used to cook this, but with, um... With potatoes like that, she'd add Bibeleskäs, or she'd season by adding a... a little chives in it, or..." We talk about people... ancestors, she [Manon] used to know. And thus, she cares very much about these people."

On the opposite end of this spectrum, eating alone in the context of BN is all about intimacy and secrecy. The interviewed teenagers describe a vicious circle of shame and loneliness, where they isolate themselves from their family so that no one finds out they had yet another fit of binge eating:

Sarah: "Usually, I don't have meals alone, actually, the only occasions where I actually eat is when I binge, so... I... I don't keep anything down, in the end, and when I binge I'm alone in my room, sometimes my cats are here... But I try... I isolate myself as much as I can, and I even make sure there's nobody on the floor I am on, so that they don't hear me."

At the same time, loss of control around food, which acts as a way to regulate emotions, most often occurs precisely in those moments of withdrawal:

Lisa: "It's often in the evening when I'm all alone in my room, and I can't think of anything else, and it's stuck in my mind, actually, it's... So in these moments, I get something else to eat, then I go again, and then I go again, and well... It won't stop until I go to sleep, I mean, so um..."

Isolation also occurs when physically present around the dining table. This can stem from the fact that meals fill patients with anxiety, which prevents them from joining the discussion:

Sarah: "I see the others are really exchanging a lot, in touch with one another, and I really have trouble taking part in conversations."

Another case is when the negative feelings that accompany the act of eating surrounded by other people (more precisely, the possibility of being watched and judged while eating, in the teenager's mind) push the teenager to be done with it as soon as possible, and to subsequently leave the table, limiting the time spent together:

Lisa: "I know if I take my time eating, I'll stay with them longer, so there's more of a possibility that they'll look at my plate, so I really try to do it as fast as possible, I mean, so um... Sometimes I'll eat in three minutes and it'll be over, I mean."

Parents do not fail to notice this, and link it to how fast their child is eating:

Sarah's mother: "The way she eats, it really is "I'm done with it as soon as possible". It's... I think that's often a chore, to her, the meal."

Despite this, the teenager's words echo their longing to spend more time with their family, in contrast to their own behaviour:

Sarah: "I'd just like to spend some time with them and chat, um, nothing fantastic, but really just, um, that's it, to be together... Just to be together, yeah."

Regarding exchange and aloofness, one important theme is that most of the participants involved, teenagers and parents alike, feel the need for more communication, which is, during our interviews, expressed through the lens of food and eating disorders.

Interviewer: "You mean you'd like the meals to last longer?"

Caroline's father: "Well yeah, I'd like... I'd like to exchange a bit more. But well, at some point, I see that, it's... over... Well, that's it..."

Teenagers feel victimised by the fact that their parents tend to talk about the disordered eating amongst themselves instead of involving their child in such discussions. To the teenager, it feels as if the parents are making the topic a taboo. This could indicate the patients feel the need, at least on an unconscious level, to discuss these issues with their parents.

Sarah: "I wonder why they simply don't... talk about it, um, directly with me, um... Especially since well, it could, I could answer them directly, I could know the mind of my father, who... who doesn't really communicate with me..."

4. Discussion

The aim of this paper was to better grasp the role of food in family relationships among teenagers suffering from BN and their families. The analysis revealed two superordinate themes, which are the relationship between parent and child, and the relationships in the family as a group. These superordinate themes were very similar to those found in the previous studies about obesity [1], AN [3] and its continuation comparing the results to those of teenagers without eating disorders [4].

The first super-ordinate theme starts by detailing how the disarray about food, which is characteristic of eating disorders, is shared between parents and child in cases of BN, and we found this theme to be specific to the disorder. Loss of control is feared not only by the patient, but also by the parents. Adding to their feeling of hopelessness, is the violence of the act of binge eating, and especially purging in the form of vomiting. Parents are most often aware of the guilt their child feels because of this behaviour.

As a result, not only the meals, but also their child's eating as a whole, once purely a vector of love and a source of shared pleasure, becomes a source of anxiety, as they sometimes show great care to look for and spot the purging habits, even though they can't change anything about them, adding again to that hopelessness.

Parents usually try to confront their child about the purging, and quickly realise two things: how guilty the teenager feels towards these behaviours, and how confrontation not only is useless, but also adds to that guilt and shame. Parents then tend to stick to trying to help regulating the child's intake, with or without their cooperation: these attempts to help take many forms, in more or less extreme ways, from letting the teenager know when they notice they're eating too much, to locking up anything they might binge on. They might even go along with the child's wishes to lose weight, even though they don't feel it is needed, in order to minimise the risk of bingeing and purging. This doesn't mean they condone their child's behaviour; they are merely setting clear limits to try and keep things from getting out of control. Throughout the different interviews we conducted, parental posture remains appropriate and coherent. This is contrary to what was observed in the AN study, where parents couldn't maintain a firm posture, and food betrayed inadequate positioning in terms of parent and child roles. [3]

The fact that three families out of five include a parent who also suffers from an eating disorder (and thus, have one more reason to share the teen's unease about food) has some degree of significance, and falls in line with past studies about the heritability of eating disorders [43,45,65]. It goes on to show the suffering, when it comes to food, is shared between the teen and the ill parent, and the same way of thinking can be extended to parents without an eating disorder, something that didn't come to light in the study involving the families of teenagers with AN [3].

Our analysis goes on to show how food is used as a means to lessen dependence to the parent. This topic is especially important in regard to the idea of gaining autonomy, where teenagers evoked the possibility of cooking on their own as something through which they felt closer to leaving the parental household, as young adults (as opposed to teenagers with AN, where food pushed to reinforce dependency to the parent instead [3]). While this is nothing specific to eating disordered teenagers [4], what our sample patients tell us is (despite their disordered eating pushing them to distance themselves from their parents by learning to be more self-sufficient in regard to food) how gaining autonomy can be a difficult experience to them, the same way it is hard for their parents to watch it happen. [66] This is congruent with literature when it says BN stems in an insecure link to the parent, which then morphs into a dependency-based relation, to which bulimic behaviour is an answer when independence starts to become a reality [9]. The difference between BN and AN, when it comes to how both disorders fail to allow real self-sufficiency, is in the fact that adolescents with BN tend to rush too fast through the independence process; those with AN delay this process.

Even though this divergence in eating establishes a difference between the teen and her family, the parental anxiety and subsequent watchfulness it creates results in the impossibility to distance themselves from one another. Ambivalence is also present in the way these teenagers view the parental scrutiny, which is after all an attempt to help them: though they may suffer from the fact that their parent is attentive to their eating, they tend to see an absence of parental attention as being even worse, because they are in need of a limit (which comes from the parent) able to suppress their own ambivalence. This is different from what can be observed in cases of AN, where the illness creates a state of fake well-being, as food obsession oftentimes fills up enough psychic space to mask other sources of anxiety [67]: BN doesn't even leave its sufferers that small comfort, as everything about it is painfully lucid and

guilt-ridden. This could explain why parental help tends to be better received in this case, though still a source of inner turmoil.

Our third theme showcases how food plays the role of a spark that ignites a fire in conflicts, even though these are not limited to the topic of eating. Though the will to avoid conflict is present, as described by authors [66], it does not stand long in front of the displays of emotional reactivity from the patient.

Indeed, it was deduced from clinical observation that all patients in our sample present significant impulsive behaviour. This is markedly different from the patients participating in the previous study about AN, in which teenagers didn't display such reactivity ; instead, all attempts at opposition played out through the issue of food. [3]

Regarding the way conflict plays out in our own sample participants, politics vary across families: some attempt to exclude disputes from mealtimes, instead choosing to confront each other at other times; others are made to tackle issues during the meal, including when the problem involves food.

This is another of the differences our study found between teenagers with BN and those with AN: it was described in the families of AN sufferers that food has the function of crystallising all family conflicts, effectively displacing them and covering them up, in congruence with the idea that these families do not accept the idea of being at war. [3] Contrarily, the families of teenagers with BN do not avoid conflict.

The nature of the relationship between parents must also be considered. In accordance with literature [46,60], in our sample, BN occurs in families where the notion of parental separation, whether past, present or having been seriously considered at some point, exists (involving violent conflict in some cases): this applies to four out of the five families interviewed (see Table 1).

Albeit it might seem so at first glance, there is no real immutability in the way the dining table tells a story about family functioning in our sample families: instead, it is marked by changes that reflect the presence and absence of family members, namely the vacant spaces left, one by one, by older siblings, as they leave the household to live their life. In most cases and compared to AN, BN appears at a later age in adolescence [22], at the dawn of early adulthood: a stark contrast to the static quality of families with AN, frozen in time [3].

To keep up with the metaphor of the table as a photograph in the families of AN sufferers, a movie in the case of teenagers without eating disorders, then in the event of patients with BN, one could evoke a dynamic akin to a comic book, with its relative and brief stillness that still allows for change and dynamism, albeit oftentimes in explosive ways.

The last theme revolves around the two extremes of interaction food is situated at. Eating and cooking with other family members inspires a sense of exchange and sharing, be it through discussion around a meal, or learning to make a favourite dish a long-gone loved one used to prepare. On the other hand, eating alone, whether it's a meal taken in the absence of others, or a binge that will or will not be followed by vomiting, is shrouded in secrecy and loneliness. This duality is also specific to BN.

A majority of participants indicate they feel a need for more communication, generally speaking. This seems to indicate how much of a toll that forced exile is taking on family relations.

It should be noted that isolation extends to outside the family. The realm of relationships described by the participants during the interviews doesn't leave much room to include social links outside of the family; the only such ties mentioned are passing comments about the boyfriend of one interviewed teenager, and the boyfriend and best friend of another. No other mention of friends or eating around friends is made.

Our study allowed us to better grasp the inner world of both patients and parents in the participating families. The results confirm that AN and BN are indeed the two polar sides of one single clinical spectrum [12], and many of the themes found in studies are the same [3]; but their expression in terms of symptomatology is very different, their family dynamics aren't the same, and the specificities must be taken into account for effective treatment.

Where it was easy to pit characteristics of our sample families with these of teenagers with AN, considering the disorders are two sides of the same coin, it is harder to relate our results to those found in the families of obese teenagers, because there isn't so clear a link. Indeed, the study centred on the latter shows food as a third party used to manage the distance between parent and child, and the role of nurturance was especially present. [1] This still allows for a certain degree of cohesion in the family, which can be opposed to the ambient chaos in the families of teenagers with BN we interviewed, where conflict is a common

occurrence. The conclusion which can be drawn from this, is how different obesity and BN are, in terms of family dynamics and psychopathology, even though they might seem similar at first glance.

BN is an isolating disorder, especially in families where meals are the only real moment spent together. Creating more occasions of interaction (involving not only the child and parents, but also siblings) that aren't cemented in eating, like some of the teenagers in our study point out, could be a start in the process of breaking that cycle. Our study shows family-based therapy remains a pivotal addition to individual therapy (mostly based on the managing of emotions through means other than food or self-harming behaviours) in the treatment of BN, by cutting off some of the factors that perpetuate the disorder: lessening isolation, re-establishing communication about food in non-harmful ways, instating more security in the parent-child relationship, in order to help parents help their children.

Study limitations

No boys were included in the study, because not one was found amongst the patients receiving care from the practitioners involved at the time of recruiting. A subsequent study on the same premises, focusing on male patients, could be an interesting prospect to work with in the future, for comparison.

Furthermore, not every parent could be interviewed, as one father and one father-in-law weren't available at the time; nevertheless, it could be argued that this allows for a better understanding of the point of view of the two mothers involved, because interviewing parents as a couple doesn't yield the same results as talking with them each alone.

Moreover, it can be argued that screening the patients in our sample for personality disorders would have been relevant: these clinical entities are described in literature as frequently comorbid with eating disorders [19], and diagnosis would have allowed us to study more precisely the influence of personality disorders on our findings.

Acknowledgements

We would like to thank the adolescents and parents who agreed to take part in this study, without whom this work would have never been possible.

Conflicts of interest

The authors declare they have no conflicts of interest regarding this study, or the writing and publishing of this article.

References

- [1] Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa – medical complications. *J Eat Disord* 2015;3. doi:10.1186/s40337-015-0044-4.
- [2] American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. DSM- 5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5th ed., Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015, p. 1176.
- [3] Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:714–23. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
- [4] Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013;46:3–11. doi:10.1002/eat.22042.
- [5] Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag* 2017;10:305–12. doi:10.2147/PRBM.S145463.
- [6] Lachal J, Speranza M, Taïeb O, Falissard B, Lefèvre H, Moro M-R, et al. Qualitative research using photo-elicitation to explore the role of food in family relationships among obese adolescents. *Appetite* 2012;58:1099–105. doi:10.1016/j.appet.2012.02.045.
- [7] Sibeoni J, Zerrouk AK, Orri M, Lachal J, a 1 Q, Moro MR, et al. Nourriture et relations familiales chez des adolescents avec et sans anorexie mentale : une étude qualitative par Photo-elicitation. /data/revues/00034487/unassign/S0003448714000699/ 2014.
- [8] Zerrouk AK, Sibeoni J, Blanchard B, Lachal J, Taïeb O, Moro MR, et al. Place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative par la photographie, The place of food in family relations of adolescents presenting an anorexia nervosa: A qualitative study by means of photography. *La psychiatrie de l'enfant* 2014;57:631–80. doi:10.3917/psy.572.0631.
- [9] Ramalho J de AM, Lachal J, Bucher-Maluschke JSNF, Moro M-R, Revah-Levy A. A qualitative study of the role of food in family relationships: An insight into the families of Brazilian obese adolescents using photo elicitation. *Appetite* 2016;96:539–45. doi:10.1016/j.appet.2015.10.023.
- [10] Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *Br J Pain* 2015;9:41–2. doi:10.1177/2049463714541642.
- [11] Harper D. Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual Studies* 2002;17:13–26. doi:10.1080/14725860220137345.
- [12] Sibeoni J, Costa-Drolon E, Poulmarc'h L, Colin S, Valentin M, Pradère J, et al. Photo-elicitation with adolescents in qualitative research: an example of its use in exploring family interactions in adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11. doi:10.1186/s13034-017-0186-z.

- [13] Kirk S. Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2007;44:1250–60. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.015.
- [14] Yi-Frazier JP, Cochrane K, Mitrovich C, Pascual M, Buscaino E, Eaton L, et al. Using Instagram as a Modified Application of Photovoice for Storytelling and Sharing in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Qual Health Res* 2015;25:1372–82. doi:10.1177/1049732315583282.
- [15] Social Media, Social Life: How Teens View Their Digital Lives | Common Sense Media n.d. <https://www.commonsensemedia.org/research/social-media-social-life-how-teens-view-their-digital-lives> (accessed September 22, 2018).
- [16] American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. *DSM- 5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition*. Issy-lesMoulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1176 p, n.d.
- [17] Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Curr Top Behav Neurosci* 2011;6:141–56. doi:10.1007/7854_2010_91.
- [18] Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 1998;44:1210–8.
- [19] Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, et al. Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989;146:1468–71. doi:10.1176/ajp.146.11.1468.
- [20] Carraz J. *Anorexie et boulimie : approche dialectique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
- [21] Guelfi J-D, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. 3e édition. S.l.: Elsevier Masson; 2017.
- [22] Lloyd EC, Haase AM, Verplanken B. Anxiety and the development and maintenance of anorexia nervosa: protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2018;7. doi:10.1186/s13643-018-0685-x.
- [23] Igoin-Apfelbaum L. Characteristics of family background in bulimia. *Psychother Psychosom* 1985;43:161–7. doi:10.1159/000287874.
- [24] Foulon C, Samuel-Lajeunesse B. *Les conduites alimentaires*. Paris: Elsevier Masson; 2000.
- [25] Andersen AE. Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care* 1983;4:15–21. doi:10.1016/S0197-0070(83)80222-8.
- [26] Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review* 2005;25:895–916. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.012.

III. CONCLUSION

La synthèse des résultats regroupait les données de l'analyse selon deux axes. Le premier décrit la relation entre parent et enfant (le partage du désarroi par rapport à la nourriture, la nourriture et les enjeux d'autonomisation, la nourriture comme un catalyseur de conflit parmi d'autres). Le second présente les relations dans la famille en tant que groupe (la table en tant qu'image du fonctionnement familial, la nourriture entre le partage et l'intimité). Notre étude a montré que la dynamique dans ces familles présente des différences avec celles d'adolescents présentant une anorexie mentale.

La dynamique des familles interrogées dans notre étude coïncide avec les données de la littérature. En particulier, une ambiance familiale conflictuelle est décrite par la plupart de nos participants, avec des altercations autour de thèmes qui incluent, mais ne se limitent pas à l'alimentation (par opposition aux familles d'adolescents souffrant d'anorexie mentale). La posture des parents vis-à-vis des enfants reste cependant cohérente, avec l'existence de limites.

Les thèmes retrouvés dans notre étude confirment l'existence d'un même spectre dont les extrémités sont l'anorexie et la boulimie. Une multitude d'expressions cliniques est possible entre ces deux versants, représentant différentes traductions symptomatiques d'une problématique similaire sur le fond, mais pas la forme. Ceci implique que les moyens thérapeutiques habituellement employés pour traiter l'anorexie mentale peuvent, sous réserve d'adaptation et en tenant compte des spécificités de la boulimie, avoir une certaine efficacité sur cette dernière.

La question des enjeux liés à l'autonomisation reste centrale, dans la continuité du processus de séparation-individuation imparfaitement réalisé. La façon dont cette autonomisation échoue est différente selon le trouble présenté : les adolescentes boulimiques interrogées au cours de notre étude cherchent à se détacher rapidement des parents, quitte à brûler les étapes ; alors que l'étude qui s'intéresse aux adolescentes anorexiques montre que celles-ci ralentissent ce processus [3]. La nourriture reste le moyen par lequel les adolescents, pour s'autonomiser, appuient soit sur l'accélérateur, soit sur le frein.

L'ampleur des enjeux d'autonomisation dans la symptomatologie laisse supposer que l'abord individuel aura lui aussi toute son importance, notamment en effectuant un travail sur

la gestion émotionnelle, mais aussi sur l'estime de soi, souvent très dégradée chez ces patients, et intimement liée aux symptômes dépressifs [68].

La difficulté à contrôler les émotions semblait être une composante commune aux adolescentes recrutées dans notre étude. En effet, l'observation clinique nous a permis de constater que chacune d'elle présentait des traits de personnalité pathologiques issus du cluster B et/ou des comportements impulsifs. Comme nous l'avons évoqué dans notre travail, ceci constitue une différence fondamentale avec ce qui a pu être observé chez les adolescentes souffrant d'anorexie mentale recrutées dans une précédente étude. [3]

Cette fréquente comorbidité de la boulimie avec les troubles de la personnalité (en particulier ceux du cluster B) était une caractéristique retrouvée dans la littérature [20]. Il est essentiel de prendre en compte cet aspect dans le traitement du trouble (individuel comme systémique), en particulier dans la mesure où celui-ci tient un rôle de régulateur émotionnel [69,70], et que le trouble de la personnalité du cluster B alimente justement les difficultés de gestion des émotions [8], ce qui en fait à la fois une fondation et un facteur de pérennisation du trouble alimentaire. On évoquera par exemple des approches inspirées de la thérapie dialectique de Linehan, initialement construites pour le traitement du trouble de la personnalité de type borderline [71,72], qui ont pu être adaptées spécifiquement à la boulimie [73].

Dans notre étude, l'évocation de traits de personnalité pathologique a été faite d'après l'observation clinique ; on peut regretter que la passation d'échelles spécifiques n'ait pas été proposée. Ceci pourrait être un outil supplémentaire dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, pour mieux adapter la thérapie en fonction des traits de personnalité prédominants.

Le versant familial de la prise en charge pourra s'attacher à désamorcer les conflits en favorisant la communication, et à tempérer la rapidité avec laquelle les adolescents se détachent des parents, pour permettre un meilleur déroulement du processus d'individuation. Comparée à l'anorexie mentale, la boulimie présente la particularité d'être égodystonique dans son vécu, et notre étude relève la perception de cette souffrance par les parents. Ceci peut constituer un outil thérapeutique qui favorise l'adhésion de l'adolescent et des parents dans une prise en charge. On notera que le soin au niveau familial devra également tenir compte d'éventuels troubles du comportement alimentaire présents ou passés chez les parents, ceux-ci pouvant jouer un rôle dans l'altération de la dynamique familiale.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Lachal J, Speranza M, Taïeb O, Falissard B, Lefèvre H, Moro M-R, et al. Qualitative research using photo-elicitation to explore the role of food in family relationships among obese adolescents. *Appetite* 2012;58:1099–105. doi:10.1016/j.appet.2012.02.045.
- [2] Ramalho J de AM, Lachal J, Bucher-Maluschke JSNF, Moro M-R, Revah-Levy A. A qualitative study of the role of food in family relationships: An insight into the families of Brazilian obese adolescents using photo elicitation. *Appetite* 2016;96:539–45. doi:10.1016/j.appet.2015.10.023.
- [3] Zerrouk AK, Sibeoni J, Blanchard B, Lachal J, Taïeb O, Moro MR, et al. Place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une anorexie mentale : étude qualitative par la photographie, The place of food in family relations of adolescents presenting an anorexia nervosa: A qualitative study by means of photography. *La psychiatrie de l'enfant* 2014;57:631–80. doi:10.3917/psy.572.0631.
- [4] Sibeoni J, Zerrouk AK, Orri M, Lachal J, a 1 Q, Moro MR, et al. Nourriture et relations familiales chez des adolescents avec et sans anorexie mentale : une étude qualitative par Photo-elicitation. /data/revues/00034487/unassign/S0003448714000699/ 2014.
- [5] Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383–96. doi:10.1002/eat.10222.
- [6] Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:714–23. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
- [7] Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:426–30. doi:10.1097/YCO.000000000000113.
- [8] American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. DSM- 5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5th ed., Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015, p. 1176.
- [9] Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 3e édition. S.l.: Elsevier Masson; 2017.
- [10] Wildes JE, Marcus MD. Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: three models and their implications for research and clinical practice. *Int J Eat Disord* 2013;46:396–403. doi:10.1002/eat.22091.
- [11] Holm-Denoma JM, Richey JA, Joiner TE. The latent structure of dietary restraint, body dissatisfaction, and drive for thinness: a series of taxometric analyses. *Psychol Assess* 2010;22:788–97. doi:10.1037/a0020132.
- [12] Andersen AE. Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care* 1983;4:15–21. doi:10.1016/S0197-0070(83)80222-8.
- [13] Chabrol H. L'anorexie et la boulimie de l'adolescente. Presses univ. de France; 2004.
- [14] Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa – medical complications. *J Eat Disord* 2015;3. doi:10.1186/s40337-015-0044-4.
- [15] Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724–31. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- [16] Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148:1627–37. doi:10.1176/ajp.148.12.1627.
- [17] Meule A, Rezori V von, Blechert J. Food Addiction and Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 2014;22:331–7. doi:10.1002/erv.2306.
- [18] Hansen S. Conceptualizing Bulimia as Addiction: A Resident's Personal Experience. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal* 2016;11:6–8. doi:10.1176/appi.ajp-rj.2016.110804.
- [19] Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review* 2005;25:895–916. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.012.
- [20] Farstad SM, McGeown LM, von Ranson KM. Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2016;46:91–105. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.005.
- [21] Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429–48.
- [22] Foulon C, Samuel-Lajeunesse B. Les conduites alimentaires. Paris: Elsevier Masson; 2000.
- [23] Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2008.

- [24] Glasofer D, J Devlin M. Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy (Chicago, Ill)* 2013;50:537–42. doi:10.1037/a0031939.
- [25] Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, et al. A Randomized Controlled Comparison of Integrative Cognitive-Affective Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy-Enhanced for Bulimia Nervosa. *Psychol Med* 2014;44:543–53. doi:10.1017/S0033291713001098.
- [26] Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:459–66. doi:10.1001/archpsyc.57.5.459.
- [27] Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian J Psychiatry* 2010;52:174–86. doi:10.4103/0019-5545.64596.
- [28] Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, et al. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154:523–31. doi:10.1176/ajp.154.4.523.
- [29] Le Grange D, Lock J. Bulimia nervosa in adolescents: Treatment, eating pathology, and comorbidity. *South African Psychiatry Review* 2002;5:19–22.
- [30] Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:11–6. doi:10.2147/AHMT.S135326.
- [31] Corcos M, Jeammet P. Eating disorders: psychodynamic approach and practice. *Biomed Pharmacother* 2001;55:479–88.
- [32] Murray SB, Le Grange D. Family Therapy for Adolescent Eating Disorders: An Update. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:447. doi:10.1007/s11920-014-0447-y.
- [33] Dallos R, Draper R. *An Introduction To Family Therapy: Systemic Theory And Practice*. 2nd Revised edition. Open University Press; 2005.
- [34] Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy* 2009;31:3–45. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x.
- [35] Shugar G, Krueger S. Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1995;17:23–31. doi:10.1002/1098-108X(199501)17:1<23::AID-EAT2260170103>3.0.CO;2-8.
- [36] Brusset B, Widlôcher D, Collectif. *Sciences de l’homme : L’assiette et le miroir, l’anorexie mentale de l’enfant et de l’adolescent*. 7e Revue et augmentée. Privat; 1991.
- [37] Hochschild A. *Ideas of care: traditionnal postmodern, cold-modern, and warmmodern*. Families in the U.S.: Kinship and Domestic Politics. 1st US-1st Printing edition, Philadelphia, Pa: Temple University Press; 1998.
- [38] Laplanche J. *Nouveaux fondements pour la psychanalyse - La séduction originaire*. 3e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2016.
- [39] Jeammet P. *Anorexie. Boulimie: Les paradoxes de l’adolescence*. Fayard; 2013.
- [40] Winnicott DW, Stronck-Robert A. *L’Enfant et sa Famille*. Paris: Payot; 1975.
- [41] Kaplan EB. Using Food as a Metaphor for Care: Middle-School Kids Talk about Family, School, and Class Relationships. *Journal of Contemporary Ethnography* 2000;29:474–509. doi:10.1177/089124100029004003.
- [42] Wong OL. Meaning of food in childhood obesity: an exploratory study in a chinese family context. *Soc Work Health Care* 2010;49:362–77. doi:10.1080/00981380903212149.
- [43] Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, et al. Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989;146:1468–71. doi:10.1176/ajp.146.11.1468.
- [44] Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The Heritability of Eating Disorders: Methods and Current Findings. *Curr Top Behav Neurosci* 2011;6:141–56. doi:10.1007/7854_2010_91.
- [45] Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 1998;44:1210–8.
- [46] Igoin-Apfelbaum L. Characteristics of family background in bulimia. *Psychother Psychosom* 1985;43:161–7. doi:10.1159/000287874.
- [47] Sysko R, Ojserkis R, Schebendach J, Evans SM, Hildebrandt T, Walsh BT. Impulsivity and test meal intake among women with bulimia nervosa. *Appetite* 2017;112:1–8. doi:10.1016/j.appet.2017.01.005.
- [48] Merlotti E, Mucci A, Volpe U, Montefusco V, Monteleone P, Bucci P, et al. Impulsiveness in patients with bulimia nervosa: electrophysiological evidence of reduced inhibitory control. *Neuropsychobiology* 2013;68:116–23. doi:10.1159/000352016.
- [49] Fahy T, Eisler I. Impulsivity and Eating Disorders. *The British Journal of Psychiatry* 1993;162:193–7. doi:10.1192/bjp.162.2.193.

- [50] Newton JR, Freeman CP, Munro J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993;87:389–94. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03393.x.
- [51] Grant JE, Chamberlain SR. Symptom severity and its clinical correlates in kleptomania. *Ann Clin Psychiatry* 2018;30:97–101.
- [52] Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42–5.
- [53] Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? *Recherches qualitatives* 2006;26:32–50.
- [54] Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Transaction; 1967.
- [55] Smith JA, editor. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Second edition. Los Angeles, Calif: SAGE Publications Ltd; 2007.
- [56] Harper D. Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual Studies* 2002;17:13–26. doi:10.1080/14725860220137345.
- [57] Kirk S. Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2007;44:1250–60. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.015.
- [58] Sibeoni J, Costa-Drolon E, Poulmarc'h L, Colin S, Valentin M, Pradère J, et al. Photo-elicitation with adolescents in qualitative research: an example of its use in exploring family interactions in adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11. doi:10.1186/s13034-017-0186-z.
- [59] Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013;46:3–11. doi:10.1002/eat.22042.
- [60] Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag* 2017;10:305–12. doi:10.2147/PRBM.S145463.
- [61] Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *Br J Pain* 2015;9:41–2. doi:10.1177/2049463714541642.
- [62] Yi-Frazier JP, Cochrane K, Mitrovich C, Pascual M, Buscaino E, Eaton L, et al. Using Instagram as a Modified Application of Photovoice for Storytelling and Sharing in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Qual Health Res* 2015;25:1372–82. doi:10.1177/1049732315583282.
- [63] Social Media, Social Life: How Teens View Their Digital Lives | Common Sense Media n.d. <https://www.commonsensemedia.org/research/social-media-social-life-how-teens-view-their-digital-lives> (accessed September 22, 2018).
- [64] American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. *DSM- 5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition*. Issy-lesMoulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1176 p, n.d.
- [65] Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Curr Top Behav Neurosci* 2011;6:141–56. doi:10.1007/7854_2010_91.
- [66] Carraz J. *Anorexie et boulimie : approche dialectique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
- [67] Lloyd EC, Haase AM, Verplanken B. Anxiety and the development and maintenance of anorexia nervosa: protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2018;7. doi:10.1186/s13643-018-0685-x.
- [68] Valenzuela F, Lock J, Grange DL, Bohon C. Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2018;26:253–8. doi:10.1002/erv.2582.
- [69] Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010;30:217–37. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- [70] Sim L, Zeman J. Emotion Regulation Factors as Mediators Between Body Dissatisfaction and Bulimic Symptoms in Early Adolescent Girls. *The Journal of Early Adolescence* 2005;25:478–96. doi:10.1177/0272431605279838.
- [71] Linchan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- [72] Linchan MM. Dialectical Behavioral Therapy: A Cognitive Behavioral Approach to Parasuicide. *Journal of Personality Disorders* 1987;1:328–33. doi:10.1521/pedi.1987.1.4.328.
- [73] Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *AJP* 2001;158:632–4. doi:10.1176/appi.ajp.158.4.632.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Fiche de Recueil Socio-Démographique

Etude qualitative par la photographie de la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie

▪ Identification :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

▪ Adresse :

L'ADOLESCENT :

▪ **Age :** ____ ans

▪ **Sexe :** Masculin
 Féminin

▪ **Poids :** ____ kg

▪ **Taille :** ____ cm

▪ **IMC :** ____ kg/m²

▪ Scolarité / Niveau d'études :

▪ Histoire pondérale :

Poids de naissance : ____ kg

à 3 ans : ____ kg

à 5 ans : ____ kg

à 10 ans : ____ kg

à 12 ans : ____ kg

à 15 ans : ____ kg

LA FAMILLE :

▪ Nombre de personnes vivant au domicile principal de l'adolescent et leurs liens avec lui (parents, frère, sœur, beaux-parents...) :

▪ Situation parentale : Les parents sont :

Mariés Séparés Divorcés Veuf Famille recomposée

Préciser si besoin :

- Fratrie : Nombre de frères et sœurs, sexe et âge

- Catégorie socio-professionnelle des parents :

Père :

- Agriculteurs Artisans Employés Commerçants / chefs d'entreprises
 Professions intermédiaires Cadres / Professions intellectuelles supérieures
 Ouvriers Chômeur Retraité Etudiant Autre : _____

Mère :

- Agriculteurs Artisans Employés Commerçants / chefs d'entreprises
 Professions intermédiaires Cadres / Professions intellectuelles supérieures
 Ouvriers Chômeur Retraité Etudiant Autre : _____

- Niveau d'études des parents :

Père :

- Primaire
 Secondaire Collège
 Lycée
 Tertiaire Etudes supérieures < 3 ans
 Etudes supérieures ≥ 3 ans

Mère :

- Primaire
 Secondaire Collège
 Lycée
 Tertiaire Etudes supérieures < 3 ans
 Etudes supérieures ≥ 3 ans

- Langue(s) parlée(s) à la maison :

- Présence d'autres personnes présentant un problème de comportement alimentaire au domicile :

TITRE :

Etude qualitative par la photographie de la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de fournir toutes les informations qui vous permettront de comprendre le but de cette étude, ainsi que ses contraintes et l'intérêt qu'elle peut présenter. N'hésitez pas à demander des explications au chercheur qui vous propose ce projet.

▪ **Quel est l'objectif de ce projet ?**

L'objectif de ce projet de recherche est d'étudier la place que prend la nourriture dans les relations familiales lorsqu'un adolescent présente un trouble du comportement alimentaire. Des aspects culturels seront également abordés, afin d'explorer la place particulière de la nourriture dans votre environnement culturel.

▪ **Pourquoi cette étude ?**

Nous suivons en consultation à la Maison des Adolescents de Metz de nombreux adolescents présentant des problématiques de troubles du comportement alimentaire. Des questionnements peuvent émerger autour de l'importance de la nourriture au sein des relations familiales.

Notre objectif, en réalisant cette étude, est de mettre en lumière ce que les familles mettent en place, chacune dans sa singularité, et loin des postulats théoriques.

Nous souhaitons améliorer notre prise en charge des adolescents souffrant de problèmes liés à l'alimentation, et pour cela, nous avons besoin de votre aide et de celle de votre adolescent pour mieux comprendre les enjeux qui se développent entre lui et vous au sujet de la nourriture.

▪ **Qui vérifie que le projet est justifié et bien mené ?**

Avant qu'une recherche puisse être menée à bien, elle doit être vérifiée par un groupe de personnes appelé Comité d'Evaluation de l'Ethique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB), chargé de garantir que la recherche est valide et éthiquement acceptable. Ce projet a été revu le 23 février 2011 par le CEERB de l'hôpital Bichat (Paris), qui a donné son autorisation pour réaliser cette étude.

Tous les entretiens seront anonymisés, comme le recommande la loi Informatique et Libertés.

- **Libre choix de participation :**

Vous êtes entièrement libre de décider de votre participation et de celle de votre adolescent. Si vous ne désirez pas participer, cela n'influera en rien sur la prise en charge actuelle et future de votre adolescent.

- **Conditions de participation :**

Votre adolescent est pris en charge au sein de la Maison des Adolescents de Metz pour un trouble à type de boulimie. Il est âgé entre 13 et 20 ans, et il est d'accord pour participer à l'étude.

- **Comment cela va-t-il se passer ?**

Votre adolescent devra prendre une photographie d'une table (s'il ne dispose pas de son propre appareil photo numérique, nous lui en prêterons un), en respectant la consigne suivante :

« Vous devez prendre une photographie de la table après un repas en famille. La table ne doit pas encore avoir été débarrassée. Aucune personne ne doit apparaître sur la photographie, les personnes à table doivent donc s'être levées. Vous pouvez prendre autant de clichés que vous le désirez, mais vous devrez en choisir une seule que vous commenterez avec le chercheur lors de l'entretien. »

Nous vous proposerons par la suite un entretien, ainsi qu'un entretien à votre adolescent. La durée des entretiens n'est pas définie, mais elle pourrait être de l'ordre d'1H30. Il s'agira d'une discussion ouverte autour de la photographie prise. Chaque entretien sera enregistré. La photographie ne sera pas conservée au-delà de l'étude.

- **Est-il possible, en dehors de la recherche, de rencontrer un médecin pédiatre ou psychiatre si on le souhaite ?**

Durant toute l'étude, les soins seront poursuivis au sein de la Maison des Adolescents, et vous pourrez vous référer au médecin référent de votre adolescent si l'étude fait naître des questionnements. Le chercheur que vous avez rencontré peut également faire le lien et vous orienter.

Lorsque vous aurez lu ce formulaire d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le chercheur ou le médecin responsable de l'étude, il vous sera proposé de donner votre consentement écrit en signant le document préparé à cet effet.

TITRE :

Etude qualitative par la photographie de la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie

Nous soussignés,

Mme, Melle, M. (*rayez les mentions inutiles*) (Nom, prénom)

Demeurant

Mme, Melle, M. (*rayez les mentions inutiles*) (Nom, Prénom)

Demeurant

Acceptons librement et volontairement de participer, ainsi que notre enfant :
(mettre les nom et prénom de l'enfant)

à la recherche intitulée « *Etude qualitative par la photographie de la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie* »

Fait à _____, le :

Nom, prénom, qualité (mère, père, tuteur légal) :

Signature(s)

Signature du chercheur qui atteste avoir pleinement expliqué aux personnes signataires le but et les modalités de la recherche :

Date : _____ Signature

Ce document est à réaliser en 2 exemplaires originaux, dont le premier doit être gardé par le chercheur, le deuxième remis aux personnes donnant leur consentement.

TITRE :

Etude qualitative par la photographie de la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie

▪ **Invitation**

Nous voulons savoir si vous souhaitez participer à ce projet de recherche. Avant de décider, vous devez comprendre l'objectif du projet et ce qu'il implique.

Lisez attentivement cette fiche d'information. Si vous le souhaitez, parlez-en à votre famille, à vos amis ou au chercheur qui vous a présenté le projet.

▪ **Quel est l'objectif de ce projet ?**

L'objectif de ce projet de recherche est d'étudier l'importance de la nourriture dans les relations avec vos parents et la spécificité qu'elle peut avoir dans votre histoire et celle de votre famille.

▪ **Pourquoi vous proposons-nous de participer à cette étude ?**

Nous suivons en consultation à la Maison des Adolescents de Metz de nombreux adolescents présentant des problématiques de troubles du comportement alimentaire. Des questionnements se posent autour de l'importance de la nourriture dans les relations avec la famille.

Nous souhaitons mieux nous occuper des adolescents pour des problèmes liés à l'alimentation, et pour cela, nous avons besoin de votre aide et de celle de votre famille.

▪ **Qui vérifie que le projet est justifié et bien mené ?**

Avant qu'une recherche puisse être menée à bien, elle doit être vérifiée par un groupe de personnes appelé Comité d'Evaluation de l'Ethique des projets de Recherche Biomédicale (CEERB), chargé de garantir que la recherche est valide et éthiquement acceptable. Ce projet a été revu le 23 février 2011 par le CEERB de l'hôpital Bichat (Paris), qui a donné son autorisation pour réaliser cette étude.

Tous les entretiens seront anonymisés comme le recommande la loi Informatique et Libertés, c'est-à-dire que ni votre nom, ni votre adresse ne seront communiqués.

▪ **Votre participation est-elle obligatoire ?**

Absolument pas. Cela dépend de vous. Si vous ne participez pas à l'étude, cela ne modifiera pas votre prise en charge à la Maison des Adolescents.

Si vous décidez de participer après avoir lu ces informations et avoir posé toutes vos questions, le chercheur vous demandera de signer le formulaire figurant à la fin de cette fiche. Il vous remettra une copie du formulaire que vous aurez signé et que vous devrez conserver. Vos parents doivent également donner leur accord pour que vous participiez au projet.

▪ **Comment cela va-t-il se passer ?**

Vous devrez prendre une photographie d'une table (si vous ne disposez pas de votre propre appareil photo numérique, nous vous en prêterons un), en respectant cette consigne :

« Vous devez prendre une photographie de la table après un repas en famille. La table ne doit pas encore avoir été débarrassée. Aucune personne ne doit apparaître sur la photographie, les personnes à table doivent donc s'être levées. Vous pouvez prendre autant de clichés que vous le désirez, mais vous devrez en choisir une seule que vous commenterez avec le chercheur lors de l'entretien. »

Nous vous proposerons ensuite de discuter autour de cette photographie. Le chercheur vous posera des questions, et vous pourrez répondre ce que vous voulez et comme vous le souhaitez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Nous discuterons également avec vos parents au sujet de la photographie. Chaque entretien sera enregistré, et les entretiens seront détruits à la fin de la recherche. La photographie sera également détruite à la fin de l'étude.

▪ **Que faire si vous avez des questions d'ordre médical durant l'étude ?**

Vous continuerez durant l'étude vos soins à la Maison des Adolescents, et vous pourrez discuter avec votre médecin référent si des questions se posent. Le chercheur peut également faire le lien et vous orienter.

Ne jetez pas cette fiche d'information. Elle peut encore vous être utile. Si vous avez des questions, adressez-vous à vos parents et au chercheur ou au médecin responsable de l'étude.

TITRE :

Etude qualitative par la photographie de la place de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents présentant une boulimie

Vous devez entourer toutes les réponses avec lesquelles vous êtes d'accord :

Avez-vous lu (ou vous a-t-on lu) les informations concernant ce projet ?	Oui/Non
Comprenez-vous ce que ce projet implique ?	Oui/Non
Avez-vous posé toutes les questions que vous vouliez ?	Oui/Non
A-t-on répondu à vos questions de manière compréhensible ?	Oui/Non
Acceptez-vous de participer ?	Oui/Non

Si vous acceptez de participer, inscrivez votre nom et la date d'aujourd'hui

Votre nom en toutes lettres _____

Date _____

Signature

Vos parents doivent également inscrire leur nom ici, s'ils acceptent que vous participiez à ce projet

Nom en toutes lettres _____

Date _____

Signature

Le chercheur qui vous a expliqué le projet doit également signer le document :

Nom en toutes lettres _____

Date _____

Signature

Ce document est à réaliser en 2 exemplaires originaux, dont le premier doit être gardé par le chercheur, le deuxième remis aux personnes donnant leur consentement.

ANNEXE 6 - Guide d'entretien

A: Question destinée exclusivement aux adolescents

P: Question destinée exclusivement aux parents

La photo

Décrivez cette photo et les éléments qui y sont présents.

Donnez un titre à cette photo.

Quand cette photo a-t-elle été prise ?

Était-il difficile de prendre la photo ?

Si vous avez pris plusieurs clichés, pourquoi avoir choisi celui-ci, plutôt qu'un autre ?

Positionnement

Qui a participé au repas ? Positionnez les personnes sur la photo.

La place occupée par les personnes à table est-elle fixe ? Qui détermine cette place ?

Qui a mis la table pour ce repas ? Qui le fait habituellement ?

Préparation

Qui a préparé ce repas ? Avez-vous participé à sa préparation ?

Qui prépare les repas à la maison habituellement ? Est-ce toujours la même personne ?

Intervenez-vous habituellement dans le choix / la préparation des repas ?

A: Avez-vous déjà préparé des repas pour vos parents ? A quelle occasion ? Était-ce agréable ? Pourquoi ?

P: La préparation des repas est-elle une tâche agréable ? Une corvée ?

A: Est-ce meilleur quand votre mère/père prépare, et pourquoi ?

P: Pensez-vous que le plat est meilleur pour votre adolescent lorsque vous le préparez, et pourquoi ?

Courses

Qui a fait les courses pour ce repas ?

Qui fait les courses habituellement ? Y participez-vous ?

Vous arrive-t-il de faire vos propres courses ?

Avant le repas

Décrivez vos émotions dans les quelques minutes qui ont précédé ce repas.

A: Comment qualifiez-vous le moment des repas, en termes de ressenti ? (bon, mauvais, stressant, angoissant, rassurant...)

P: Comment pensez-vous que votre adolescent vit le moment des repas, en termes de ressenti ?

Le repas

Racontez-moi le déroulement du repas.

Quelle était l'ambiance de ce repas ? Quelle est l'ambiance des repas en général ?

De quoi a-t-on parlé au cours de ce repas ? (A-t-on parlé de nourriture ?)

Y a-t-il eu des conflits au sujet de la nourriture pendant ce repas ?

Les repas se passent-ils habituellement en famille ? Pensez-vous qu'il est important de manger en famille ?

Comment se passent les repas que vous prenez seul ?

Pour vous, le repas est-il plutôt un moment de retrouvailles, ou un moment de conflit ?

Le repas est-il un moment de partage, d'échange, et/ou de communication ?

Que faites-vous, à part manger, pendant les repas ?

Avez-vous des habitudes qui vous semblent particulières à votre famille durant les repas ?

Nourriture

La nourriture est-elle un moyen de transaction entre vous ? (une récompense par exemple)

A: Comment vos parents réagissent-ils quand vous refusez de manger / mangez beaucoup ?

P: Comment réagissez-vous quand votre adolescent refuse de manger / mange beaucoup ?

Est-ce que, dans votre famille, la nourriture est un plaisir ?

Y a-t-il des aliments interdits dans votre famille ?

Êtes-vous stricts sur les règles hygiéno-diététiques dans votre famille ? Qui en est le garant ?

A: Vous arrive-t-il de manger en dehors des repas ? Si oui, comment réagit votre entourage ?

P: Arrive-t-il à votre adolescent de manger en dehors des repas ? Si oui, comment réagissez-vous ?

Souvenirs

Quels souvenirs gardez-vous des repas de votre enfance / adolescence ?

A: Arrive-t-il que vos parents préparent des plats que vous n'aimez pas ? Comment réagissez-vous ?

P: Vous arrive-t-il de préparer des plats que votre adolescent n'aime pas ? Comment réagit-il ?
Quelle est votre attitude ?

Relations familiales

Décrivez les différentes personnes de la famille, et la façon dont vous vous entendez avec eux.
Comment décririez-vous le caractère de chacun ?

A: Quel type de relation avez-vous avec vos parents ?

P: Quel type de relation avez-vous avec votre adolescent ?

Y a-t-il des conflits entre certains membres de la famille ? Comment réagissez-vous lorsqu'il y a des conflits ?

A: Quelle image avez-vous du couple de vos parents ?

P: Quelle image avez-vous de votre adolescent ?

Parle-t-on de nourriture à la maison ? Comment en parle-t-on ?

A: Vos parents vous parlent-ils de nourriture ? Est-ce un sujet facile à aborder ? Propice aux disputes ? Acceptez-vous que vos parents vous en parlent ?

P: Parlez-vous de nourriture avec votre adolescent ? Est-ce un sujet tabou ? Est-ce facile à aborder ? Comment en parlez-vous ?

A: Vos parents sont-ils d'accord de la même façon sur l'utilité de la prise en charge de vos problèmes alimentaires ? Sont-ils d'accord entre eux sur l'attitude à adopter vis-à-vis de vos problèmes alimentaires ?

P : Existe-t-il des différends dans votre couple au sujet de la nourriture ? Vis-à-vis des problèmes alimentaires de votre adolescent ?

Que pensez-vous des règles présentes au sein de votre famille en général ?

Famille, identité et transmission

Considérez-vous la cuisine comme une image de la famille ? (Porteuse de valeurs et de culture familiale)

Quelle importance la nourriture a-t-elle dans la famille ?

Est-ce important de savoir cuisiner ? De bien manger ?

A: Préparez-vous des plats que vos parents / grands-parents préparent ? Pensez-vous qu'il est important que les parents transmettent à leurs enfants la cuisine familiale ?

P: Cuisinez-vous avec votre adolescent ? Pensez-vous qu'il est important de lui transmettre votre manière de cuisiner ?

Avez-vous un régime alimentaire particulier ? Une façon particulière de cuisiner ?

Conclusion

Pouvez-vous citer le plat qui marque votre famille, et le plat qui vous marque ? Et pourquoi ?

Pouvez-vous donner de nouveau un titre à la photographie ?

VU

NANCY, le **08 octobre 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **09 octobre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Bernard KABUTH

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10486

NANCY, le **19 octobre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La boulimie (*bulimia nervosa*) est un trouble psychiatrique grave, comportant des complications potentiellement dangereuses. Les relations familiales jouent un rôle important dans la façon dont le trouble apparaît ou se perpétue. La présente étude vise à mieux appréhender le rôle de la nourriture dans les relations familiales d'adolescents atteints de boulimie. Onze entretiens ont été effectués avec cinq adolescentes présentant une boulimie, âgées entre 16 et 18 ans, et leurs parents, en utilisant la photo-élicitation pour effectuer la recherche qualitative. Une photographie de la table après un repas en famille, produite par le sujet, a été utilisée comme base pour la discussion. L'Analyse Phénoménologique Interprétative a été utilisée pour traiter les données. Nos résultats ont été organisés autour de deux axes. Le premier décrit la relation entre parent et enfant (le partage du désarroi par rapport à la nourriture entre parent et enfant, la nourriture et l'enjeu de l'autonomisation, la nourriture comme un catalyseur de conflit parmi d'autres). Le second présente les relations dans la famille en tant que groupe (la table en tant qu'image du fonctionnement familial, la nourriture au croisement entre partage et intimité). Notre étude a montré que la dynamique dans ces familles présente des différences avec celles d'adolescents présentant une anorexie mentale, ce qui doit être pris en compte dans le soin. Elle a confirmé la nécessité d'une approche systémique en supplément de la thérapie individuelle (centrée sur la gestion des émotions), et les bénéfices que pourraient apporter davantage d'interactions n'impliquant pas la nourriture, pour rétablir la communication dans les relations familiales.

TITRE EN ANGLAIS : The role of food in family relationships amongst adolescents with bulimia nervosa: a qualitative study using photo-elicitation

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE PSYCHIATRIE - ANNÉE 2018

MOTS-CLÉS : Boulimie, relations familiales, nourriture, recherche qualitative, photo-élicitation.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
