

Les défis reliés à la boulimie

Debra K. Katzman, MD, *The Hospital for Sick Children*

Johanne Harvey, MD, MPH, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Margo A. Lane, MD, *Health Sciences Centre*, Winnipeg

Mark Norris, MD, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Danielle Taddeo, MD, CHU Sainte-Justine

Leora Pinhas, MD, *The Hospital for Sick Children*

Quels sont les critères diagnostiques de la boulimie?

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV (DSM-IV), la boulimie est un trouble de l'alimentation qui se caractérise par des orgies définies par l'absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à la normale. Ces orgies s'accompagnent d'un sentiment de perte de contrôle, de culpabilité ou de honte. Les adolescents qui en souffrent accordent une valeur excessive à la silhouette et au poids et adoptent des comportements compensatoires visant la perte de poids, tels que les vomissements volontaires, le mésusage de laxatifs, de diurétiques, de sirop d'ipéca, de comprimés pour la perte de poids et d'autres médicaments, du jeûne ou de l'exercice excessif. La boulimie se divise en deux sous-types :

- la boulimie avec purge, qui peut inclure les vomissements volontaires ou le mésusage de laxatifs, de diurétiques et de lavements;
- la boulimie sans purge, qui ne s'associe pas régulièrement à ces comportements compensatoires.¹

Pour respecter les critères diagnostiques du DSM-IV, les purges et les comportements compensatoires inadéquats doivent se produire en moyenne deux fois par semaine, pendant au moins trois mois.

L'épidémiologie de la boulimie est-elle bien décrite?

On pense que la boulimie se manifeste chez 1 % de la population adolescente, des symptômes partiels se produisant chez 3 % à 6 % de la population. La boulimie est plus courante chez les filles à la fin de l'adolescence. D'ordinaire, la boulimie touche les adolescentes et les jeunes filles adultes, mais on constate un nombre croissant de cas au sein d'autres groupes. Selon une étude, les garçons représentaient jusqu'à 10 % de la population boulimique. On déclare également des cas de purge chez des enfants prépubères ayant des troubles restrictifs de l'alimentation. Dans un échantillon communautaire canadien, le taux de comportements boulimiques (dont seulement une minorité respecte tous les critères de boulimie) chez les filles variait entre 0,7 % chez les 12 ans et 1,3 % chez les 18 ans.² On ne possède aucune donnée sur les garçons. Au sein d'un échantillon communautaire d'enfants de neuf à 14 ans, la prévalence d'orgies alimentaires mensuelles suivies de purges (recours au vomissements ou aux laxatifs) serait de 0,2 % chez les filles et de 0,1 % chez les garçons.³ D'après les études, les populations d'adolescents boulimiques proviennent de tous les groupes raciaux et socioéconomiques. Le taux de mortalité oscille entre 0 % et 6 %.



Quels sont les facteurs de risque ou les facteurs protecteurs?

Plusieurs facteurs de risque sont reliés à la boulimie. Le profil de risque diffère quelque peu entre les adolescents et les adolescentes. Les régimes à l'adolescence, qui constituent un comportement courant, accroissent le risque de boulimie chez les deux sexes.⁴ La puberté ou les règles précoces, les expériences sexuelles précoces et le fait de vieillir sont des facteurs de risque de boulimie chez les filles.⁵ La puberté précoce ou la puberté tardive sont des facteurs de risque de boulimie chez les garçons.

Dans des échantillons communautaires, un sain fonctionnement familial semble un facteur protecteur. Une présence maternelle est protectrice pour les adolescents des deux sexes, tandis que des attentes élevées de la part des parents, la connexité avec des amis et des adultes hors de la famille sont protectrices pour les garçons. Pour les filles, un rapprochement familial, une communication familiale positive ainsi qu'une étroite surveillance parentale sont protecteurs. Par contre, de mauvaises communications parentales, de faibles attentes et un manque d'intérêt de la part des parents, selon la perception de l'adolescent, le rendent vulnérable à des troubles de l'alimentation. Des taquineries négatives au sujet du poids et un exemple négatif de la mère au sujet des aliments sont également corrélés avec l'apparition d'une symptomatologie boulimique chez les jeunes adolescents.

Il faut se rappeler que la méthodologie de la majorité des études jusqu'à maintenant est d'ordre transversal. Il est donc difficile d'évaluer si le dysfonctionnement familial est un facteur prédisposant ou un résultat du trouble de l'alimentation. Par rapport au fonctionnement familial, la population boulimique est hétérogène. Il convient de souligner que des éléments familiaux stressants ne déclenchent les symptômes de troubles de l'alimentation que chez un sous-groupe de patients vivant dans un environnement familial problématique. Cette constatation appuie la notion selon laquelle d'autres facteurs plus individuels (p. ex., le tempérament, l'intimidation, etc.) entrent probablement en ligne de compte.

L'issue des patients boulimiques est-elle prévisible?

On ne sait pas grand-chose de l'évolution de la maladie et de l'issue de la boulimie chez les jeunes. Selon les études, un rétablissement complet varie entre 33 % au bout de deux ans, à un peu moins de 50 % au bout de cinq ans, et à environ 70 % au bout de six et 11 ans.⁶ D'après les publications, une maladie plus courte laisse présager une meilleure issue.⁷ La structure de rétablissement est peu connue. Cependant, pendant les deux premières années du traitement, les signes comportementaux d'orgies et de purges disparaissent plus rapidement que le symptôme psychologique de crainte de prendre du poids. Il semble qu'il faille plus de temps pour résoudre les préoccupations relatives au poids, à la silhouette et à une image corporelle perturbée. Les symptômes qui prennent le plus de temps à disparaître sont les comportements compensatoires sans purge.

Quels sont les signes et symptômes courants à surveiller?

Puisque les orgies et les purges s'effectuent souvent en secret et qu'elles s'associent à un sentiment de honte, il n'est pas rare que les adolescents ne consultent pas. Seulement 4 % des filles qui avaient déclaré faire des orgies alimentaires et 6 % de celles qui avaient déclaré se purger avaient déjà été évaluées ou traitées en raison de leurs troubles de l'alimentation.



Les défis reliés à la boulimie (suite)

Les changements de comportement

Les parents peuvent amener leur adolescent se faire évaluer après avoir remarqué un changement de comportement. Ils peuvent décrire la disparition d'aliments, la découverte de contenants d'aliments vides ou l'accumulation d'aliments riches en glucides. Puisque l'alimentation peut être vécue comme une activité du tout ou rien, les adolescents boulimiques peuvent alterner entre la suralimentation et les jeûnes ou la restriction alimentaire. Les adolescents boulimiques peuvent aller aux toilettes après le repas afin de vomir ce qu'ils ont consommé et tirer la chasse ou faire couler l'eau du robinet pour cacher le son des vomissements. Ils peuvent aussi utiliser des laxatifs, des diurétiques, du sirop d'ipéca ou des lavements après avoir mangé. De plus, ils peuvent utiliser des comprimés pour faire maigrir, boire beaucoup de liquide ou prendre des produits complémentaires et parallèles pour se couper l'appétit. Certains adolescents peuvent faire trop d'exercice avant ou après avoir mangé pour brûler des calories.

Les signes et symptômes physiques

Les signes et symptômes physiques des adolescents boulimiques ne sont pas faciles à déceler, car ces jeunes sont souvent d'un poids normal et semblent souvent en bonne santé physique.⁸

Le signe de Russell, un signe physique fréquent de boulimie, désigne la callosité des phalanges ou du dos de la main, causée par le contact répété des incisives centrales sur la peau pour induire le vomissement par la stimulation du réflexe pharyngé à l'aide des doigts. Certains adolescents utilisent un corps étranger (p. ex., une brosse à dents, un ustensile, une paille) pour y parvenir, tandis que d'autres n'ont pas besoin de stimulation externe pour induire les vomissements et ne présentent donc pas de signe de Russell.

On a fait état d'une *hypertrophie* des glandes salivaires imputable aux fréquents vomissements et aux fréquentes orgies. On n'en connaît ni la prévalence ni l'étiologie chez les enfants et les adolescents. Les biopsies tissulaires des glandes ont révélé des tissus normaux et inflammatoires. En général, cette hypertrophie est intermittente, bilatérale et indolore, et elle peut faire son apparition dans les quelques jours suivant une orgie alimentaire ou des vomissements. D'ordinaire, elle disparaît à l'arrêt des vomissements.

La *santé buccodentaire* des patients boulimiques dépend du régime alimentaire ainsi que de la durée et de la fréquence du comportement d'orgies et de purges. L'érosion de l'émail dentaire est reliée à la régurgitation fréquente du contenu stomacal très acide dans la cavité orale pendant une période prolongée. Ce phénomène peut expliquer en partie pourquoi il s'agit d'un signe physique peu fréquent chez les enfants et les adolescents. Les jeunes boulimiques sont plus vulnérables à la carie dentaire, en raison de la consommation excessive de glucides pendant les orgies alimentaires. Conjointement, la déshydratation (secondaire aux vomissements, à l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques et à la diminution de l'apport liquidien) des tissus mous de la cavité buccale, les carences alimentaires et la mauvaise hygiène buccale peuvent contribuer à une mauvaise santé buccodentaire. Enfin, certains jeunes peuvent présenter des lésions érythémateuses ou des abrasions du palais en raison du traumatisme causé par les objets utilisés pour induire les vomissements.



Des fluctuations de poids : Il n'est pas rare que les adolescents présentent d'importantes fluctuations de poids (de 2,3 kg à 4,5 kg, ou 5 livres à 10 livres, par semaine) en raison de leur comportement imprévisible d'alimentation et de contrôle de poids.

Les règles irrégulières : Les adolescentes peuvent avoir des règles irrégulières, au-delà de la période du développement où le cycle menstruel devrait être établi.⁹⁻¹¹

Les cliniciens devraient soupçonner fortement une boulimie si leur patient déclare l'un des signes ou symptômes décrits ci-dessus ou si les parents s'en inquiètent. Le diagnostic de boulimie exige une anamnèse complète et un examen médical approfondi. Le diagnostic différentiel de boulimie est vaste et comporte toute une série de maladies physiques, telles que les maladies inflammatoires de l'intestin, le diabète, l'hypothyroïdie, la collagénose avec manifestations vasculaires, les infections (la tuberculose et le virus d'immunodéficience humaine), les tumeurs malignes, y compris celles du système nerveux central, la grossesse et les troubles de santé mentale, y compris les troubles de l'humeur, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles anxieux.

La boulimie provoque-t-elle des complications médicales?

Les complications médicales de la boulimie dépendent de la fréquence et de la durée des orgies et des purges. Des vomissements volontaires répétés peuvent entraîner des anomalies liquidiennes et électrolytiques, les principales anomalies électrolytiques étant l'hypokaliémie et l'alcalose métabolique hypochlorémique.¹¹ Ces anomalies peuvent causer de l'arythmie cardiaque, une faiblesse musculaire et une diminution de la motilité gastro-intestinale. Les vomissements ou l'utilisation de diurétiques ou de laxatifs peuvent provoquer une déshydratation responsable d'une déplétion du volume des liquides. Cette déplétion peut entraîner des étourdissements, une syncope, une faiblesse et une confusion. Le clinicien devrait soupçonner fortement que l'adolescent utilise ce type de comportements compensatoires s'il fait de l'hypotension, de la tachycardie, que ses urines sont concentrées ou que son azotémie est trop élevée. Une déplétion du volume des liquides peut être responsable d'une surproduction d'aldostérone, caractérisée par une rétention du sodium et une excrétion du potassium, provoquant une rétention liquidienne et un œdème périphérique. On a remarqué des cas après un arrêt soudain des vomissements ou le sevrage des laxatifs ou des diurétiques.

Des complications gastro-intestinales peuvent se manifester chez des enfants et des adolescents qui font des orgies et des purges. Les vomissements fréquents peuvent provoquer un syndrome de Mallory-Weiss et un reflux gastro-œsophagien.¹¹ Les orgies alimentaires peuvent entraîner une dilatation, une nécrose et une perforation gastriques. À court terme, la surutilisation de laxatifs, notamment de laxatifs stimulants, peut être responsable de diarrhée et d'anomalies liquidiennes et électrolytiques, tandis que l'utilisation à long terme de laxatifs peut s'associer à une grave constipation attribuable à une atteinte du plexus myentérique. Les orgies alimentaires fréquentes accompagnées de vomissements sont reliées à des taux élevés d'amylase sérique.

Les anomalies cardiovasculaires chez les adolescents boulimiques se produisent surtout en raison de la déplétion du volume des liquides ou d'un déséquilibre électrolytique. Les anomalies électrolytiques prédisposent les jeunes à l'arythmie cardiaque. Le sirop d'ipéca, utilisé pour provoquer les vomissements, est cardiotoxique et peut entraîner un affaiblissement musculaire, une toxicité hépatique et une myocardiopathie irréversible accompagnée d'une mort subite.



Les défis reliés à la boulimie (suite)

Quel traitement médical est recommandé?

L'anticipation, la surveillance et le traitement des complications médicales découlant d'une boulimie dépendent en grande partie de la gravité du trouble et de la méthode de purge du patient. Il faut obtenir des tests d'électrolytes sériques régulièrement chez les patients qui continuent de vomir ou d'abuser de purgatifs. La fréquence de ces analyses sanguines dépend des antécédents du patient et de son examen physique.

Dans les cas graves, les patients peuvent présenter plusieurs des complications médicales décrites ci-dessus et avoir besoin d'une stabilisation intensive et d'être hospitalisés pour être traités. Dans ce cas, les patients peuvent être hospitalisés pendant de courtes périodes, dans l'objectif premier de rétablir la stabilité métabolique et d'assurer un environnement coopératif visant l'interruption des symptômes. Selon les ressources disponibles, le patient peut également intégrer un programme spécialisé d'hospitalisation à long terme visant les symptômes de troubles de l'alimentation, les comportements, la comorbidité et les effets psychologiques de la maladie. Dans la majorité des cas, il est possible d'assurer la prise en charge médicale efficace des patients boulimiques en consultation externe. Selon le symptôme, le traitement peut varier entre une observation étroite et une pharmacothérapie d'appoint.

Le traitement des anomalies électrolytiques peut se traduire par le remplacement graduel des électrolytes par voie orale ou intraveineuse. Dans certains cas, une administration prolongée d'électrolytes de remplacement après le retour à la normale du taux d'électrolytes sériques (p. ex., chlorure de potassium pour le traitement de l'hypokaliémie) peut s'imposer pour renflouer les réserves de l'organisme.

Les anomalies électrolytiques accroissent la possibilité d'urgence cardiovasculaire (p. ex., arythmie, intervalle QTc prolongée) et d'événements mettant la vie en danger. Par conséquent, les patients présentant des symptômes d'anomalies métaboliques devraient subir un électrocardiogramme (ÉCG).

Dans de rares cas, les patients peuvent se déshydrater au point d'avoir besoin de liquides par voie intraveineuse pour corriger la déplétion du volume des liquides. Plus souvent, les patients ayant une légère déplétion du volume des liquides peuvent être réhydratés au moyen d'un simple apport liquidien par voie orale.

Les troubles gastro-intestinaux, comme les ballonnements et la constipation, provoquent souvent des malaises abdominaux, traités par une augmentation graduelle de l'alimentation régulière et l'arrêt des vomissements. Il faut éviter de prescrire des laxatifs aux patients boulimiques. Puisque les vomissements répétés peuvent entraîner un contact récurrent avec les acides gastriques, les patients peuvent développer une œsophagite ou un reflux gastro-œsophagien modéré à grave, pour lesquels des anti-acides, tels que la ranitidine ou les inhibiteurs de la pompe à protons, peuvent être bénéfiques. Cependant, le soulagement à long terme dépend de la capacité du patient à mettre un terme aux purges.

L'aménorrhée et les menstruations irrégulières sont des facteurs de risque de faible densité minérale osseuse. Jusqu'à présent, rien ne prouve que l'hormonothérapie de substitution puisse prévenir ou réduire la perte osseuse chez les patients ayant des troubles de l'alimentation. En fait, le traitement hormonal entraîne souvent des saignements mensuels de sevrage, qui peuvent être faussement interprétés comme un retour à la santé.



Par conséquent, il ne faut pas recommander systématiquement l'hormonothérapie. Cependant, il faut informer les adolescentes boulimiques menant une vie sexuelle active du danger de grossesse malgré l'absence de menstruations régulières et leur offrir une contraception hormonale.

Les patients boulimiques devraient-ils recevoir un traitement psychiatrique?

Le secret de la réussite du traitement de la boulimie chez les enfants et les adolescents demeure le dépistage et l'intervention rapides. Toutefois, il existe très peu d'information sur les traitements probants à l'intention des adolescents boulimiques.

Certaines stratégies pratiques peuvent être utiles dans les soins de ces adolescents en première ligne. D'abord, il est important d'admettre que les adolescents boulimiques peuvent restreindre leur alimentation ou leur régime. Les cliniciens devraient recommander à leurs patients d'éviter de restreindre leur apport alimentaire et de se mettre au régime, car il est démontré que de tels comportements peuvent déclencher une orgie alimentaire entraînant des purges et d'autres régimes. Le risque de cercle vicieux est bien présent. Chez les adolescents plus âgés et plus motivés, un journal alimentaire quotidien peut contribuer à repérer ce qui entraîne ou déclenche les épisodes d'orgies et de purge (p. ex., l'ennui, la colère, la solitude), à comprendre de quelle manière ces déclencheurs agissent sur l'adolescent et à faciliter le dépistage des mesures pour mettre un terme aux orgies et aux purges. Les adolescents peuvent trouver plus facile de contrôler leurs orgies et leurs purges s'ils réussissent à trouver leur mode de fonctionnement. Chez les patients plus jeunes, il peut être utile de demander la participation des parents pour repérer les éléments déclencheurs.

Les adolescents boulimiques peuvent ressentir de la honte, de la culpabilité et un dégoût de soi. De plus, la boulimie s'associe à l'impulsivité, aux comportements autodestructeurs et à des comportements de prise de risque, ainsi qu'à d'autres troubles psychiatriques. Il est important d'évaluer la présence concomitante de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux et d'écarter le risque suicidaire. Ainsi, il est important que le clinicien évalue les pensées et les sentiments de l'adolescent, sa personnalité, sa dynamique familiale, ses relations avec ses camarades, la violence physique, sexuelle ou affective qu'il subit ou a subie et ses idéations ou ses intentions suicidaires présentes ou passées.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (une thérapie qui aide les gens à modifier leurs pensées et leurs comportements) est efficace chez les adultes. De nombreuses études chez les adultes portent sur des adolescents plus âgés ou des jeunes adultes et indiquent qu'on peut extrapoler l'efficacité de la TCC auprès de la population adulte pour l'appliquer aux adolescents.¹³ Des données limitées provenant d'études sur des adolescents laissent supposer que la TCC, les soins personnels orientés ou les traitements familiaux peuvent être efficaces.^{14,15}

Aucune étude à double insu contrôlée contre placebo n'a été menée auprès des enfants ou des adolescents boulimique, mais selon un essai ouvert, la fluoxétine pourrait être utile pour traiter les symptômes de boulimie.¹⁶ Des publications pour adultes étayaient cette constatation, car des études à double insu contrôlées contre placebo y ont appuyé l'efficacité des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine dans le traitement de la boulimie.¹²



Les défis reliés à la boulimie (suite)

Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4^e éd. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Jones J, Bennett S, Olmsted MP et coll. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *CMAJ* 2001;165(5):547-52.
3. Field AE, Carmago CA Jr, Taylor CB et coll. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adol Med* 1999;153(11):1184-9.
4. Stice E, Killen JD, Hayward C et coll. Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: a 4-year survival analysis. *J Abnorm Psychol* 1998;107(4):671-5.
5. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rissanen A et coll. Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence. *J Adol Health* 2001;28(4):346-52.
6. Fichter MM, Quadflieg N, Gnutzmann A. Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *J Psychosom Res* 1998;44:385-405.
7. Quadflieg N, Fichter MM. The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur Child Adol Psychiatry* 2003(Suppl. 1);12:99-109.
8. Brewerton TD. Bulimia in children and adolescents. *Child Adol Psychiatric Clin N Am* 2002;11(2):237-56.
9. Le Grange D, Loeb KL, Van Orman S et coll. Bulimia nervosa in adolescents: a disorder in evolution? *Arch Pediatr Adol Med* 2004;158(5):478-82.
10. Gendall KA, Bulik CM, Joyce PR et coll. Menstrual cycle irregularity in bulimia nervosa. Associated facts and changes with treatment. *J Psychosom Res* 2000;49(6):409-15.
11. Mehler PS. Bulimia nervosa. *N Engl J Med* 2003;349(9):875-81.
12. Goldbloom DS, Olmsted M, Davis R et coll. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: short-term outcome. *Behav Res Ther* 1997;35(9):803-11.
13. Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *J Clin Child Adol Psychol* 2008;37(1):39-61.
14. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ et coll. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(9):1049-56.
15. Schmidt U, Lee S, Beecham J et coll. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164(4):591-8.
16. Kotler LA, Devlin MJ, Davies M et coll. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. *J Child Adol Psychopharmacol* 2003;13(3):329-35.

Il est possible d'obtenir plus de références auprès de l'investigatrice principale ou au bureau du PCSP.



Questionnaire

- 1. La structure de guérison de la boulimie se produit comme suit, sauf :**
 - a) les symptômes comportementaux d'orgies et de purges disparaissent plus rapidement que le symptôme psychologique de crainte de prendre du poids.
 - b) l'image corporelle perturbée disparaît rapidement dans l'évolution de la maladie.
 - c) les préoccupations au sujet du poids et de la silhouette semblent se résoudre moins rapidement.
 - d) les comportements compensatoires sans purge semblent être les plus long à disparaître.
- 2. Les complications médicales suivantes sont courantes chez les adolescents boulimiques, sauf :**
 - a) l'hypokaliémie
 - b) la déshydratation
 - c) le syndrome de Mallory-Weiss
 - d) l'hypothermie
- 3. Les complications médicales suivantes et le traitement s'y rapportant sont pertinents, sauf :**
 - a) les anomalies électrolytiques peuvent exiger un remplacement graduel des électrolytes par voie orale ou intraveineuse.
 - b) la déshydratation peut exiger la prise de liquides par voie orale ou intraveineuse.
 - c) la prise d'anti-acides, comme la ranitidine ou les inhibiteurs de la pompe à protons, peut être bénéfique en cas d'œsophagite.
 - d) la faible densité minérale osseuse et l'aménorrhée ou les règles irrégulières qui s'y associent doivent être traitées au moyen d'une hormonothérapie.
- 4. Les adolescents boulimiques et ayant des antécédents de purge obtiennent des résultats de laboratoire compatibles avec :**
 - a) l'alcalose métabolique hyperchlorémique
 - b) l'acidose métabolique hyperchlorémique
 - c) l'acidose métabolique hypochlorémique
 - d) l'alcalose métabolique hypochlorémique
- 5. Parmi les réponses suivantes, laquelle n'est PAS considérée comme un facteur de risque de boulimie?**
 - a) la puberté tardive chez les filles
 - b) les expériences sexuelles précoces chez les filles
 - c) la puberté précoce chez les garçons
 - d) la puberté tardive chez les garçons
- 6. Les adolescents boulimiques peuvent avoir des troubles connexes de santé mentale, y compris :**
 - a) l'impulsivité
 - b) l'idéation suicidaire
 - c) les troubles de l'humeur
 - d) toutes les réponses précédentes

Réponses :
1-b, 2-d, 3-d, 4-d, 5-a, 6-d