

The prevalence of adult ADHD is estimated to 5.3% and is often comorbid with substance use disorder (SUD) [1]. The odds Ratio ranges from 1.5 to 7.9, depending on the substance and the dependence level. Conversely, the prevalence of ADHD among patients with SUD is 10.8%, versus 3.8% for patients without SUD. Methylphenidate (MPH) alleviates ADHD symptoms and is currently considered as a first choice medication. MPH competitively binds and blocks the dopamine (DAT) and norepinephrine (NET) transporters with no or low affinity for the serotonin transporter [2]. This mechanism of action is similar to a cocaine intake, which results in a rapid increase of the synaptic dopamine concentration preferentially in the nucleus accumbens [3]. However, the subjective effects are highly dependent on the rate of input. Oral or IV MPH leads to different effects even when the increase of dopamine concentration is comparable. It is more the change per unit time of the dopamine increase (rapid elevation) that is associated to the perception of euphoria than the increase of dopamine itself [4]. A formulation with a slow rate of delivery will lead to a lower risk of reinforcing effect (euphoria) and abuse than an immediate release formulation. The benefits of MPH in adult ADHD have been demonstrated in open-label prospective studies and in randomized clinical trials. Meanwhile prescribing MPH to patients with comorbid SUD has always been challenging for clinicians. In this presentation, we will address the benefits and pitfalls of using MPH in adults with ADHD comorbid SUD, depending on the type of SUD: amphetamine, cocaine, nicotine, alcohol, cannabis and opiates. Overall, due to the prevalence of ADHD in SUD and to the benefits of MPH observed in this population, and considering the mild or low side effects observed, the response to MPH treatment deserve to be evaluated individually.

Keywords Attention-deficit/hyperactive disorder; Addiction; Substance use disorder; Methylphenidate; Pharmacology

Disclosure of interest The authors declare that they have no competing interest.

References

- [1] Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942–8.
- [2] Gatley SJ, Pan D, Chen R, et al. Affinities of methylphenidate derivatives for dopamine, norepinephrine and serotonin transporters. *Life Sci* 1996;58:PL 231–9.
- [3] Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1988;85:5274–8.
- [4] Volkow N, Fowler JS, Wang GJ, Swanson JM. Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Mol Psychiatry* 2004;9:557–69.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.086>

S14

L'alimentation est-elle soluble dans la psychologie et la psychiatrie ? Cas de l'alimentation émotionnelle et de l'addiction à l'alimentation

N. Ballon^{1,*}, S. Berthoz², P. Brunault¹, N. Rigal³

¹ CHRU de Tours, équipe de Liaison et de soins en addictologie, Tours

² Inserm 1178, maison des adolescents, Paris

³ Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, Nanterre

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.ballon@univ-tours.fr (N. Ballon)

Si l'étude du comportement alimentaire est complexe et nécessite une approche intégrative, des travaux récents ont conforté l'idée que les psychologues et les psychiatres ont un rôle fondamental à jouer dans la prise en charge d'un spectre large de désordres de la prise alimentaire. Trois communications actualisées permettront d'aboutir à une meilleure compréhension et à une meilleure prise

en charge des déterminants psychologiques et psychiatriques de la modulation de la prise alimentaire chez l'enfant et l'adulte :

– la 1^{re} portera sur le concept d'alimentation émotionnelle, définit comme le fait de moduler la consommation alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété [1]. Nous présenterons l'évolution des instruments d'évaluation et la littérature épidémiologique, clinique et expérimentale, établissant que l'affectivité – négative mais aussi positive – fait partie des traits psychologiques qui modulent la consommation alimentaire et le contrôle du poids et quel(s) rôle(s) de médiation peuvent avoir différentes stratégies de régulation émotionnelle ou comportementale ;

– la 2^e présentera le concept d'addiction à l'alimentation, qui a été récemment proposé en appliquant les critères diagnostiques DSM de dépendance à une substance dans le champ de l'alimentation [2]. Après avoir précisé comment mesurer ce concept, nous présenterons la littérature sur les facteurs biologiques, psychologiques et psychiatriques associés à cette addiction chez les patients obèses. Ceci nous permettra de suggérer de nouvelles pistes thérapeutiques pour ces patients ;

– enfin, la 3^e communication illustrera la mise en évidence de liens entre tempérament et alimentation dès l'enfance. Après la présentation du modèle de Rothbart et al. [3], qui définit le tempérament par le niveau de réactivité des enfants ainsi que par leur capacité d'autorégulation, nous testerons la valeur de ce modèle tempéramental dans le domaine alimentaire enfantin au travers de deux études.

Mots clés Alimentation émotionnelle ; Addiction à

l'alimentation ; Régulation émotionnelle ; Tempérament ; obésité

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite* 2008;50:1–11.
- [2] Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 2009;52(2):430–6.
- [3] Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2000;78:122–35.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.087>

S14A

Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales

S. Berthoz

Inserm 1178 - des Adolescents & Institut Mutualiste Montsouris, Paris

Adresse e-mail : sylvie.berthozlandron@gmail.com

Le concept d'alimentation émotionnelle (*emotional eating*) peut se définir comme le fait de moduler la consommation alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à celui de la faim ou de la satiété [1]. Il postule l'existence d'une association étroite entre la régulation homéostatique de la prise alimentaire et de l'humeur, que l'affectivité ferait partie des traits psychologiques qui augmentent ou diminuent la consommation alimentaire et le contrôle du poids. Les mécanismes mis en cause sont les mêmes que ceux incriminés dans les abus de substances ou certaines addictions comportementales : la nourriture serait utilisée pour « s'automédiquer » d'un ressenti déplaisant. Actuellement, un recours à la prise alimentaire pour se reconforter d'un éprouvé négatif est de plus en plus mis en cause dans la surconsommation (*overeating*) et l'obésité [2], ainsi que dans les différents sous-types de troubles du comportement alimentaire [3]. Si ces études suggèrent bien qu'adopter un comportement alimentaire « de réconfort » peut avoir des effets délétères pour la santé, on ne sait pas encore dans quelles mesures certaines ou toutes les émotions sont associées à des modifications importantes de la prise alimentaire, quel(s) rôle(s) de médiation peuvent avoir différentes stratégies de régulation émotionnelle ou comportementale.

Pourtant, le recours à l'alimentation émotionnelle, au même titre que l'abus de substances, serait en augmentation ces 20 dernières années [4], et des associations entre un comportement alimentaire «de réconfort» avec des indicateurs de mal être ou de mauvaise santé mentale (ex. stress, *burn-out*, dépression), en plus de problèmes de poids, commencent à être rapportées. Mieux identifier si toutes ou certaines émotions favorisent l'émergence de l'alimentation émotionnelle, et quelles sont les personnes les plus vulnérables, permettrait de développer des stratégies thérapeutiques plus ciblées et donc potentiellement plus efficaces.

Mots clés Prise alimentaire ; Régulation émotionnelle ; Stress ; Obésité

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite* 2008;50(1):1–11.
- [2] Gibson EL. The psychobiology of comfort eating: implications for neuropharmacological interventions. *Behav Pharmacol* 2012;23(5–6):442–60.
- [3] Ricca V, Castellini G, Fioravanti, et al. Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 2012;53(3):245–51.
- [4] van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite* 2009;52(2):380–7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.088>

S14B

Concept d'addiction à l'alimentation : mesures et données dans l'obésité

P. Brunault

CHU de Tours, équipe de liaison et de soins en addictologie, Tours

Adresse e-mail : paul.brunault@gmail.com

Le concept d'addiction à l'alimentation a été récemment proposé en appliquant les critères diagnostiques DSM de dépendance à une substance dans le champ de l'alimentation [1]. Selon ces auteurs, il est possible de développer vis-à-vis de l'alimentation (et notamment vis-à-vis de certains aliments riches en graisse ou en sucre) une relation de dépendance similaire aux autres addictions. L'intérêt de ce concept est de pouvoir identifier un sous-groupe plus homogène de patients pour lesquels il serait possible de proposer des stratégies thérapeutiques plus ciblées. Bien qu'il ne soit pas démontré que l'addiction à l'alimentation mène nécessairement à l'obésité, la plupart des travaux sur l'addiction à l'alimentation ont été réalisés chez des patients obèses car ce trouble y est plus fréquent qu'en population générale. Ainsi, l'addiction à l'alimentation (mesurée à l'aide de la Yale Food Addiction Scale [1]) était plus fréquente chez certains patients obèses : patients célibataires, présentant certaines caractéristiques psychopathologiques (symptômes de dépression, de TDAH, de stress post-traumatique, antécédent de traumatisme physique ou sexuel dans l'enfance, difficultés de régulation émotionnelle) [2] et ayant des altérations du circuit opioïde et du système de la récompense [3]. L'addiction à l'alimentation était plus fréquente chez les individus consommant plus fréquemment et en plus grande quantité des aliments riches en graisse, à fort index glycémique ou industriels, mais n'était pas associée à la sévérité de l'obésité. Ces résultats soulignent la pertinence de considérer l'addiction à l'alimentation comme une addiction à part entière ainsi que l'intérêt de proposer à ces patients des prises en charge classiquement efficaces en addictologie (entretiens motivationnels, prévention de la rechute, psychothérapies, traitements médicamenteux ciblant les systèmes neurobiologiques impliqués dans les addictions, voire traitements de substitution, prévention et politique de réduction des risques) [4].

Mots clés Addiction à l'alimentation ; Obésité ; Addictologie ; Addiction sans drogue ; Yale Food Addiction Scale ; Facteurs de risque

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 2009;52(2):430–6.
- [2] Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that “food addiction” is a valid phenotype of obesity. *Appetite* 2011;57(3):711–7.
- [3] Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(8):808–16.
- [4] Corsica JA, Pelchat ML. Food addiction: true or false? *Curr Opin Gastroenterol* 2010;26(2):165–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.089>

S14C

Le tempérament, un puissant déterminant des conduites alimentaires de l'enfant

N. Rigal*, V. Godefroy, B. Rubio

Université Paris-Ouest, laboratoire de Psychologie Psyclid, EA 4430, 200, avenue de la République, Nanterre

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rigal@u-paris10.fr (N. Rigal)

Selon le modèle de Rothbart [1], le tempérament est défini, d'une part, par le niveau de réactivité des enfants, et d'autre part, par leur capacité d'autorégulation. Au moyen de deux études, nous avons cherché à tester la valeur de ce modèle tempéramental dans le domaine alimentaire infantin. La première étude [2] est relative à la question du surpoids. Nous avons émis l'hypothèse que les enfants les plus à risque de surpoids étaient les enfants les plus réactifs à la nourriture et s'autorégulant le moins bien. À partir des réponses de 475 pré-adolescents ayant rempli un questionnaire ad hoc et dont on a mesuré l'IMC, l'hypothèse a été confirmée, mais de façon directe pour une des dimensions seulement. La seconde étude [3] concerne la problématique de la néophobie alimentaire, à savoir la réticence à goûter les aliments inconnus qui conduit à une faible consommation de fruits et légumes notamment. Notre hypothèse était que les enfants ayant de faibles capacités à autoréguler leurs émotions consommeraient moins d'un aliment inconnu que des enfants s'autorégulant facilement, et ceci d'autant plus que la consigne de la consommation était incitative plutôt que directive (selon le concept de Goodness of fit suggéré par Thomas et Chess [4]). Quatre-vingt-dix-huit enfants, âgés entre 2 et 3 ans ont participé à une étude expérimentale les amenant à goûter à 5 occasions un aliment inconnu dans un contexte soit incitatif soit directif. Les résultats du post-test ont indiqué que la consommation de l'aliment était supérieure chez les enfants s'autorégulant facilement dans le contexte incitatif, que chez les enfants s'autorégulant difficilement dans le contexte directif. Il apparaît ainsi que le concept de tempérament selon Rothbart, et notamment à travers les capacités d'autorégulation, joue un rôle dans les conduites alimentaires de l'enfant dans leur dimension quantitative (quantités consommées et du surpoids) et qualitative (néophobie et variété du répertoire de consommation).

Mots clés Tempérament ; Conduites alimentaires ; Enfants ; Surpoids ; Néophobie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2000;78:122–35.