

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR

© CAROLINE PERRON

PRÉOCCUPATIONS ALIMENTAIRES ET ASPECTS DE LA PERSONNALITÉ CHEZ DES
FEMMES ADULTES

MAI 2020

Composition du Jury

Préoccupations alimentaires et aspects de la personnalité chez des femmes adultes

Ce mémoire doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Descôteaux, directeur du mémoire doctoral

(Département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines)

Lise Gagnon, membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines)

Alfonso Santarpia, membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines)

Sommaire

La présente étude porte sur différents aspects de la personnalité et leur lien possible avec les préoccupations alimentaires. Dans un premier temps, elle confirme les liens déjà existants entre les difficultés relationnelles, les difficultés de régulation émotionnelle et l'attachement insécuré avec les préoccupations alimentaires. Plus précisément, les résultats illustrent chez les participantes la présence de difficultés à élaborer leurs émotions, soit à les identifier et les verbaliser ainsi que la présence à bien réguler leurs émotions. Les résultats confirment également la présence de difficultés relationnelles chez les femmes aux prises avec des préoccupations alimentaires ainsi que la présence d'un attachement insécuré, soit de type anxieux ou évitant. Dans un deuxième temps, l'étude vise à mieux comprendre l'importance du fonctionnement du narcissisme, soit les traits de personnalité narcissique, le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable, au-delà des variables déjà étudiées comme étant prédominantes au sein du développement des préoccupations alimentaires et des troubles des conduites alimentaires (TCA). Les résultats indiquent que les traits adaptatifs de personnalité narcissique agiraient comme un facteur de protection au sein des préoccupations alimentaires alors que les narcissismes de type grandiose et vulnérable seraient quant à eux des facteurs de risques au développement des préoccupations alimentaires. Finalement, des analyses exploratoires ont été effectuées et les résultats révèlent la présence d'un effet d'interaction de la dominance et des traits de personnalité narcissique sur les préoccupations alimentaires, et ce, particulièrement avec un degré faible de dominance. De plus, les dernières explorations ont démontré que les symptômes alimentaires et les facteurs contributifs sont

les mêmes chez les femmes, et ce, peu importe leur âge. Toutefois, la dysrégulation émotionnelle serait positivement associée aux préoccupations alimentaires chez les femmes plus âgées, et ce, de façon marginale. Il est possible de remarquer que la population sous-clinique des TCA a été peu étudiée. Néanmoins, la documentation scientifique met en lumière des similarités entre les personnes ayant des préoccupations alimentaires et celles présentant un diagnostic de TCA, notamment une détresse psychologique comparable, une alimentation désorganisée, une insatisfaction corporelle ainsi qu'une préoccupation pour le poids. De plus, les personnes aux prises avec des préoccupations alimentaires sont susceptibles d'adopter un régime alimentaire pouvant avoir comme conséquence le développement d'un TCA. Ainsi, considérant qu'il existe un lien entre les enjeux narcissiques et les TCA, et que les TCA et les préoccupations alimentaires ont une symptomatologie commune, il apparaît intéressant de se pencher sur la population sous-clinique afin d'en dégager des patrons de correspondance.

Mots-clés : Trouble des conduites alimentaires, préoccupations alimentaires, narcissisme, traits, vulnérable, grandiose, style d'attachement, régulation émotionnelle, difficultés relationnelles.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	6
Population industrialisée	7
Les troubles alimentaires chez les hommes	7
Les troubles alimentaires chez les femmes d'âge moyen	8
Comorbidité	9
Les troubles des conduites alimentaires	10
L'anorexie mentale	11
La boulimie	13
Les accès hyperphagiques	14
Les autres troubles alimentaires spécifiés	15
Les troubles alimentaires non spécifiés	15
Taux de rémission des TCA	16
Les préoccupations alimentaires	16
Les facteurs contributifs	18
Les TCA et la personnalité	19
L'attachement	20
La régulation émotionnelle	22
Les difficultés interpersonnelles	24
Le narcissisme	25
Les traits de personnalité narcissique	26
Le narcissisme pathologique	26
Le narcissisme grandiose	27
Le narcissisme vulnérable	28

Le narcissisme les TCA	29
Objectifs et Hypothèses	33
Méthode.....	34
Participants.....	35
Informations sociodémographiques	35
Indice de masse corporelle et régime alimentaire.....	36
Procédure	37
Instruments.....	38
Informations sociodémographiques et caractéristiques personnelles	38
Préoccupations alimentaires	39
Le fonctionnement du narcissisme	39
L'attachement	41
La régulation émotionnelle	41
Les difficultés relationnelles.....	43
Les considérations éthiques	44
Résultats.....	45
Analyses préliminaires.....	46
Analyses descriptives.....	46
Création de nouvelles variables	47
Normalité des distributions et transformations	49
Corrélations entre les variables à l'étude.....	50
Corrélations entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude	51
Analyses principales	52
Hypothèse 1	52
Vérification des postulats.....	52
Résultats de l'analyse	53
Hypothèse 2	55
Vérification des postulats.....	55

Résultats de l'analyse	56
Première investigation exploratoire	58
Vérification des postulats.....	59
Résultats de l'analyse	59
Seconde investigation exploratoire.....	60
Vérification des postulats.....	60
Résultats de l'analyse	60
Discussion.....	62
Retour sur les objectifs et hypothèses de recherche.....	63
Première hypothèse.....	63
Deuxième hypothèse.....	68
Première investigation exploratoire.....	72
Seconde investigation exploratoire.....	75
Implications cliniques et scientifiques	76
Forces, limites et pistes de recherches futures	78
Conclusion.....	81
Références	83
Appendice A. Invitation à participer à l'étude (affiche publicitaire)	98
Appendice B. Message d'invitation accompagnant l'affiche publicitaire	100
Appendice C. Courriel aux professionnels	102
Appendice D. Lettre informative	104
Appendice E. Questionnaire sociodémographique et caractéristiques personnelles	108
Appendice F. Version française du Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2)	111
Appendice G. Version française du Narcissistic Personality Inventory (NPI)...	116
Appendice H. Version française du Pathological Narcissism Inventory (PNI)....	118
Appendice I. Version française du Experiences in closes relationships (ECR-12)	124
Appendice J. Version française du Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	127

Appendice K. Version française du Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).....	130
Appendice L. Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI).....	133
Appendice M. Version française de l'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64).....	135
Appendice N. Analyses descriptives des variables sociodémographiques et caractéristiques personnelles.....	140
Appendice O. Analyses descriptives des facteurs de préoccupations alimentaires, du narcissisme, de l'attachement, de la régulation émotionnelle et des difficultés interpersonnelles	142
Appendice P. Analyse en composantes principales des facteurs de préoccupations alimentaires.....	147
Appendice Q. Analyse en composantes principales des facteurs des traits de la personnalité narcissique (NPI).....	149
Appendice R. Analyse en composantes principales des facteurs de difficultés de régulation émotionnelle.....	151
Appendice S. Analyse en composantes principales des facteurs de difficultés relationnelles (EQRI).....	153
Appendice T. Matrice de corrélations de Pearson entre les variables à l'étude ...	155
Appendice U. Matrice de corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques et les préoccupations alimentaires.....	158
Appendice V. Analyse des effets d'interaction des variables de fonctionnement intra et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) sur les préoccupations alimentaires.....	160
Appendice W. Analyse de régression hiérarchique de l'interaction des variables de fonctionnement intra et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et des variables du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) avec le groupe d'âge sur les préoccupations alimentaires.....	164

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Analyse de régression multiple des variables de fonctionnement intrapersonnel (difficultés interpersonnelles, qualités des relations, attachement et régulation émotionnelle) sur les préoccupations alimentaires 55
- 2 Analyse de régression multiple hiérarchique des variables de fonctionnement intrapersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et des variables du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) sur les préoccupations alimentaires 58

Remerciements

D'abord, j'aimerais remercier mon directeur de mémoire doctoral, Jean Descôteaux, pour tout le soutien apporté durant mon parcours doctoral en lien avec la réalisation de cette étude. Tu as su m'épauler durant ces six années par ta présence, ton écoute, ta patience, tes judicieux conseils et ton aide précieuse pour les analyses statistiques. Un immense merci Jean de m'avoir si bien dirigé, c'est un honneur de t'avoir rencontré et de partager ma fierté avec toi.

Je tiens également à remercier le département de psychologie, les professeurs et chargés de cours associés, particulièrement Marie Papineau, Lise Gagnon et Anne Lafontaine ainsi que les étudiants avec qui j'ai passé à la fois des années très difficiles et extrêmement enrichissantes. Un merci particulier à Caroline Dussault et Cynthia Aubin-Cantin pour votre amitié simplement qui compte beaucoup à mes yeux.

J'aimerais remercier François Desruisseaux, mon superviseur clinique depuis trois ans, pour qui j'ai énormément de gratitude et de respect. Merci pour ton professionnalisme, ton expertise et ta confiance. Tu as grandement enrichi mon travail clinique et je t'en suis reconnaissante.

Merci à mon conjoint Mathieu pour tout l'amour, la confiance et la fierté que tu me portes. À ma fille Florence, mon bébé de doctorat, tu m'as inspirée et motivée comme personne d'autre n'aurait pu le faire. Je vous aime.

Introduction

Le trouble des conduites alimentaires (TCA) est un phénomène en croissance dans les sociétés industrialisées. Selon Hoek (2006), le taux d'incidence de l'anorexie mentale et de la boulimie serait, respectivement, de 8 et 13 sur 100 000 personnes par an. Par ailleurs, le taux d'incidence de l'anorexie mentale ne cesserait d'augmenter chez les femmes de 15 à 24 ans depuis les années 1970. Cette problématique peut paraître rare dans la population générale, mais elle est particulièrement fréquente chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les taux de prévalence se situent pour l'anorexie mentale et la boulimie à 0,3 % et 1 % de la population respectivement. Selon des auteurs québécois (Gauvin, Steiger, & Brodeur, 2009), les taux de prévalence seraient beaucoup plus élevés que ce que la recherche laisse supposer. En effet, il serait réaliste de croire que de 10 à 15 % des femmes de la population générale souffrent d'une perturbation alimentaire significative pouvant être classée parmi les TCA.

Les TCA ont des effets désastreux sur la santé physique et psychologique des gens qui en souffrent en plus de mettre leur vie en danger (Antoine, 2010). En effet, ils représentent le plus haut taux de mortalité parmi tous les troubles mentaux (Agras, 2001; Hoek, 2006). Ce taux serait difficile à interpréter, mais il pourrait varier de 0 à plus de 20 % (Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner, & Gao 2005; Sullivan, 1995). Plus exactement, c'est les patientes atteintes d'anorexie mentale qui auraient le plus grand risque de mortalité parmi tous les troubles psychiatriques, et il semble que la chronicité de la maladie est un facteur crucial du décès prématurité. (Franko et al., 2013). D'ailleurs, selon une étude réalisée par Franko et ses collègues (2013), tous les décès répertoriés étaient

chez des femmes adultes d'âge moyen. Les causes de ces décès étaient principalement reliées aux conséquences des symptômes du TCA, dont le faible poids qui occasionne des difficultés cardiaques, alors que pour certaines patientes, le décès était par suicide. Plus le traitement débute tôt lorsqu'il y a apparition des symptômes, meilleur est le pronostic d'où l'importance de détecter et d'intervenir le plus précocement possible (Franko et al., 2013). Le traitement de ces troubles demeure difficile et les taux de rechute et d'abandon du traitement sont élevés (Franko et al., 2013; Ostiguy, Meilleur, Taddeo, & Frappier, 2017).

Chez les patientes ayant des comportements de frénésie alimentaire extrême, il peut y avoir présence d'obésité (Villajero et al., 2014) et d'obésité morbide (Borgès Da Silva et al., 2018). Certains auteurs (Borgès Da Silva et al., 2018) rapportent que le taux de prévalence pour les gens atteints d'hyperphagie dans la population générale serait de 15 %. Parmi ceux-ci, 10 % souffriraient d'obésité pouvant éventuellement mener à de l'obésité morbide. Une autre étude fait mention qu'aux États-Unis, il y aurait 72 millions de personnes aux prises avec un problème d'obésité (Bean, Stewart, & Olbrisch, 2008) et que parmi ceux-ci, de 7 à 30 % répondent aux critères de l'hyperphagie boulimique. Les personnes souffrant d'obésité se mettent à risque de développer d'autres problèmes de santé non négligeables tels que le diabète, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'apnée du sommeil, l'arthrite et le cancer (Pender & Pories, 2005; Vetter, Dumon, & Williams, 2011). De plus, l'obésité représente 400 000 décès par année aux États-Unis (Olivier, 2006). Bien que l'obésité ne soit pas classifiée dans les troubles mentaux, il y a des liens évidents avec les accès hyperphagiques (APA, 2013).

Le régime alimentaire peut constituer un passage vers le spectre des TCA. D'ailleurs, de nombreuses études cliniques rapportent que l'adoption d'un régime alimentaire précéderait l'apparition d'un TCA (Fairburn & Cooper, 1984; Russel, 1979; Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie, & Bulik, 2003). Le régime alimentaire possède des particularités communes avec les TCA dont des préoccupations concernant le poids corporel, une alimentation désordonnée et des pratiques alimentaires restrictives (French & Jeffery, 1994; Kamryn & Yongjoo, 2016). En effet, les régimes amaigrissants sont fréquents dans notre société, mais ces comportements sont souvent banalisés et négligés. La normalisation des régimes amaigrissants ainsi qu'une compréhension limitée de ce qui prédit la progression des comportements alimentaires restrictifs vers un TCA rend la prévention difficile (Kamryn & Yongjoo, 2016).

Il est possible de remarquer que la population sous-clinique des TCA a été peu étudiée. Cette population se traduit par la présence de symptômes des TCA sans toutefois remplir tous les critères pour obtenir un diagnostic d'anorexie, de boulimie ou d'hyperphagie boulimique. Un des symptômes définissant cette population est la présence de préoccupations alimentaires et corporelles (Gowers & Shore, 2001). La documentation scientifique met en lumière des similarités entre les personnes ayant des préoccupations alimentaires et celles présentant un diagnostic de TCA, notamment une détresse psychologique comparable, une alimentation désorganisée, une insatisfaction corporelle ainsi qu'une préoccupation pour le poids. De plus, les personnes aux prises avec des préoccupations alimentaires sont susceptibles d'adopter un régime alimentaire pouvant

avoir comme conséquence le développement d'un TCA. Ainsi, la présente étude s'intéresse aux femmes aux prises avec des préoccupations alimentaires, mais qui ne satisfont pas nécessairement les critères diagnostiques des TCA. Considérant qu'il existe un lien entre les enjeux narcissiques et les TCA, et que les TCA et les préoccupations alimentaires ont une symptomatologie apparentée, il apparaît intéressant de se pencher sur la population sous-clinique afin d'en dégager des patrons de correspondance. Certaines variables telles que l'attachement, la régulation émotionnelle et les difficultés interpersonnelles ont déjà été étudiées et leurs liens avec les TCA sont confirmés depuis plusieurs décennies. Toutefois, les hypothèses récentes suggèrent que d'autres facteurs pourraient être à l'origine du développement des TCA tel que le narcissisme. C'est donc pourquoi il est intéressant de révéifier la pertinence des variables déjà étudiées tout en ajoutant deux facettes pathologiques du narcissisme, soit le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable, ainsi que le narcissisme normal, afin de voir si le narcissisme apporte un impact supplémentaire sur la compréhension des préoccupations alimentaires. Plus précisément, l'étude vise à mieux comprendre l'importance des caractéristiques narcissiques au-delà de l'effet de certaines variables déjà étudiées comme étant prédominantes à l'endroit des préoccupations alimentaires et des troubles des conduites alimentaires (TCA).

Contexte théorique

Population industrialisée

Malgré la croyance populaire que les TCA sont exclusivement une problématique qui concerne les Occidentaux de milieux socio-économiques aisés, il est démontré par plusieurs experts que ce n'est pas le cas. Les TCA toucheraient non seulement les classes sociales favorisées, mais également les moins nanties (Godin, 2016; Pomerleau, 2001). De plus, dans une étude menée aux États-Unis par Zhang et Snowden (1999), les résultats ont montré que même si la prévalence est plus faible chez certaines communautés ethniques telles que les communautés noires, hispaniques et asiatiques que dans la communauté blanche caucasienne, il y a tout de même présence de ces troubles. D'ailleurs, dans le DSM-5 (APA, 2013), il est proposé que les gens de ces communautés ayant des problématiques au niveau de l'alimentation utilisent moins les services en santé mentale ce qui pourrait expliquer en partie la différence des taux de prévalence entre les différentes communautés ethniques. De plus, le désir de la maigreur peut être influencé par la culture environnante de l'individu et ainsi, être plus ou moins présent dans différentes cultures (Matsunaga & Kiriike, 2003). Par ailleurs, il semblerait que la prise en compte de l'écart au niveau de la classe sociale et de l'origine ethnique rencontrent des difficultés méthodologiques au sein de certaines études sur les TCA ce qui limite grandement la portée de leurs résultats et conclusions (Godin, 2016).

Les troubles alimentaires chez les hommes

Cette problématique afflige également de plus en plus d'hommes, et bien qu'ils partagent des risques communs, il y aurait des différences significatives sur le plan de la

symptomatologie entre les sexes (Jones & Morgan, 2010; Valls & Chabrol, 2014). Les hommes seraient davantage touchés par la boulimie et l'hyperphagie que l'anorexie mentale (Pomerleau, 2001) et présenteraient un grand désir pour la musculature (Jones & Morgan, 2010). Chez les hommes, l'établissement du diagnostic est plus complexe, car les théories dominantes sur les TCA sont construites à partir de l'expérience de femmes, limitant la possibilité d'identifier un TCA et d'avoir recours à un traitement (Flanery, 2017). Par ailleurs, avec la mise en œuvre de nouveaux critères diagnostiques dans le DSM-5, des études confirment une augmentation de 28,9 % des TCA chez les hommes, ce qui démontre bien la réalité actuelle de ce phénomène (APA, 2013; Smink, van Hoeken, Oldehinkel, & Hoek, 2014; Vo, Lau & Rubinstein, 2016).

Les troubles alimentaires chez les femmes d'âge moyen

Sans minimiser les problématiques alimentaires chez les hommes, la plus grande partie de la documentation montre toutefois que les TCA sont généralement associés à une population d'adolescentes et de jeunes femmes adultes (Podfigurna-Stopa et al., 2015). En effet, l'âge typique où se développe un TCA se situe entre 16 et 25 ans (Podfigurna-Stopa et al., 2015). En ce qui concerne l'anorexie mentale, de 10 à 20 % des patientes ont les premières manifestations du trouble avant l'âge de 12 ans (Pomerleau, 2001). Néanmoins, un nombre important de femmes d'âge moyen, c'est-à-dire entre 40 et 60 ans, souffre de ce trouble. Parmi ces femmes se trouvent celles qui ne se sont pas rétablies complètement d'un TCA développé à l'adolescence, celles qui rechutent et celles qui en développent un pour la première fois (Gadalla, 2008; Podfigurna-Stopa et al.,

2015). Selon une étude de Mangweth-Matzek et ses collègues (2014), réalisée auprès de 715 femmes de 40 à 60 ans, 10 % de celles-ci ont rapporté des symptômes remplissant soit tous les critères d'un TCA du DSM-IV ou encore des symptômes importants (frénésie alimentaire, comportements compensatoires ou restrictifs), mais demeurant sous le seuil clinique. Certaines études ont également démontré que l'hyperphagie boulimique était davantage présente chez les femmes plus âgées (Fisher, Schneider, Burns, Symons, & Mandel, 2001; Hay, 1988). L'étude GABI (Gender and body image) de Gagne et ses collègues (2012) a rapporté que 13 % de l'échantillon composé de femmes âgées de 50 ans et plus présentait une quelconque forme d'un TCA. Les symptômes les plus communs étaient l'hyperphagie (3,5 %) et les comportements purgatifs sans hyperphagie (7,8 % - Gagne et al., 2012; Podfigurna-Stopa et al., 2015). Selon plusieurs auteurs (Gadalla, 2008; Gagne et al., 2012; Mangweth-Matzek et al., 2014; Slevec & Tiggemann, 2011; Tiggemann, 2004; Tiggemann & Lynch, 2001), les résultats pourraient s'expliquer par le fait que l'insatisfaction corporelle et la quête de la minceur demeurent stables pour l'ensemble de la tranche d'âge de 20 à 84 ans. Cela dit, peu importe la trajectoire du trouble alimentaire, il semble que l'insatisfaction corporelle et les préoccupations alimentaires puissent même continuer d'augmenter avec les années (Slane, Klump, McGue, & Iacono, 2014).

Comorbidité

Les TCA présentent souvent un tableau clinique de comorbidité, c'est-à-dire qu'il peut y avoir une ou plusieurs psychopathologies en plus du TCA chez une même

personne. Les tableaux cliniques complexes et variés rendent ainsi plus difficile le traitement de ces troubles, et par le fait même le traitement des TCA. Parmi les autres troubles associés se trouvent le trouble dépressif caractérisé, les troubles anxieux et les troubles de l'usage d'une substance (Farstad, McGeown, & von Ranson, 2016; Macgregor & Lamborn, 2014). McCarthy (1990) fait mention que la présence de dépression chez les jeunes femmes atteintes de TCA est corrélée avec le degré d'insatisfaction corporelle propre à chacune des patientes ainsi qu'à l'importance qu'elles accordent à leur image corporelle. Ainsi, cet auteur suggère que si les idéaux de beauté et de minceur proposés par la société étaient plus représentatifs de la réalité, les symptômes dépressifs et les TCA seraient grandement diminués. Selon Kaye et ses collègues (2004), les trois quarts des participantes de leur étude avaient, en plus d'un TCA, un ou plusieurs diagnostics dans la catégorie des troubles anxieux, dont le trouble obsessionnel-compulsif et l'anxiété sociale. De plus, selon une autre étude (Bahji et al., 2019), une personne sur cinq ayant un TCA développera un trouble de l'abus de substance au cours de sa vie. Les comportements de frénésie alimentaire et de purges seraient davantage associés aux problèmes d'abus de substances.

Les troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) se définissent par des perturbations et des préoccupations intenses en matière d'alimentation, de poids et d'image corporelle ainsi que par des pratiques alimentaires inadaptées, telles qu'une contrainte excessive au niveau calorique, une frénésie alimentaire (hyperphagie) et des gestes compensatoires

(vomissements provoqués, utilisation inadéquate de laxatif, diurétique ou lavement et exercice physique intense) (Steiger & Thaler, 2016). Les troubles du comportement alimentaire s'expriment de différentes façons. Le DSM-5 (APA, 2013) est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux utilisés en Amérique du Nord pour établir un diagnostic. Pour la catégorie des troubles des conduites alimentaires, on y retrouve les sous-catégories suivantes : l'anorexie mentale, la boulimie, les accès hyperphagiques, les autres troubles de l'alimentation spécifiés et les troubles de l'alimentation non spécifiés. Il doit y avoir une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'un autre domaine important de la vie pour qu'un diagnostic soit donné (APA, 2013).

L'anorexie mentale

L'anorexie mentale consiste en une réduction de l'apport énergétique nécessaire par rapport aux besoins de l'individu, conduisant à un très faible poids, c'est-à-dire à un niveau inférieur à la norme généralement attendue en fonction de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique de la personne. Ce trouble est caractérisé par une peur intense de prendre du poids ou devenir gros et par des comportements persistants qui interfèrent avec le gain de poids, et ce, même si l'individu a un faible poids. De plus, la personne peut présenter une déformation dans la perception de son poids ou de la forme de son corps, un manque de reconnaissance de la maigreur ou encore que le poids ou la forme du corps influence fortement l'estime de soi. L'anorexie mentale peut se développer selon deux formes, soit de type restrictif ou de type accès

hyperphagiques/purgatif. La perte de poids du type restrictif est accomplie principalement par un régime alimentaire strict, par le jeûne ou l'exercice physique excessif. Le type accès hyperphagiques/purgatif quant à lui se résume par des comportements récurrents de glotonnerie et/ou des comportements de purge, soit des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, diurétiques ou lavements (APA, 2013). La différence entre ce type d'anorexie et la boulimie est que pour une personne atteinte d'anorexie, son poids restera sous la norme attendue en dépit des comportements de frénésie alimentaire. L'anorexie mentale peut avoir des conséquences physiologiques néfastes dont l'aménorrhée, la perte de la densité osseuse et des perturbations des constantes vitales (par ex. : rythme cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, etc.) en plus d'avoir des conséquences sur la santé psychologique (par ex. : symptômes dépressifs, diminution de l'intérêt pour la sexualité, retrait social, irritabilité, etc.). La prévalence pour une période de 12 mois chez les jeunes femmes est de 0,4 % (APA, 2013).

L'indice de masse corporelle (IMC) est l'instrument utilisé afin d'évaluer le seuil de sévérité chez les adultes atteints d'anorexie mentale. L'IMC se calcul à partir de la formule suivante : poids (kg) / taille (m) ². Un IMC inférieur à 18,5 représente une insuffisance pondérale. Un IMC entre 18,5 et 24,9 représente un poids normal santé. L'IMC d'un surplus pondéral se situe entre 25 et 29,9. Un IMC supérieur à 30 est représenté par l'obésité tandis qu'un IMC égal ou supérieur à 40 représente une obésité extrêmement élevée (Santé Canada, 2003). Ainsi, chez les patientes atteintes d'anorexie

mentale, une sévérité légère se résume à un IMC de 17 ou plus, tandis qu'une sévérité extrême se caractérise par un IMC de moins de 15 (APA, 2013).

La boulimie

La boulimie se caractérise par des comportements récurrents de frénésie alimentaire. Les frénésies alimentaires sont représentées par des crises de glotonnerie, réalisées dans une période de temps limitée (moins de deux heures), durant laquelle une personne ingère une quantité importante de nourriture, largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient en temps et circonstances similaires. De plus, il doit y avoir la présence d'un sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire, c'est-à-dire, une impossibilité de se retenir de manger, une impression de ne pas pouvoir contrôler ce qui est mangé ou la quantité mangée. Les accès hyperphagiques se poursuivent souvent jusqu'à une sensation douloureuse de distension abdominale. Ces épisodes de frénésie alimentaire sont accompagnés de comportements compensatoires inappropriés et répétitifs afin de prévenir le gain de poids comme les vomissements provoqués, l'abus de laxatifs, la consommation de diurétique ou d'autres médicaments, le jeûne et l'exercice physique excessif. Pour l'obtention du diagnostic, les accès hyperphagiques doivent avoir lieu au moins une fois par semaine pendant 3 mois. Tout comme l'anorexie mentale, ces patientes présentent une peur de grossir, un désir de perdre du poids et une insatisfaction corporelle. De plus, leur estime de soi est aussi grandement influencée par le poids ou la forme du corps (APA, 2013). La prévalence pour une période de 12 mois chez les jeunes femmes est de 1 à 1,5 % (APA, 2013).

C'est la fréquence des comportements compensatoires inappropriés qui est utilisée afin d'évaluer le seuil de sévérité. Pour une sévérité légère, il est question d'entre 1 et 3 épisodes par semaine, alors qu'entre 4 et 7 épisodes il s'agit d'une sévérité moyenne. Entre 8 et 13 épisodes, il est question d'une grave sévérité, tandis que pour une sévérité extrême, il doit y avoir une moyenne d'au moins 14 épisodes par semaine.

Les accès hyperphagiques

Les accès hyperphagiques comprennent les éléments de la boulimie, c'est-à-dire des comportements récurrents de frénésie alimentaire tels que décrits précédemment, mais sans les comportements compensatoires inappropriés (APA, 2013). Pour remplir les critères du diagnostic, la personne doit avoir au moins deux épisodes par semaine pendant au moins six mois et répondre à d'autres symptômes tels que manger beaucoup plus rapidement que la normale, manger jusqu'à se sentir mal (distension abdominale), manger de grandes quantités de nourriture alors que la personne ne ressent physiquement pas la faim, manger seule et se sentir dégoûté, gêné ou coupable après avoir trop mangé (Bean et al., 2008). Les patients atteints d'accès hyperphagiques ressentent souvent de la honte par rapport à leur comportement alimentaire et il n'est pas rare qu'ils cachent ou dissimulent le plus possible les crises de frénésies alimentaires. Ces crises font souvent suite à des affects négatifs témoignant d'une difficulté à réguler les émotions négatives. Parmi les éléments déclencheurs se trouvent : les conflits interpersonnels, les régimes restrictifs, les pensées négatives par rapport au poids, à la forme corporelle ou à la nourriture et l'ennui. Ainsi, les crises de frénésies alimentaires atténuent ces éléments de

façon temporaire. Une autodépréciation et des symptômes dépressifs peuvent en être les conséquences tardives. La prévalence pour une période de 12 mois aux États-Unis chez les femmes est de 1,6 % et 0,8 % chez les hommes (APA, 2013). Il s'agit du trouble alimentaire le plus répertorié dans la littérature chez les hommes.

C'est la fréquence des accès hyperphagiques qui permettent d'établir le seuil de sévérité. Entre 1 et 3 épisodes de frénésies alimentaires par semaine, il s'agit d'une sévérité légère. Entre 4 et 7 épisodes, il s'agit de sévérité moyenne alors qu'entre 8 et 13 il s'agit d'une sévérité grave. Lorsqu'il y a 14 épisodes d'accès hyperphagiques ou plus par semaine, il est question de sévérité extrême (APA, 2013).

Les autres troubles de l'alimentation spécifiés

Cette catégorie regroupe l'anorexie mentale atypique, la boulimie de faible fréquence et/ou de durée limitée, les accès hyperphagiques de faible fréquence et/ou de durée limitée, le trouble purgatif et le syndrome d'alimentation nocturne (APA, 2013). Ces troubles ne seront pas détaillés pour la présente étude.

Les troubles de l'alimentation non spécifiés

Cette catégorie est utilisée lorsqu'une personne présente suffisamment de symptômes pour entraîner une détresse cliniquement significative ou une altération de son fonctionnement social, professionnel ou autre, mais qu'elle ne remplit pas tous les critères d'un trouble alimentaire spécifique (APA, 2013).

Taux de rémission des TCA

Très peu d'études longitudinales existent dans la littérature sur l'évolution des symptômes des TCA ainsi que sur le pronostic. Toutefois, une étude réalisée en Suède par Theander en 1985 décrit bien l'évolution de l'anorexie mentale sévère pour 94 jeunes femmes ayant connu plusieurs hospitalisations sur une période de 25 ans (Pomerleau, 2001). Le taux de rémission entre la 3^e et la 24^e année passe de 27 à 76 %. Le taux de mortalité se situe à 15 % en raison de complications médicales et de suicides. Cette étude a aussi permis de conclure qu'un bon nombre de patientes présentaient une évolution intermédiaire des symptômes, c'est-à-dire, que les symptômes s'amélioraient avec les années, mais qu'il y avait certains symptômes persistants, par exemple un poids légèrement inférieur à la normale. Cela indique que les préoccupations alimentaires et corporelles perdurent au long cours (Pomerleau, 2001).

Les préoccupations alimentaires

La problématique des troubles des conduites alimentaires est étudiée depuis de nombreuses années, mais les études menées auprès de populations montrant des symptômes sous-cliniques (pathologie alimentaire légère ou préoccupations alimentaires) sont plutôt rares. La population sous-clinique se définit par les femmes qui présentent des symptômes des TCA sans toutefois remplir tous les critères pour obtenir un diagnostic d'anorexie, de boulimie ou d'hyperphagie boulimique. La Société canadienne de Pédiatrie indique que l'utilisation de critères diagnostiques précis (ceux du DSM-IV) contribue à sous-estimer les premières manifestations sous-cliniques des TCA. En effet, ces premières

manifestations symptomatiques sont plus présentes que la documentation scientifique ne le laisse entendre, puisque dans une étude réalisée en France en 2004 (Lachaud, Miquel, Rousseau, & Chabrol), la majorité des participantes présentaient une insatisfaction corporelle menant à des pratiques alimentaires malsaines fondées sur un contrôle du poids inadéquat, injustifié, nocif pour leur santé et nuisant à leur bien-être psychique, physique et social. Celles-ci démontrent des préoccupations excessives pour leur alimentation, leur poids, leur silhouette ou l'exercice physique (Lachaud et al., 2004). Plus exactement, 67,3 % des femmes ayant répondu aux questionnaires trouvent une ou plusieurs parties de leur corps trop grosses, alors que 9,6 % seraient réellement en surpoids. Aussi, 80,7 % des participantes ont rapporté utiliser les stratégies de contrôle de poids pouvant être dangereuses pour leur santé. Malgré le fait que les préoccupations alimentaires peuvent paraître moins graves que les TCA, elles peuvent mener au développement d'un de ces troubles (Lachaud et al., 2004). D'ailleurs, Bunnell et ses collègues (1990) ont découvert que les patientes atteintes d'anorexie mentale sous-clinique présentaient une détresse psychologique comparable aux patientes ayant reçu un diagnostic de TCA. La détresse psychologique ne serait donc pas associée au degré de perte de poids. Cette prévalence élevée donne lieu à une réflexion sur les formes de prévention. Ainsi, le dépistage est très important afin d'identifier les facteurs de risques (par ex., préoccupation pour le poids et la silhouette) et de prévenir l'évolution défavorable des symptômes sous-cliniques en TCA. Considérant les nombreux facteurs communs entre les préoccupations alimentaires et les TCA, il apparaît donc pertinent de s'intéresser à une population présentant une

problématique alimentaire sous-clinique sur le plan symptomatique, marqué par la présence de préoccupations alimentaires plus ou moins prononcées et envahissantes.

Les facteurs contributifs

Encore aujourd'hui, le développement des TCA demeure multifactoriel puisque des facteurs biologiques, environnementaux, familiaux et psychologiques contribuent à l'apparition des symptômes (Aimé & Bégin, 2007). Parmi les facteurs biologiques se trouvent les prédispositions génétiques, les mécanismes neuroendocriniens et les déficits en neurotransmetteurs. Les facteurs environnementaux ou sociaux sont représentés par les standards ou les critères de beauté et d'image corporelle inculquée par la société. Dans le contexte socioculturel d'aujourd'hui, la minceur apparaît comme une norme et un idéal de beauté. Cette pression sociale affecte les individus et particulièrement les adolescentes alors qu'elles construisent leur sentiment d'identité. Un autre élément socioculturel réfère aux préjugés envers l'obésité et au paradoxe qui lui est associé. D'un côté, la société multiplie les images de minceur, prône l'activité physique et les régimes amaigrissants, et de l'autre côté, promeut la restauration rapide de sorte que les problèmes d'obésité n'ont jamais été aussi présents. Parmi les facteurs familiaux se trouvent la surprotection des parents, les liens familiaux très serrés, l'absence de résolution des conflits et les abus sexuels. Finalement, parmi les principaux facteurs psychologiques se trouvent la personnalité (structure de personnalité limite), l'impulsivité, une peur de la maturité, une faible estime de soi, etc. (Pomerleau, 2001; Samuel-Lajeunesse & Foulon, 1994). De plus, la documentation scientifique fait état de relations existantes entre les TCA et

l'attachement, la régulation émotionnelle et les difficultés relationnelles. Il sera question de ces relations un peu plus loin.

Les TCA et la personnalité

Il semble que les caractéristiques de la personnalité jouent un rôle important dans l'étiologie des TCA (Macgregor & Lamborn, 2014; Raynal, Melioli, & Chabrol, 2016). Chez la plupart des cas sévères de TCA, les patientes présentent également une pathologie au niveau de la personnalité. L'anorexie mentale serait liée davantage au perfectionnisme, à l'ordre, à la rigidité et au contrôle. Ainsi, quelques études (Farstad et al., 2016; Wonderlich & Mitchell, 2001) font mention que l'anorexie mentale corrèle fortement avec le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive. La boulimie serait quant à elle liée à des traits d'impulsivité (Farstad et al., 2016; Keel & Mitchell, 1997), à la labilité émotionnelle (Samuel-Lajeunesse & Foulon, 1994), à des comportements suicidaires et autodestructeurs comme l'automutilation (Johnson, Tobin, & Dennis, 1990; Wonderlich & Swift, 1990) et ainsi corrèle fortement avec le trouble de la personnalité limite (Vitousek & Manke, 1994; Wonderlich & Mitchell, 1992; Wonderlich & Mitchell, 2001). Toujours en lien avec la personnalité, Steiger et ses collègues (1997) ont démontré que les patientes atteintes d'un TCA avaient des scores beaucoup plus élevés pour le narcissisme en comparaison avec toutes les autres psychopathologies. Ceci illustre la défaillance des assises narcissiques chez ces patientes, et plus particulièrement chez celles présentant des symptômes boulimiques. En effet, Steiger et son équipe (1997) ont constaté que chez les patientes atteintes de boulimie, même lorsqu'elles ont récupéré de leur TCA, elles

présentent encore des traits de personnalité narcissique, caractérisés en outre par une hypersensibilité aux expériences interpersonnelles, ce qui suggère que ces traits peuvent représenter une certaine vulnérabilité à développer la maladie. L'étude de Farstad et ses collègues (2016) a également observé la présence de certains traits de personnalité, présents chez l'ensemble des participantes, et ce, peu importe le diagnostic de TCA : la peur de la critique, la peur du rejet ou d'être embarrassée, l'impression d'être inadéquate, la sensibilité accrue au jugement des autres et l'évitement. Cela démontre le lien entre le trouble de la personnalité évitante et les TCA. Cette même étude a également illustré le lien entre le trouble de la personnalité limite et le trouble de la personnalité paranoïde avec les TCA. Les chercheurs expliquent cela par des traits de personnalité concomitants, soit une difficulté de régulation émotionnelle, de l'anxiété, de l'agressivité, de la paranoïa et de la méfiance envers autrui. Cela illustre l'importance d'évaluer la personnalité chez les patientes ayant un TCA afin de mieux cerner le traitement (Farstad et al., 2016).

L'attachement

L'attachement peut être défini comme un lien affectif fort entre une personne et une autre qui les unit et perdure au fil du temps (Ainsworth & Bell, 1989). Tout au long de la première année, l'enfant dont l'attachement est sécurisé se construit progressivement une représentation intériorisée (Bowlby, 1969) de sa figure d'attachement comme étant habituellement disponible et accessible et répondant favorablement à ses besoins fondamentaux (Ainsworth, 1979). Cela contribue alors à l'émergence d'un sentiment de sécurité. Selon la théorie de Bowlby (1978), la confiance envers la disponibilité de la

figure d'attachement influencera le modèle de fonctionnement interne construit à partir des représentations de sa propre personne, de l'autre et de leur relation (Broberg, Hjalmer, & Nevonen, 2001) qui aura un impact sur la qualité des relations d'attachement futures (Bowlby, 1969).

À partir des représentations internalisées que la personne a d'elle-même (positive ou négative) et des autres (positive ou négative), des auteurs (Bartholomew & Horowitz, 1991) ont proposé un modèle conceptualisant l'attachement chez l'adulte selon quatre styles. Le premier style est représenté par un attachement sécurisé (représentations de soi et des autres positives). Ces personnes sont confortables avec l'intimité et l'autonomie. Ensuite, au sein de la catégorie de l'attachement insécurisé, trois styles sont décrits. L'attachement préoccupé (représentations de soi négative et des autres positives) est représenté par une forte anxiété face à l'abandon, mais un faible évitement de l'intimité. L'attachement craintif (représentations de soi et des autres négatives) est représenté par une forte anxiété d'abandon ainsi qu'un fort évitement de l'intimité. Finalement, l'attachement détaché (représentations de soi positives et des autres négatives) est caractérisé par une faible anxiété d'abandon, mais un fort évitement de l'intimité.

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) est devenue l'un des cadres de référence les plus importants pour comprendre le fonctionnement relationnel ainsi que la régulation émotionnelle (Mikulincer & Shaver, 2007; Tasca & Balfour, 2014). L'attachement insécurisé apparaît dans un grand nombre de psychopathologies et de

nombreux chercheurs ont démontré la présence de l'attachement de type insécurisé chez les femmes aux prises avec un TCA (Caglar-Nazali et al., 2014; Eggert, Levendosky, & Klump, 2007; Raynault, Rousselet, Acier, & Grall-Bronnec, 2016; Steiger & Houle, 1991; Tasca & Balfour, 2014; Tasca, Ritchie, & Balfour, 2011). Selon certaines études (Lunn, Poulsen, & Daniel, 2012; Ramacciotti et al., 2001; Ringer & Crittenden, 2007), la prévalence de l'attachement insécurisé chez la population des TCA varie de 70 à 100 % et représente un facteur de risque, et ce, peu importe s'il s'agit d'une population TCA (Corcos, 2005) ou sous-clinique (Cavanna, Delogu, & Zavattini, 2012). Parmi les différents styles d'attachement insécurisé, le style détaché est plus souvent retrouvé chez les patientes anorexiques restrictives ayant des symptômes très sévères (Corcos, 2005; Raynault et al., 2016) correspondant à une désactivation, un évitement des émotions et une minimisation de la détresse. L'attachement de type préoccupé est principalement relié à des comportements boulimiques (Corcos, 2005) correspondant à une hyperactivation, un débordement des émotions et une exagération de la détresse.

La régulation émotionnelle

Au sujet de la régulation émotionnelle, deux concepts apparaissent fondamentaux, soit l'alexithymie et l'anhédonie. L'alexithymie fait principalement référence à une difficulté à identifier et à exprimer les affects ainsi qu'une difficulté à distinguer les émotions des sensations physiques (Taylor, Bagby, & Parker, 1991). Les personnes ayant un problème d'alexithymie ont un mode de pensée très concret et il est difficile pour elles de s'intéresser aux processus internes. Ainsi, pour ces personnes la sensation corporelle

de certains affects peut être confondue avec un sentiment de faim ce qui les amènerait à manger plus que ce dont leur corps aurait besoin (Aimé, Cyr, Ricard, Guèvremont & Bournival, 2016). L'anhédonie est caractérisée par une capacité réduite à éprouver du plaisir (Peterson & Knudson, 1983). Dans une étude québécoise réalisée par Aimé et ses collègues (2016), les participantes ayant un score d'alexithymie élevé présentaient également des scores élevés sur le plan des comportements alimentaires problématiques. Dans une autre étude (Deborde et al., 2006), les patientes aux prises avec un TCA avaient des scores plus élevés dans toutes les dimensions de dysrégulation émotionnelle mesurées que le groupe témoin. Ainsi, les difficultés au niveau de la régulation des affects jouent un rôle important au sein des TCA (Tasca et al., 2009).

En plus d'être un facteur déterminant pour le développement des TCA, ces difficultés sont également impliquées dans leur maintien (Bourdier, Maria, Ringuenet, & Berthoz, 2016; Schmidt & Treasure, 2006; Treasure, Corfield, & Cardi, 2012). Plus précisément, certains auteurs ont mis en lumière une forte relation entre les difficultés de régulation émotionnelle et l'anorexie mentale, particulièrement pour le type restrictif (Arcelus, Haslam, Farrow, & Meyer, 2013; Bourdier et al., 2016; Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009; Schmidt & Treasure, 2006). Ces patientes craindraient d'être évaluées négativement et présentent une attitude négative à l'égard de l'expression émotionnelle (Arcelus et al., 2013). Hibert et Tuschen-Caffier (2007) ont pour leur part découvert une association entre les difficultés émotionnelles et la frénésie alimentaire. Dans ce contexte, les symptômes associés au TCA, notamment les frénésies alimentaires

et les comportements compensatoires, pourraient représenter des stratégies malsaines de régulation émotionnelle afin d'échapper aux émotions trop douloureuses (Harrison et al., 2009).

Les difficultés interpersonnelles

Les difficultés relationnelles ou interpersonnelles peuvent être définies comme des difficultés récurrentes éprouvées dans le lien aux autres (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993). Elles se rapportent principalement à des problèmes de communication (Raykos, McEvoy, Carter, Fursland, & Nathan, 2014), plus exactement à une difficulté à socialiser, démontrer de l'affection, des tentatives excessives de plaire à l'autre ainsi que des comportements contrôlants (Horowitz et al., 1993). Ces difficultés sont présentes au sein de plusieurs troubles en santé mentale, notamment chez les femmes ayant un TCA (McEvoy, Burgess, & Nathan, 2013). En plus de prédisposer au développement d'un TCA, elles peuvent contribuer à son maintien, ou encore favoriser l'exacerbation des symptômes (Arcelus et al., 2013; McEvoy et al., 2013; Raykos et al., 2014). Cela implique une faible affirmation de soi, une agressivité élevée, une anxiété sociale ainsi qu'un déficit au niveau des habiletés sociales. Selon Raykos et ses collaborateurs (2014), les patientes atteintes d'anorexie mentale ont plus de difficultés relationnelles que les patientes boulimiques. Ainsi, la restriction alimentaire semble liée aux difficultés de socialisation. D'ailleurs, des résultats similaires ont été retrouvés dans d'autres études (Arcelus et al., 2013; McEvoy et al., 2013). Toutefois, les patientes atteintes de boulimie auraient quant à elles des difficultés à faire confiance aux autres et

par conséquent présenteraient des niveaux élevés d'interactions négatives et de conflits relationnels, mais de degré moindre que les patientes anorexiques (Arcelus et al., 2013).

Le narcissisme

Le narcissisme est un concept auquel on s'intéresse depuis longtemps, ayant été exploré dans une variété de domaines y compris la mythologie grecque, les théories psychanalytique et psychodynamique, la pratique psychiatrique et la recherche sur la personnalité. Malgré cette fascination durable pour le narcissisme, il manque un accord sur la conceptualisation du terme (Houlcroft, Bore, & Munro, 2012). S'il est cliniquement décrit ou empiriquement mesuré, il peut être difficile de faire la part des choses entre les observations cliniques et les résultats empiriques (Pincus & Lukowitsky, 2010). De plus, il existe dans la littérature plusieurs définitions du mot narcissisme en fonction des différents auteurs et approches ainsi que des différentes époques. Plusieurs auteurs (Gordon & Dornbeck 2010; Houlcroft et al., 2012; Luchner, Houston, Walker, & Houston, 2011; Maples, Collins, Miller, Fischer, & Seibert, 2011; Miller, Price, Gentile, Lynam, & Campbell, 2012; Pincus & Lukowitsky, 2010; Rose, 2002) se sont intéressés au fonctionnement narcissique chez les individus et non seulement selon une perspective d'un trouble de la personnalité décrite par le DSM. Pour les besoins de ce mémoire doctoral, les définitions de Pincus et ses collègues (2009; 2010) seront majoritairement utilisées puisqu'ils sont les auteurs d'un des outils mesurant le narcissisme chez les participantes de l'étude. De plus, malgré l'absence de consensus concernant ce terme, cette définition est parmi celles les plus fréquemment adoptées, étant donné qu'elle inclut

les deux facettes du narcissisme, soit le narcissisme vulnérable et le narcissisme grandiose, maintenant largement reconnues du narcissisme.

Les traits de personnalité narcissique. Les traits de personnalité narcissique sont une représentation sous clinique du trouble de la personnalité narcissique telle que décrite dans le DSM-5 (APA, 2013). Un individu présentant des traits de personnalité narcissique a à la fois des expressions normales et pathologiques dans les processus de régulation et dans les comportements pour répondre aux différents besoins (Pincus & Lukowitsky, 2010). Chez cet individu, il y aura donc des aspects adaptatifs du narcissisme et des aspects maladaptés du narcissisme. Parmi les traits maladaptés se trouvent une résistance à la rétroaction, se montrer réactif aux attentes non satisfaites, confirmer les opinions positives sur eux-mêmes, l'autovalorisation, se montrer manipulateur, agressif et dominant. Alors que parmi les traits adaptatifs se trouvent un niveau plus faible de névrosisme et de dépression ainsi qu'une grande motivation à la réussite et une plus grande estime de soi (Pincus & Lukowitsky, 2010).

Le narcissisme pathologique. Le narcissisme pathologique s'observe lorsque les traits narcissiques sont plus prononcés et mal adaptés. Il représente un problème ayant des répercussions importantes sur les différentes sphères de fonctionnement de l'individu (Pincus & Lukowitsky, 2010). Deux facettes ou types ressortent, soit le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable avec des constructions très différentes (Pincus & Lukowitsky, 2010).

Le narcissisme grandiose. Le narcissisme grandiose est sensiblement l'équivalent du trouble de la personnalité narcissique tel que décrit dans le DSM-5 (APA, 2013). Comme illustré dans l'article de Pincus et Lukowitsky (2010), les personnes ayant des niveaux élevés de narcissisme grandiose ont tendance à maintenir leur image de soi positive en dévaluant l'opinion des autres, en exagérant leur sentiment de supériorité et en agissant de manière agressive envers ceux qui semblent critiques à leur égard. Il comprend également un grand besoin d'attirer l'attention des autres et d'être admiré (Houlcroft et al., 2012). Ce narcissisme est caractérisé aussi par de la domination, une confiance en soi, l'impudeur, l'exhibitionnisme et l'agressivité (Miller et al., 2012). Ainsi, le narcissisme grandiose est davantage relié à des comportements et des symptômes d'extériorisation (Maples et al., 2011; Miller et al., 2012). Il est par ailleurs possible de dégager deux dimensions chez le narcissisme grandiose, soit les processus intrapsychiques et les composantes comportementales. Les processus intrapsychiques visent à réprimer les aspects négatifs de soi-même et les représentations négatives provenant des autres, à déformer les informations externes qui infirment la pensée, à entretenir une image de soi gonflée, sans réalisation ou compétence pour la justifier et à posséder des fantasmes de puissance illimitée, de supériorité, de perfection et d'adulation (Pincus & Lukowitsky, 2010). Sur le plan des composantes comportementales, il est possible de retrouver chez le narcissique grandiose des comportements d'exploitation, un manque d'empathie, une envie intense, de l'agressivité et de l'exhibitionnisme (Pincus & Lukowitsky, 2010). L'individu qui présente un narcissisme grandiose peut parfois faire acte de bonté en fournissant un soutien matériel ou affectif aux autres. Par contre, il aura tendance à

ressentir du mépris pour la personne aidée et profitera de cette situation pour refléter sa grande importance et ses capacités supérieures (Pincus & Lukowitsky, 2010). Les traits de personnalité sous-jacents sont une haute extraversion, une faible amabilité et une faible tendance à la névrose (Maples et al., 2011). Il est aussi associé à des traits de personnalité tels que l'impudeur, la séduction et un refus de se conformer aux figures d'autorité (Miller et al., 2012). Ce type de narcissisme est également appelé narcissisme manifeste, ouvert ou visible (Luchner et al., 2011; Rose, 2002).

Le narcissisme vulnérable. Bien que le narcissisme vulnérable partage certaines caractéristiques avec le narcissisme grandiose (c'est-à-dire une volonté d'exploiter les autres pour parvenir à ses propres fins, pense que tout lui est dû et des fantaisies grandioses), en somme il n'est pas bien représenté dans le DSM-5 (Gordon & Dornbeck, 2010; Pincus & Lukowitsky, 2010). Contrairement au narcissisme grandiose, les fantaisies grandioses du narcissisme vulnérable vont très souvent être inhibées leur procurant ainsi un sentiment de détresse psychologique (Houlcroft et al., 2012). Le narcissisme vulnérable est caractérisé par une hypersensibilité aux opinions des autres (notamment à la critique), par une grande insécurité et un désir intense d'obtenir l'approbation d'autrui ainsi que par une mauvaise image de soi (Gordon & Dornbeck, 2010). De plus, ces personnes sont plutôt introverties et vivent beaucoup d'émotions négatives (Miller et al., 2012). Il est également possible d'observer chez ces personnes une froideur interpersonnelle, de l'hostilité, un grand besoin de reconnaissance et de l'égoïsme (Miller et al., 2012). Par contre, plutôt que d'avoir des attitudes et comportements arrogants, les personnes

ayant un niveau élevé de narcissisme vulnérable vont ressentir beaucoup de honte et avoir tendance à se retirer des interactions sociales pour éviter les critiques ou le rejet (Gordon & Dombeck, 2010; Houlcroft et al., 2012; Pincus & Lukowitsky, 2010). Ces symptômes d'intériorisation (Maples et al., 2011; Miller et al., 2012) chevauchent ainsi le trouble de la personnalité évitante (Gordon & Dombeck, 2010). Le narcissisme vulnérable est associé à une faible amabilité et extraversion et un très haut niveau de névrosisme (Maples et al., 2011). Il semble davantage lié à des traits méfiants et hostiles, qui pourraient être induits par l'accroissement des émotions négatives, des styles d'attachement insécure, de l'abus ou de la négligence durant l'enfance, notamment de la maltraitance parentale (Maples et al., 2011; Miller et al., 2012). Ce type de narcissisme est également appelé narcissisme secret, fermé ou invisible (Luchner et al., 2011; Rose, 2002).

Le narcissisme et les troubles des conduites alimentaires. Selon Corcos (2005), il est clair qu'il existe un lien entre le narcissisme et les TCA, notamment parce qu'il s'agirait d'une pathologie de la personnalité et du lien. En effet, le narcissisme pathologique témoigne d'un souci exagéré de l'apparence physique et de la présentation, d'une nécessité de la validation externe par l'environnement social, d'une sensibilité interpersonnelle intense et de la propension à la diminution de l'estime de soi (Steiger et al., 1997). En plus d'être centré sur soi, Ronningstam (1998), mentionne que la pathologie du narcissisme inclut également d'autres critères comme la tendance à exploiter les autres, l'arrogance, l'envie ainsi que la préoccupation pour le pouvoir et le succès. Le développement du narcissisme se construit chez l'enfant principalement par le biais de

l'amour maternel (Corcos, 2013). Ainsi, les patientes ayant un TCA ont été confrontées à une défaillance de l'amour maternel, rendant les assises narcissiques fragiles. La pathologie alimentaire serait en quelque sorte un réflexe pour protéger l'identité (Corcos, 2005). Le narcissisme pathologique est plus caractéristique des individus ayant des troubles alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie que les autres troubles psychiatriques, par exemple les troubles anxieux, ce qui suggère qu'il s'agit d'un facteur de risque important en ce qui concerne les troubles alimentaires (Steiger et al., 1997). D'ailleurs, des auteurs (Davis, Claridge, & Cerullo, 1997; Johnson, 1991; Johnson & Connors, 1987) ont fait des parallèles entre les TCA et les enjeux narcissiques où ils ont découvert différentes variations de narcissisme selon les types de patientes, soit de type restrictif (anorexique) ou hyperphagique/purgatif (boulimique). Ils proposent que les patientes de type restrictif gèrent leurs vulnérabilités narcissiques par un surcontrôle et une posture phobique obsessionnelle tandis que les patientes de type hyperphagique/purgatif s'autorégulent par une stimulation chaotique et la recherche d'attention. Plus récemment, d'autres auteurs ont mis en lumière l'existence d'une relation entre les symptômes des TCA et les facettes pathologiques du narcissisme (Dakanalis, Clerici, & Carrà, 2016; Gordon & Dombeck, 2010; Maples et al., 2011). Selon l'étude de Maples et ses collègues (2011), le narcissisme vulnérable est davantage lié aux symptômes de boulimie que le narcissisme grandiose. Toutefois, il pourrait être intéressant d'approfondir davantage cette hypothèse, et ce, avec une population sous-clinique.

Au plan épistémologique, les résultats de ces études font sens puisque les variables indépendantes semblent toutes théoriquement liées. Tel que cité précédemment, le narcissisme se construit à travers l'amour maternel (Corcos, 2013) et une défaillance de cet amour rend les assises narcissiques fragiles. Il va de pair que lorsque l'amour maternel est déficient, cela a un impact important sur la qualité de l'attachement entre l'enfant et la mère. Dans ce contexte, l'enfant développera un attachement de type inséure. Ensuite, les différents styles d'attachement ont été mis en lien avec les stratégies de régulation émotionnelle. Ainsi, l'attachement inséure de type préoccupé ou anxieux, représenté par une forte anxiété face à l'abandon, mais un faible évitement de l'intimité, aura tendance à exagérer ses états affectifs dans un contexte de suractivation du lien, alors que l'attachement détaché ou évitant, caractérisé par une faible anxiété d'abandon, mais un fort évitement de l'intimité, aura plutôt tendance à minimiser ses états affectifs dans un contexte de sous-activation du lien. Plus précisément, les personnes évitantes ont tendance à bloquer, inhiber, nier ou supprimer tout état émotionnel incongru dans le but de maintenir le lien d'attachement désactivé. Ces personnes vont aussi tenter de bloquer les réactions émotionnelles de leur figure d'attachement pour éviter de réactiver des besoins d'attachement indésirables (Mikulincer & Shaver, 2019). Dans le même ordre d'idée, les personnes anxieuses vont intensifier les états émotionnels, dans le but d'obtenir de l'amour, du soutien et du réconfort de la figure d'attachement. Ces personnes présentent une hypervigilance de leurs émotions où l'on observe une rumination mentale exacerbant leur détresse (Mikulincer & Shaver, 2019). De plus, une étude a mis en évidence que l'attachement inséure chez l'enfant est associé à des stratégies distinctes de régulation

des émotions (sur ou sous-activation) à l'âge adulte, et ce, de 20 à 35 ans plus tard (Girme, Jones, Fleck, Simpson, & Overall, 2020). Finalement, rappelons que les difficultés interpersonnelles se caractérisent comme étant des difficultés récurrentes éprouvées dans le lien aux autres (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993). L'intérêt pour les relations interpersonnelles est indispensable puisque le style d'attachement a un impact sur la qualité des relations interpersonnelles.

L'étude s'inspire de la thèse doctorale de Dufour (2014), laquelle mettait en lumière des liens entre différentes variables, dont l'attachement, la régulation émotionnelle et la satisfaction relationnelle avec les préoccupations alimentaires. Considérant les résultats significatifs ressortis de l'étude de Dufour (2014) entre ces liens, il apparaît intéressant de reprendre une partie de ces variables en ajoutant celle du narcissisme afin d'observer s'il existe un lien entre les préoccupations alimentaires et le narcissisme. À l'instar des études ayant démontré un lien considérable entre les TCA et les variables précédemment énumérées, l'étude tente de vérifier si le narcissisme explique une part supplémentaire des préoccupations alimentaires. Il apparaît donc essentiel de s'intéresser au fonctionnement du narcissisme chez des femmes aux prises avec des préoccupations alimentaires, ayant des facteurs communs avec les TCA et ainsi possiblement des enjeux narcissiques similaires puisqu'aucune étude ne s'est intéressée à cette problématique. De plus, sachant que cette population est à risque de développer un TCA, le développement des connaissances théoriques pourrait contribuer aux

connaissances cliniques et prévenir les TCA en considérant les enjeux narcissiques impliqués.

Objectifs et hypothèses

Cette étude a comme principal objectif d'approfondir les connaissances scientifiques quant à l'effet de différentes formes de narcissisme sur les préoccupations alimentaires. La première hypothèse suggère que plus les difficultés sur le plan des relations, de la régulation émotionnelle et de l'attachement sont grandes, plus élevées sont les préoccupations alimentaires. La deuxième hypothèse suggère que le narcissisme, soit les traits, le narcissisme grandiose et vulnérable, exerce un effet positif sur les préoccupations alimentaires au-delà de celui des difficultés sur le plan des relations, de la régulation émotionnelle et de l'attachement. Ensuite, une première exploration s'intéresse à si l'effet supplémentaire des formes de narcissisme sur les préoccupations alimentaires, au-delà des variables de fonctionnement intra et interpersonnel, dépend justement du degré de ces difficultés à savoir les difficultés relationnelles, émotionnelles, et de l'attachement (interactions). Finalement, une deuxième exploration repose sur la prémisse que les préoccupations alimentaires des femmes jeunes et plus âgées et leurs déterminants se ressemblent. Ainsi, une comparaison des résultats chez les participantes sera effectuée entre deux différents groupes d'âge, soit un groupe de femmes plus jeunes (18 à 28 ans) ainsi qu'un groupe de femmes plus âgées (28 ans et plus) afin d'observer si les symptômes des préoccupations alimentaires et les facteurs contributifs ont des liens comparables ou s'ils diffèrent.

Méthode

Participants

Un total de six cent dix-huit ($N = 618$) participantes a répondu aux questionnaires en ligne. Parmi celles-ci, deux cent vingt-cinq ($N = 225$) ont complété la totalité des questionnaires et ont été retenus pour procéder aux analyses statistiques. Il était souhaitable d'atteindre un minimum de deux cents participantes ($N = 200$) pour excéder le nombre recommandé par Tabachnick et Fidell (2001) afin d'obtenir une taille d'effet moyenne en fonction du nombre de variables à l'étude. Les participantes devaient être des femmes âgées de 18 ans et plus et avoir des préoccupations alimentaires ou des préoccupations concernant leur poids. De plus, seules les femmes habitant au Québec ont été retenues afin de limiter l'échantillon à cette population spécifique. Aucune limite d'âge n'a été fixée afin de pouvoir faire des analyses avec des femmes plus âgées.

Informations sociodémographiques

L'échantillon est constitué de deux cent vingt-cinq femmes dont l'âge moyen est de 31,72 ans ($ÉT = 12,18$). L'âge des participantes varie entre 19 et 73 ans. La nationalité des participantes est canadienne puisque cela était un des critères d'admission à l'étude. Toutefois, certaines femmes ont spécifié avoir une double citoyenneté, soit une participante se dit aussi australienne, deux participantes sont également chinoises, trois sont françaises, deux sont libanaises et une participante est aussi tunisienne. L'échantillon est composé de 71,56 % de femmes en relation de couple et elles sont en couple en moyenne depuis 9 ans ($ÉT = 11,72$). De plus, 27,1 % des participantes ont des enfants. Au sein de l'échantillon, 38,7 % vivent en cohabitation avec leur partenaire, 19,1 % sont en

couple, mais ne demeurent pas avec leur partenaire et 13,8 % sont mariées. Parmi les participantes célibataires, 14,7 % n'ont pas été en relation de couple depuis plus de douze mois. Les participantes ont eu en moyenne 2,29 relations de couple au total au cours de leur vie ($\acute{E}T = 1,67$) variant de 0 à 15. En ce qui concerne le dernier niveau de scolarité complété, 1,8 % de femmes rapporte avoir un primaire, 9,3 % ont un secondaire, 27,1 % des participantes ont complété un niveau collégial, 33,8 % ont rapporté avoir un diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat), 20,4 % ont complété une maîtrise et 7,6 % détiennent un doctorat. La majorité des participantes ont un emploi (68,89 %) et travaillent en moyenne 30,22 heures par semaine. Le revenu annuel moyen des participantes se situe à 35 067,50 \$ ($\acute{E}T = 27 713,38$).

Indice de masse corporelle et régime alimentaire

Les données recueillies ont permis de créer une nouvelle variable calculant l'indice de masse corporelle chez les participantes, et ce, à partir de la formule suivante : poids (kg) / taille (m) ². Au sein des participantes, 3,1 % ont une insuffisance pondérale (IMC inférieur à 18,5), 44 % ont un poids normal santé (IMC de 18,5 à 24,9), 28 % ont un surplus pondéral (IMC de 25 à 29,9), 16 % souffrent d'obésité (IMC de 30 à 39,9) et 7,6 % souffrent d'obésité morbide (IMC supérieur à 40). L'IMC moyen est de 27,13 ($\acute{E}T = 7,48$) ce qui équivaut à un surplus pondéral. Les participantes ont également été sondées concernant leurs habitudes et expériences avec les régimes alimentaires, car tel que mentionné précédemment, ceux-ci représentent un facteur de risque important dans le développement des TCA (Fairburn & Cooper, 1984; Russel, 1979; Tozzi et al., 2003). Les

résultats obtenus démontrent que 60 % des participantes ont déjà suivi un régime alimentaire au cours de leur vie. Parmi ces femmes, elles ont fait en moyenne 4,59 ($ÉT = 5,48$) régimes. Le nombre de régimes suivis varie de 1 à 30. D'ailleurs, 16,4 % d'entre elles disent suivre un régime alimentaire au moment de remplir les questionnaires. L'âge moyen auquel les problèmes reliés au poids ont débuté se situe à 18,35 ($ÉT = 10,67$) ans.

Procédure

Les participantes ont été sollicitées de juillet à septembre 2019 jusqu'à l'obtention du nombre de participantes désiré. Elles ont été sollicitées principalement via le réseau social *Facebook*. L'affiche publicitaire concernant l'étude (voir Appendice A) avec une invitation à y participer a été publiée sur plusieurs groupes *Facebook* : Communauté étudiante UdeS, Psychologie UdeS, Université de Sherbrooke – Doctorat en psychologie, Professionnel(le)s en psychologie du Québec, UQTR Psychologie, UQO_Psychologie et UQAM – Psycho. Un message explicatif comprenant les grandes lignes de l'étude (voir Appendice B) figurait dans l'invitation en plus de l'affiche publicitaire. De plus, la chercheure de l'étude a partagé cette invitation sur sa page *Facebook* personnelle, et ce, à quelques reprises. L'organisme ANEB (Anorexie et Boulimie Québec) a été contacté par message privé afin de solliciter leur aide en partageant notre invitation et affiche publicitaire sur leur page *Facebook*. La publicité a également été affichée sur plusieurs babillards du CLSC de Vaudreuil-Soulanges (avec l'approbation du service des communications) dont dans les salles d'attente en santé mentale (jeunesse et adulte) ainsi

qu'aux endroits réservés aux employés. Par la suite, des cliniques privées spécialisées en trouble de l'alimentation ont été ciblées et des courriels ont été envoyés aux professionnelles responsables de ces cliniques en leur demandant de partager l'affiche publicitaire à leurs collègues ainsi qu'à leur clientèle (voir Appendice C). Les participantes ont été invitées à remplir une série de questionnaires d'une durée d'environ 1 heure sur le site internet sécurisé *LimeSurvey*. L'utilisation de cette méthode permet de réduire tous les coûts associés aux questionnaires papier ainsi qu'aux déplacements, elle permet l'anonymat, la réduction des biais de désirabilité sociale en plus de réduire les erreurs liées à la saisie de données, dont les oublis de questions. Les participantes avaient également la possibilité d'enregistrer leurs réponses et de remplir le questionnaire à différents moments. Les volontaires sollicitées ont d'abord été invitées à lire une lettre informative (voir Appendice D) précisant le projet de recherche assurant ainsi le consentement libre et éclairé des participantes. Les précisions concernant cette lettre seront détaillées dans la section sur les considérations éthiques. À noter que les participantes n'ont pas reçu de compensation monétaire pour leur contribution à l'étude.

Instruments

Informations sociodémographique et caractéristiques personnelles

Un questionnaire a été utilisé afin de recueillir des informations d'ordre générales telles que l'âge, le sexe, la nationalité, le lieu de résidence, le niveau de scolarité, l'emploi, la situation conjugale, les relations amoureuses, les enfants et les habitudes concernant les régimes alimentaires (voir Appendice E).

Préoccupations alimentaires

Tout d'abord, les participantes ont rempli le questionnaire *The Eating Disorder Inventory – 2* (EDI-2; Garner, 1991) dans sa version française (Archinard, Rouget, Painot, & Liengme, 2002) afin d'évaluer les attitudes et comportements dysfonctionnels au niveau alimentaire (voir Appendice F). La version française posséderait d'aussi bonnes propriétés psychométriques que la version anglaise (Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault, & Gottheil, 1994). Les préoccupations ou symptômes alimentaires ont été mesurés à l'aide de 91 items variant sur une échelle de type Likert en six points allant de 1 « jamais » à 6 « toujours ». Le EDI-2 est composé de onze échelles avec un coefficient de cohérence interne respectif (Eberenz & Gleaves, 1994), mais afin de répondre aux hypothèses de cette étude, seuls les trois premiers facteurs ont été retenus: la recherche de la minceur ($\alpha = 0,81$), la boulimie ($\alpha = 0,87$) et l'insatisfaction corporelle ($\alpha = 0,91$).

Le fonctionnement du narcissisme

Ensuite, les participantes ont été invitées à remplir deux questionnaires sur le fonctionnement du narcissisme, soit le *Narcissistic Personality Inventory* (NPI; Raskin & Hall, 1979) et le *Pathological Narcissism Inventory* (PNI; Pincus et al., 2009). Le NPI est composé de 40 items variant sur une échelle de type Likert en sept points allant de 1 « fortement en désaccord » à 7 « fortement d'accord ». Cet outil permet d'évaluer les traits de personnalité narcissique à l'aide de 7 sous-échelles évaluées par un nombre d'items différents : l'autorité (8 items), l'autosuffisance (6 items), la supériorité (5 items), l'exhibitionnisme (7 items), l'exploitation (5 items), la vanité (3 items) et le droit

(sentiment que tout leur est dû; 6 items). Malgré que certaines factorisations suggèrent la présence de 7 facteurs, d'autres en suggèrent soit un nombre plus faible ou soit des différents, de sorte que le score total a été utilisé dans le cadre de cette étude. Les traits de personnalité narcissique mesurés par cet outil sont un amalgame de traits adaptatifs et maladaptatifs (pathologiques). Pour cette étude, l'adaptation française de Brin (2011) a été utilisée (voir Appendice G). Elle démontre une cohérence interne excellente ($\alpha = 0,91$) et fidèle dans le temps ($r = 0,79$) variant entre 0,73 et 0,81. Pour les échelles du PNI, la version française a été utilisée pour la présente étude (voir Appendice H). *L'Échelle de Narcissisme Pathologique* et a été développée par Diguier et son équipe en 2010.

Le PNI est composé de 52 énoncés variant sur une échelle de type Likert en 6 points allant de 0 « pas du tout caractéristique de moi » à 5 « très caractéristique de moi ». Cet instrument présente une structure à sept facteurs où chacun est évalué par un nombre d'items différents : l'estime de soi contingente (ESC; 12 items), l'exploitation d'autrui (EA; 5 items), l'autovalorisation par sacrifice de soi (ASS; 6 items), la dissimulation de soi (DS; 7 items), la grandiosité (G; 7 items), la dévalorisation (D; 7 items) et la colère/supériorité de droit (CD; 8 items; Turmel, 2014). Trois facteurs évaluent le narcissisme grandiose (EA, ASS, G) à l'aide de dix-huit différents items et quatre facteurs évaluent le narcissisme vulnérable (ESC, DS, D, CD; Wright et al., 2010) à l'aide de trente-quatre items. Cette version démontre que l'échelle est fidèle dans le temps ($r = 0,86$) et qu'elle fait preuve d'une excellente cohérence interne pour l'ensemble des items ($\alpha = 0,95$). (Diguier, 2010 ; Turmel, 2014).

Attachement

Le questionnaire choisi afin d'évaluer les expériences dans les relations est la version française (Lafontaine & Lussier, 2003) du ECR-12 (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). La version courte concernant l'évitement et l'anxiété d'abandon à travers les relations amoureuses a été utilisée (voir Appendice I). Parmi les 12 items énumérés, six font référence à l'anxiété et les six autres font référence à l'évitement. Les items varient sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 « totalement en désaccord » à 7 « totalement en accord ». Cela donne donc des scores sur deux facteurs d'insécurité, soit l'évitement et l'abandon. Il a été demandé aux participantes de répondre en fonction de la relation la plus significative dans leur vie actuellement si elles ne sont pas en relation amoureuse et une question de précision a été posée afin d'avoir une idée de la nature de cette relation significative. La version abrégée possède des qualités psychométriques aussi adéquates que la version longue (Wei, Russell, Mallinckrodt, & Vogel (2007), avec une cohérence interne variant de 0,77 à 0,78.

Régulation émotionnelle

Deux instruments ont été utilisés pour mesurer la régulation émotionnelle. Le premier instrument est le *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) élaboré par Taylor, Bagby et Parker (1992). Selon ces trois auteurs (2003), la version française du TAS-20 (Loas, Otmani, Verrier, Fremaux, & Marchand, 1996) utilisée dans cette étude possède des propriétés psychométriques d'aussi bonne qualité que la version anglaise ($\alpha = 0,79$). Cet instrument traite de trois facteurs soit la difficulté à identifier les sentiments évalués à

l'aide de 7 items, la difficulté à verbaliser les sentiments évalués à l'aide de 5 énoncés et les pensées orientées vers l'extérieur évalué à l'aide de 8 items (Zimmermann, Quartier, Bernard, Salamin, & Maggiori, 2007). Il est composé d'un total de 20 énoncés variant sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 « fortement en désaccord » à 5 « fortement en accord » (voir Appendice J).

Le deuxième instrument est la version française du *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz, & Roemer, 2004) traduit à partir de la méthode de traduction inversée de Vallerand (1989). Ce questionnaire comprend 36 items couvrant six difficultés de régulation émotionnelle : « l'inacceptation des émotions négatives, la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives, la difficulté à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives, l'accès restreint à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces, le manque de conscience émotionnelle, et l'incompréhension de ses émotions définie comme le manque de clarté émotionnelle » (Côté, Gosselin, & Dagenais, 2013). La version française possède d'aussi bonnes qualités psychométriques que la version anglaise avec une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,94$). Les items sont mesurés avec une échelle de type Likert en 5 points, allant de 1 « presque jamais » à 5 « presque toujours » (voir Appendice K). Pour les deux instruments mesurant la régulation émotionnelle, les scores factoriels générés par l'analyse en composantes principales ont été utilisés pour les analyses subséquentes.

Difficultés relationnelles

Dans le but de mesurer les difficultés relationnelles, l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI; Sénécal, Vallerand, & Vallières, 1992) a été administrée dans un premier temps. Cette échelle permet d'évaluer la qualité des relations interpersonnelles des participantes à l'égard de leur famille, partenaire amoureux, amis, collègues de travail, et les gens de façon générale. Cet instrument consiste à désigner pour chacune des sphères à quel degré les relations sont harmonieuses, valorisantes, satisfaisantes, et génèrent un sentiment de confiance vis-à-vis de l'autre. Chacun des énoncés est mesuré sur une échelle de type Likert à 5 points allant de 0 « pas du tout » à 4 « extrêmement ». Les auteurs démontrent que cet instrument fait preuve d'une bonne cohérence interne, variant entre 0,89 et 0,95, et d'une stabilité temporelle élevée variant entre 0,68 et 0,83 pour l'ensemble des items (voir Appendice L).

Ensuite, le deuxième questionnaire utilisé est une version française de l'*Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000) traduit par Louise Gaston et Anne Geneviève Girard « non publié ». Cet instrument permet de mesurer les difficultés rencontrées à travers les relations interpersonnelles. Il est composé de 64 énoncés, dont 39 font référence à des comportements pouvant être difficilement exprimés aux autres, et 25 font référence à des comportements pouvant être ressentis comme étant trop souvent exprimés. Ces items sont classés selon 8 facteurs : dominant, intrusif, maternant, exploitable, soumis, évitant, froid, et vindicatif (Leising, Rehbein, & Eckardt, 2009). Ils sont mesurés à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 points, allant de

0 « pas du tout » à 4 « extrêmement ». Selon Haggerty, Hilsenroth et Vala-Stewart (2009), l'IIP-64 possède une bonne cohérence interne (α entre 0,76 et 0,88) et une bonne stabilité temporelle ($r = 0,79$) en ce qui concerne les indices globaux (voir Appendice M). En vertu de l'organisation des facteurs en circomplexe, il est possible de les résumer au moyen de deux dimensions orthogonales, l'une référent à la dominance et l'autre au caractère maternant (Wiggins, Philips, & Trapnell, 1989).

Les considérations éthiques

Ce projet de recherche respecte l'anonymat ainsi que la confidentialité de chacune des participantes puisqu'aucune donnée nominative n'est demandée, empêchant ainsi toute identification de l'auteure d'une série de réponses. De plus, c'est à l'aide de la lettre informative (voir Appendice D), servant de formulaire de consentement, que les participantes se sont engagées volontairement de façon libre et éclairée à participer au projet de recherche. Cette lettre inclut les informations concernant l'objectif de l'étude, les coordonnées des personnes responsables de la recherche, les informations résumant les bénéfices et les inconvénients d'une participation à l'étude, les modalités de participation incluant le retrait de participation ainsi que des aspects reliés à la conservation des données. Finalement, des coordonnées de certaines ressources d'aide psychologique professionnelle ont été fournies au besoin ainsi que les coordonnées du comité d'éthique de la recherche (CÉR) Lettres et sciences humaines. D'ailleurs, ce projet de recherche a obtenu un certificat éthique de la part de ce comité.

Résultats

Analyses préliminaires

Analyses descriptives

Des analyses descriptives ont été effectuées sur les variables sociodémographiques et caractéristiques personnelles afin d'avoir un portrait de notre échantillon. Parmi les caractéristiques personnelles, des analyses descriptives ont été réalisées sur les données concernant l'indice de masse corporelle des participantes ainsi que leurs habitudes et expériences avec les régimes alimentaires. L'échantillon est composé de femmes ayant en moyenne 31,72 ans avec un IMC moyen de 27,3 ce qui constitue un surplus pondéral. De plus, 60 % des participantes ont déjà eu recours à un régime amaigrissant et 16,4 % d'entre elles en suivent un au moment de répondre aux questionnaires. En ce qui concerne la scolarité, 61,8 % des participantes ont complété au minimum un baccalauréat (Appendice N).

Toujours dans le but d'avoir un portrait de l'échantillon, des analyses descriptives ont été effectuées sur les facteurs des différents instruments à l'étude (Appendice O). Seuls les résultats pour l'EDI-2 seront détaillés. Pour le facteur recherche de la minceur, les participantes ont répondu en moyenne qu'elles étaient souvent en quête de minceur, c'est-à-dire, qu'elles ont peur de prendre du poids, qu'elles ont un désir d'être plus mince, qu'elles ressentent de la culpabilité après les repas et font des restrictions alimentaires sous forme de régimes amaigrissants. Une analyse plus approfondie des mêmes données expose que 39,1 % des participantes sont préoccupées par la minceur entre souvent et toujours. Ensuite, pour le facteur boulimie, les participantes ont répondu en moyenne

qu'elles avaient rarement des comportements boulimiques tels que l'hyperphagie et les vomissements. Néanmoins, 4 % de l'échantillon adopterait ces comportements entre souvent et toujours. Finalement, pour le facteur de l'insatisfaction corporelle, la moyenne des participantes a répondu être souvent insatisfaite de son corps. Plus précisément, 58,7 % de celles-ci sont insatisfaites de leur corps entre souvent et toujours, et 4,4 % d'entre elles le sont toujours. En vertu de ce portrait au sein des participantes, il est possible d'affirmer que la grande majorité d'entre elles répondent aux critères inclusifs de l'étude, soit présentent des préoccupations concernant leur alimentation ou leur poids.

Création de nouvelles variables

Afin de vérifier la structure des variables relatives aux préoccupations alimentaires (recherche de la minceur, la boulimie et l'insatisfaction corporelle), une première analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée. Les résultats (Appendice P) suggèrent la présence d'un seul facteur, qui capture près de 70 % des informations détenues par les variables originales. Compte tenu de ces résultats, les trois variables peuvent donc être agglomérées en un seul facteur représentant les préoccupations alimentaires. Pour simplifier le calcul, il sera constitué de la moyenne des trois variables.

En ce qui concerne la variable narcissisme, deux nouvelles variables ont été créées, soit le narcissisme vulnérable et grandiose à partir des définitions existantes (Wright, Lukowitsky, Pincus, & Conroy, 2010) provenant des études de validation de l'instrument PNI. L'autre instrument utilisé, le NPI, étudie davantage les traits de personnalité

narcissique. Comme pour les préoccupations alimentaires, l'analyse de ces sept facteurs ne génère qu'une composante principale (Appendice Q) qui extrait près de 47 % de la variance des données. La moyenne des sept facteurs sera donc retenue pour les analyses subséquentes.

Afin de réduire le nombre de variables, une autre analyse en composantes principales avec rotation VARIMAX a été exécutée sur les facteurs représentant les difficultés au niveau de la régulation émotionnelle, dont les six facteurs provenant du DERS et les trois facteurs du TAS. L'analyse a révélé deux composantes principales extrayant 72,31 % de la variance totale des données (Appendice R). Étant donné que certaines variables, après rotation, corrélaient encore avec chacune des deux composantes et ne pouvaient être attribuées à l'une en particulier, il a été convenu d'utiliser les scores factoriels générés par l'ACP. Le premier facteur recoupe principalement des variables associées aux difficultés de régulation des émotions négatives, alors que le second réfère principalement au manque d'élaboration mentale des émotions. Les étiquettes « dysrégulation émotionnelle » et « déficit d'élaboration de l'émotion » leur sont donc respectivement attribuées.

La théorie derrière l'inventaire des problèmes interpersonnels (*Inventory of Interpersonal Problems*) d'Horowitz, Alden, Wiggins et Pincus (2000) relate que les difficultés interpersonnelles peuvent être représentées selon des attitudes et comportements. Leur modèle théorique a par ailleurs été construit sur le modèle du « circomplexe », qui positionne géométriquement les huit facteurs sur autant d'axes

équidistants autour d'un point central. Conformément aux travaux de Wiggins, Philips et Trapnell (1989), c'est à partir d'une projection géométrique, c'est-à-dire où les axes obliques sont projetés sur les axes orthogonaux selon le théorème de Pythagore, que les deux facteurs principaux ont été calculés par la méthode suivante. Une réduction préliminaire permet d'abord de synthétiser l'information en quatre facteurs : dominant, soumis, maternant et froid. Compte tenu de l'opposition respective des facteurs dominant et soumis ainsi que maternant et froid, l'information peut davantage être résumée en soustrayant le facteur soumis du facteur dominant et en soustrayant le facteur froid du facteur maternant. Ainsi, un score positif sur le facteur dominant indique la présence dominante, alors qu'un score négatif révèle la présence de soumission. La même logique prévaut pour le facteur maternant.

Finalement, la dernière analyse en composantes principales a été réalisée sur les quatre facteurs représentant la qualité des relations interpersonnelles à l'aide de l'instrument EQRI. Comme pour les préoccupations alimentaires et les traits de personnalité narcissique, l'analyse des quatre facteurs a généré une seule composante principale extrayant 86,55 % de la variance totale des données (Appendice S). La moyenne des quatre facteurs sera donc retenue pour les analyses subséquentes.

Normalité des distributions et transformations

Afin de vérifier la normalité des distributions, les indices d'asymétrie et d'aplatissement ont été examinés. Chaque facteur respecte la normalité puisque les indices

se situent entre les valeurs de -1 et 1 recommandées par Tabachnich et Fidell (2001). Ainsi, aucune transformation n'a été effectuée sur les variables à l'étude.

Corrélations entre les variables à l'étude

Les corrélations de Pearson effectuées entre chacune des variables à l'étude ont été réalisées (Appendice T). L'ensemble des variables à l'étude révèlent des corrélations significatives, et ce, dans la direction attendue. Tout d'abord, la variable des préoccupations alimentaires corrèle négativement et faiblement avec les traits de personnalité narcissique, elle corrèle positivement et modérément avec le narcissisme grandiose et elle corrèle positivement et fortement avec le narcissisme vulnérable. Cela suggère que plus les participantes ont des préoccupations alimentaires, plus elles présentent une pathologie du narcissisme, principalement de type vulnérable. Ensuite, une corrélation positive et modérée est trouvée entre les préoccupations alimentaires et l'attachement anxieux tandis que celle-ci est positive et faible entre les préoccupations et l'attachement évitant. Cela suggère que les préoccupations alimentaires auraient un lien avec les deux types d'attachement insécure, mais que ce lien serait plus fort avec l'attachement anxieux. En ce qui concerne la régulation des émotions, les préoccupations alimentaires corréleraient positivement et modérément avec le facteur de la dysrégulation émotionnelle et corréleraient positivement, mais faiblement avec le facteur du déficit de l'élaboration de l'émotion. Cela indique que les participantes ayant de la difficulté à bien réguler leurs émotions et, dans une moindre mesure, à élaborer psychiquement leurs émotions, auraient des préoccupations alimentaires plus importantes. Les préoccupations

alimentaires corrélaient modérément et négativement avec la qualité des relations interpersonnelles, ce qui sous-tend que plus les préoccupations alimentaires sont grandes, moins bonnes est la qualité des relations. Enfin, il n'y a pas de corrélation entre les préoccupations et le profil interpersonnel maternant alors qu'une corrélation négative et faible est retrouvée avec le profil dominant. Cela suggère que plus les préoccupations alimentaires sont importantes, moins les participantes ont un profil dominant.

Les variables du narcissisme pathologique (vulnérable et grandiose) corrélaient fortement et positivement entre elles. Le narcissisme vulnérable corrélaient par ailleurs fortement et positivement avec l'attachement anxieux et le facteur de dysrégulation émotionnelle. Cela suggère que plus les personnes ont des caractéristiques du narcissisme vulnérable, plus elles ont un attachement anxieux et une difficulté à bien réguler leurs émotions. Finalement, les traits de personnalité narcissique corrélaient positivement et fortement avec le profil interpersonnel dominant. Cela suggère que les personnes avec des traits de personnalité narcissique ont plus tendance à se montrer dominantes et moins soumises.

Corrélation entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude

Ensuite, les corrélations de Pearson ont été effectuées entre les variables sociodémographiques et les préoccupations alimentaires (Appendice U). Les préoccupations alimentaires corrélaient légèrement et positivement avec l'indice de masse corporelle (IMC). Cela suggère que les participantes qui ont un IMC plus grand sont aux

prises avec des préoccupations alimentaires plus importantes. Comme ce lien est faible, il est possible de croire que cela reflète en partie l'effet de l'âge des participantes. En effet, le tableau montre également une corrélation positive entre l'âge et l'IMC, ce qui représente un phénomène normal. Les préoccupations alimentaires corrélaient positivement et modérément avec le régime alimentaire. Cela signifie que les participantes ayant déjà suivi un ou plusieurs régimes alimentaires expriment davantage de préoccupations concernant leur alimentation. L'âge corréla fortement et positivement avec le régime alimentaire indiquant que plus les participantes avancent en âge, plus elles ont eu recours à des régimes amaigrissants. Les autres liens non significatifs, soit entre l'IMC et le régime et entre les préoccupations alimentaires et l'âge, suggèrent que ces aspects sont relativement indépendants.

Analyses principales

Hypothèse 1

La première hypothèse suggère que plus les difficultés sur le plan des relations, de la régulation émotionnelle et de l'attachement sont grandes, plus élevées sont les préoccupations alimentaires. Cette hypothèse a été vérifiée à partir d'une analyse de régression multiple standard.

Vérification des postulats. Avant de réaliser cette analyse, les postulats de base ont été vérifiés et sont tous respectés. Tout d'abord, le nombre de participantes recueillies ($N = 225$) excède le nombre minimal recommandé ($N = 200$) par Tabachnick et Fidell

(2001) ce qui confirme la présence d'une puissance statistique suffisante. Les indices de tolérance des variables se situent tous entre 0,2 et 1, ce qui indique une absence de multicollinéarité et de singularité. Selon l'histogramme et le tracé de normalité des résiduels, les erreurs se distribuent normalement. Ensuite, le nuage de points des résidus standardisés montre une répartition uniforme des résidus autour des scores prédits standardisés confirmant le postulat d'homoscédasticité et de linéarité des résidus. Concernant la présence de données extrêmes, l'observation des résidus standardisés permet de constater qu'une seule observation dépasse la borne de ± 3 avec une valeur de 3,35 et qu'une seule autre dépasse la borne du bras de levier de 0,106, avec une valeur de 0,107. Toutefois, toutes les distances de Cook sont bien inférieures à 1, avec une valeur maximale de 0,082, de sorte que l'on peut conclure à l'absence de données extrêmes.

Résultats de l'analyse. Les résultats de la régression multiple (voir tableau 1) soutiennent que le fait de présenter des difficultés sur le plan des relations, de la régulation émotionnelle et de l'attachement explique une part significative importante des préoccupations alimentaires. En effet, la combinaison de ces variables prédit 26,1 % de la variance des préoccupations alimentaires, ce qui constitue un effet de grande taille. Ce résultat offre un premier élément de corroboration de la première hypothèse.

Concernant les rôles spécifiques des prédicteurs, près de 11 % de la variance des préoccupations alimentaires est expliquée par des contributions individuelles spécifiques à chacune des variables alors qu'environ 15 % de la variance est expliquée par des portions

communes à des sous-ensembles de ces variables. La dysrégulation émotionnelle et la qualité des relations interpersonnelles apportent des contributions spécifiques significatives expliquant respectivement pour 5,4 % et 2,1 % de la variance des préoccupations, alors que le déficit d'élaboration de l'émotion et le caractère maternant apportent des contributions marginales supplémentaires respectives de 1,2 % et 1,0 %. Lorsque toutes les variables font partie de l'équation, il semble que la dysrégulation émotionnelle et la qualité des relations, et dans une moindre mesure le déficit d'élaboration de l'émotion et le caractère maternant, prédisent de façon particulière la présence de préoccupations alimentaires. Ces contributions offrent donc une corroboration partielle de la première hypothèse, étant donné que les autres variables ne jouent pas de rôle spécifique significatif. Il importe de noter que ces contributions demeurent pratiquement identiques en contrôlant pour l'indice de masse corporelle, ce qui confirme que leur influence demeure indépendante de l'IMC (puisque essentiellement identiques, les résultats en contrôlant pour l'IMC ne sont pas présentés).

Tableau 1
Analyse de régression multiple des variables de fonctionnement intrapersonnel (difficultés interpersonnelles, qualité des relations, attachement et régulation émotionnelle) sur les préoccupations alimentaires

Variables	β	t	p	sr^2
Dominant	-0,052	-0,854	0,394	0,003
Maternant	0,122	1,718	0,087	0,010
Qualité des relations	-0,188	-2,463	0,015	0,021
Attachement anxieux	0,103	1,426	0,155	0,007
Attachement évitant	0,036	0,504	0,615	0,001
Dysrégulation émotionnelle	0,286	3,998	0,000	0,054
Déficit d'élaboration de l'émotion	0,128	1,896	0,059	0,012

Note. $R^2 = 0,261$, $F(7,217) = 10,937$, $p < 0,001$.

Hypothèse 2

La deuxième hypothèse suggère que les formes de narcissisme, soit les traits, grandiose et vulnérable, exercent un effet positif sur les préoccupations alimentaires au-delà de celui des difficultés sur le plan des relations, de la régulation émotionnelle et de l'attachement. Cette hypothèse a été vérifiée à l'aide d'une analyse de régression multiple hiérarchique.

Vérification des postulats. Tous les indices montrent que les postulats de base sont respectés. Tout comme dans la régression précédente, les indices de tolérance des variables se situent tous entre 0 et 1, témoignant de l'absence de multicollinéarité et de singularité. Selon l'histogramme et le tracé de normalité des résiduels, les erreurs semblent

se distribuer normalement. Le nuage de points des résidus standardisés montre une répartition uniforme des résidus autour des scores prédits standardisés, confirmant le postulat d'homoscédasticité et de linéarité des résidus. Comme pour la première analyse de régression, une seule observation dépasse la borne de ± 3 avec une valeur de 3,124 tandis qu'aucune donnée ne dépasse la borne du bras de levier de 0,147. De plus, toutes les distances de Cook sont bien inférieures à 1, avec une valeur maximale de 0,087, de sorte que l'on peut conclure à l'absence de données extrêmes.

Résultats de l'analyse. De façon compatible à l'analyse précédente, les relations interpersonnelles, la régulation émotionnelle, l'attachement ainsi que le narcissisme expliquent ensemble une part significative et importante des préoccupations alimentaires, $R^2 = 0,367$, $F(10,214) = 12,392$, $p < 0,001$. Les 36,7 % de variance des préoccupations alimentaires expliquées par ces variables illustrent d'ailleurs un effet de grande taille.

Les variables du narcissisme prédisent 10,6 % de variance des préoccupations supplémentaire aux 26,1 % déjà expliqués par les autres variables (Tableau 2), apportant un premier élément de corroboration de l'hypothèse 2. Une fois toutes les variables entrées dans l'équation, on constate par ailleurs que seules les variables du narcissisme, soit les traits, grandiose et vulnérable, expliquent des portions significatives spécifiques de variance des préoccupations alimentaires, respectivement de 6,3 %, 2,6 % et 1,2 %. Toutefois, alors que les coefficients β du narcissisme grandiose et vulnérable sont positifs, conformément à l'hypothèse, celui des traits de personnalité narcissique est négatif, ce qui

va à l'encontre de l'hypothèse. Cela signifie que plus le narcissisme pathologique est élevé, plus les préoccupations alimentaires le sont également, mais que plus les traits narcissiques sont élevés, moins les préoccupations alimentaires le sont. La seconde hypothèse s'en trouve ainsi partiellement corroborée. Il importe par ailleurs de souligner que les contributions spécifiques des variables du premier bloc deviennent toutes non significatives après l'insertion des variables du narcissisme du bloc 2, principalement en raison des intercorrélations de ces variables avec celles du narcissisme. De fait, une vérification montre que les variables de narcissisme expliquent 34,2 % des préoccupations alimentaires lorsqu'elles sont les seules à faire partie de l'équation de régression, une différence de seulement 2,5 % par rapport aux 36,7 % expliqués lorsque toutes les variables y sont insérées. Enfin, tout comme dans la régression de l'hypothèse 1, le fait de contrôler statistiquement l'indice de masse corporelle laisse les résultats pratiquement identiques.

Tableau 2
Analyse de régression multiple hiérarchique des variables de fonctionnement intrapersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et des variables du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) sur les préoccupations alimentaires

Variabes	β	t	p	sr^2
<u>Bloc 1</u>				
Dominant	0,082 ^b	1,188	0,236	0,004
Maternant	0,074	1,070	0,286	0,003
Qualité des relations	-0,091	-1,228	0,221	0,004
Attachement anxieux	0,041	0,576	0,565	0,001
Attachement évitant	0,059	0,867	0,387	0,002
Dysrégulation émotionnelle	0,106	1,351	0,178	0,005
<u>Bloc 2^a</u>				
Narcissisme grandiose	0,267	2,984	0,003	0,026
Narcissisme vulnérable	0,203	1,994	0,047	0,012
Traits narcissiques	-0,353	-4,620	0,000	0,063

^a $\Delta R^2_{Bloc2} = 0,106$, $F(3,214) = 11,930$, $p < 0,001$.

^b Les indices des variables du bloc 1 présentés sont ceux obtenus après introduction des variables du bloc 2

Première investigation exploratoire

Cette exploration vise à vérifier si l'effet supplémentaire des formes de narcissisme sur les préoccupations alimentaires, au-delà des variables de fonctionnement intra et interpersonnel, dépend justement du degré de ces difficultés, à savoir les difficultés relationnelles, émotionnelles et de l'attachement (interactions). À cet effet, trois

régressions multiples standards incluant toutes les variables à l'étude ainsi que leurs interactions avec chacune des trois variables de narcissisme ont été réalisées.

Vérification des postulats. Puisque les variables sont les mêmes que dans l'analyse de l'hypothèse 2, auxquelles s'ajoutent seulement les termes d'interaction, les indices relatifs aux postulats sont virtuellement les mêmes et indiquent que tous les postulats sont respectés. Étant donné leur aspect redondant, ils ne seront pas présentés à nouveau.

Résultats de l'analyse. Les résultats complets des régressions sont consignés à l'appendice V. Ils ne révèlent qu'un seul effet d'interaction significatif, celui du profil interpersonnel dominant et des traits de personnalité narcissique, $\beta = 0,145$, $p = 0,015$. Compte tenu de l'effet principal des traits narcissiques et de l'absence d'effet principal du caractère dominant, les effets simples des traits narcissiques sur les préoccupations alimentaires ont été calculés pour des scores de -1 et de +1 écart-type du caractère dominant, conformément à la procédure recommandée par Aiken et West (1991). Les résultats indiquent des effets respectifs de $\beta = -0,513$, $p < 0,001$ et de $\beta = -0,280$, $p < 0,002$. Ils révèlent que les traits narcissiques exercent un effet négatif significatif sur les préoccupations alimentaires pour les deux niveaux de caractère dominant, mais que cet effet est plus prononcé pour des degrés inférieurs de ce caractère. En d'autres termes, l'effet des traits narcissiques sur les préoccupations alimentaires est significatif, et ce, peu importe la valeur de la dominance, mais il est plus prononcé pour une faible valeur de

dominance (-1 écart-type) et moins prononcé pour une forte valeur de dominance (+1 écart-type).

Seconde investigation exploratoire

Cette exploration vise à vérifier si les préoccupations alimentaires ainsi que leurs variables prédictives sont comparables d'un groupe d'âge (femmes de 18 à 27 ans) à l'autre (28 ans et plus). Le choix de dichotomiser la variable âge en deux groupes a été rendu nécessaire par la forte asymétrie positive de la distribution de cette variable, qu'aucune transformation n'a réussi à rendre suffisamment normale. Aux fins de cette exploration, une régression multiple hiérarchique intégrant les variables à l'étude au sein du bloc 1, et leurs interactions avec le groupe d'âge au sein du bloc 2, a été réalisée.

Vérification des postulats. Puisque les variables sont les mêmes que dans l'analyse de l'hypothèse 2, auxquelles s'ajoutent seulement les termes d'interaction, les indices relatifs aux postulats sont virtuellement les mêmes et indiquent que tous les postulats sont respectés. Étant donné leur aspect redondant, ils ne seront pas présentés à nouveau.

Résultats de l'analyse. La sélection du point de coupure de 28 ans a permis de répartir l'échantillon en deux sous-groupes pratiquement égaux, $n = 112$ pour les 18 à 27 ans et $n = 113$ pour les 28 ans et plus. À l'instar des corrélations bivariées, les résultats de la régression multiple hiérarchique montrent que l'intensité des préoccupations ne diffère

pas entre les 2 groupes d'âge, l'effet principal n'étant pas significatif. Ils ne présentent par ailleurs qu'un seul effet d'interaction notable sur les préoccupations alimentaires, celui du groupe d'âge et de la dysrégulation émotionnelle, qui demeure toutefois marginal (Appendice W). Une analyse des effets simples de la dysrégulation sur les préoccupations alimentaires en fonction du groupe d'âge montre que la dysrégulation émotionnelle apporte une contribution positive chez les femmes du groupe plus âgé, $\beta = 0,302$, $p = 0,019$, mais que cette contribution est à peu près nulle chez les femmes du groupe jeune, $\beta = -0,007$, $p = 0,944$. Dans l'ensemble, les résultats de l'exploration suggèrent que l'effet des variables relatives à la relation, à l'attachement, à la régulation émotionnelle et au narcissisme ne varie pas en fonction de l'âge, à l'exception de la dysrégulation émotionnelle pour laquelle on note un effet marginal.

Discussion

Retour sur les objectifs et hypothèses de recherche

L'étude avait comme principal objectif d'approfondir les connaissances scientifiques quant à l'effet des différentes formes de narcissisme sur les préoccupations alimentaires au-delà de l'effet déjà connu de certaines variables de fonctionnement intra et interpersonnel comme l'attachement, la régulation émotionnelle et les difficultés relationnelles. Dans ce contexte, il était d'abord question de vérifier les liens existant entre l'attachement, la régulation émotionnelle et les difficultés relationnelles avec les préoccupations alimentaires. Dans un deuxième temps, il s'agissait d'étudier l'impact supplémentaire des traits de personnalité narcissique et le narcissisme pathologique sur les préoccupations alimentaires afin de circonscrire le rôle que le narcissisme joue au sein de ces préoccupations. En dernier lieu, une exploration de l'effet du narcissisme en interaction avec les autres variables indépendantes ainsi qu'une exploration de l'effet de l'ensemble des variables indépendantes en fonction de l'âge étaient prévues.

Première hypothèse

La première hypothèse suggérait que plus les difficultés sur le plan des relations, de la régulation émotionnelle et de l'attachement sont importantes, plus élevées sont les préoccupations alimentaires. Les résultats des corrélations de Pearson vont globalement dans le sens de cette hypothèse, puisque toutes les variables à l'exception des caractères dominant et maternant s'avèrent significativement liées aux préoccupations dans le sens attendu. Les résultats de la régression multiple révèlent un lien fort entre les variables indépendantes et les préoccupations alimentaires, les premières expliquant 26 % de la

variance des secondes. Un examen attentif des contributions des variables indépendantes indique que près de 11 % de variance des préoccupations est expliquée par des contributions individuelles alors qu'environ 15 % de variance est expliquée par des portions communes de ces variables. Parmi les contributions spécifiques se trouvent la qualité des relations interpersonnelles et la dysrégulation émotionnelle, alors que le déficit d'élaboration de l'émotion et le caractère maternant apportent une contribution marginale. La faiblesse de l'effet des deux insécurités d'attachement sur les préoccupations s'explique en grande partie par les corrélations importantes que ces variables entretiennent avec la dysrégulation émotionnelle, le déficit d'élaboration de l'émotion, et la qualité des relations. Leur influence sur les préoccupations se trouve donc partagée avec celles de ces variables et se trouve comptabilisée au sein des 15 % de variance présentée ci-dessus.

Sur le plan relationnel, les résultats suggèrent qu'une personne présentant des relations harmonieuses, valorisantes, satisfaisantes et de confiance, est moins portée à développer des préoccupations alimentaires. Comme Corcos (2005) l'a affirmé, les TCA sont une pathologie de la personnalité et du lien. Cela suggère que les enjeux principaux de cette problématique sont d'ordre émotionnel et relationnel. Ainsi, plus les relations sont positives, moins la personne présente de préoccupations alimentaires. Certains auteurs (Arcelus et al., 2013) avaient mis en lumière la relation entre les comportements alimentaires restrictifs et l'évitement de l'expression des émotions aux autres, la peur d'être jugé négativement et une importante comparaison sociale. Ces mêmes auteurs ont démontré une relation entre les comportements de frénésies alimentaires et purgatifs avec

de la méfiance interpersonnelle, des interactions sociales négatives teintées de conflits et une peur de l'intimité. Ainsi, il est possible de constater que les difficultés interpersonnelles sont liées aux comportements découlant d'un rapport trouble avec la nourriture. À l'instar des résultats de ces auteurs, ceux de la présente étude suggèrent que le fait d'entretenir des relations moins harmonieuses, valorisantes, satisfaisantes et plus méfiantes est lié aux préoccupations alimentaires.

Ensuite, pour les variables de la régulation émotionnelle, les résultats concordent avec ceux obtenus lors des analyses de corrélation de Pearson où la relation était plus forte entre les préoccupations et la dysrégulation émotionnelle qu'entre les préoccupations et le déficit de l'élaboration de l'émotion. Cela dit, il n'est pas étonnant que nos résultats aient démontré qu'une difficulté à réguler ses émotions explique la présence de préoccupations alimentaires puisque certains auteurs ont démontré que les symptômes alimentaires problématiques pouvaient représenter des stratégies malsaines de régulation émotionnelle afin d'échapper aux émotions trop douloureuses (Harrison et al., 2009). Ainsi, manger plus ou moins, avoir des comportements purgatifs ou des crises de frénésie alimentaire seraient une façon d'avoir du contrôle sur les situations perçues comme incontrôlables, de démontrer sa détresse, de se récompenser ou encore de contenir des émotions négatives telles que la tristesse, la honte ou la culpabilité. Cela représente une façon de soulager les émotions négatives trop intenses en se réconfortant avec la nourriture ou en se distrayant avec celle-ci (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Par ailleurs, plusieurs études ont mis en lumière le lien entre les problématiques alimentaires et l'alexithymie, dont ceux qui en souffrent éprouvent de la difficulté à s'intéresser à leur processus interne, plus précisément à nommer, comprendre et exprimer leurs émotions. Ces personnes sont en quelque sorte coupées de leurs émotions ce qui a comme conséquence qu'elles n'arrivent pas à s'apaiser (Aimé et al., 2016). Pour ces personnes, la sensation corporelle de certains affects tels que la tristesse ou l'ennui peut être confondue avec un sentiment de faim, ce qui les amènerait à manger plus ce dont leur corps aurait besoin (Wheeler, Greiner, & Boulton, 2005). Une faible capacité à entrer en contact et se représenter ses émotions, une région faisant partie du territoire psychique couvert par le concept de mentalisation, peut donc induire en erreur alors que les souffrances psychologiques sont perçues comme étant des douleurs physiques. Les symptômes alimentaires évoqueraient alors un moyen de calmer le chaos intérieur (Steiger & Houle, 1991). Ainsi, nos résultats suggèrent que la difficulté à nommer, comprendre et accepter ses émotions augmente les préoccupations alimentaires.

En ce qui concerne l'attachement, les résultats retrouvés démontrent qu'il n'y a pas de lien significatif entre l'attachement insécuré et les préoccupations alimentaires lorsque l'attachement est analysé combiné avec les autres variables de fonctionnement intra et interpersonnel. Tel que mentionné, ces résultats peuvent s'expliquer par la forte relation entre l'attachement de type anxieux et la dysrégulation émotionnelle, entre l'attachement évitant et les difficultés d'élaboration de l'émotion, ainsi que par une relation modérée entre les deux types d'attachement insécuré et la qualité des relations

(corrélations bivariées). En d'autres mots, cela voudrait donc dire que certains éléments de l'attachement anxieux et évitant se retrouvent également évalués par les items des questionnaires des difficultés émotionnelles et relationnelles. En effet, l'outil utilisé afin d'évaluer l'attachement est un questionnaire sur les expériences dans les relations amoureuses. Il se rapporte à la façon dont les participantes se sentent à l'intérieur de leurs relations amoureuses, à la manière dont elles vivent généralement ces relations. L'humain vit ses premières expériences relationnelles à travers la relation d'attachement, souvent avec la mère, et la qualité de la relation à soi et à l'autre prend forme dans cette relation d'attachement (Ainsworth & Bell, 1989). Lorsqu'une personne n'arrive pas à atteindre un état de sécurité et de stabilité intérieure, c'est à ce moment qu'elle peut avoir recours à des symptômes alimentaires comme stratégies de régulation émotionnelle afin de s'apaiser et se reconforter (Barone & Guiducci, 2009; Mikulincer & Shaver, 2007; Tasca & Balfour, 2014). Bref, tant sur le plan conceptuel que psychométrique, le fait que l'insécurité d'attachement, les difficultés de régulation et la faible qualité des relations expliquent de concert une part importante des préoccupations alimentaires semble tout à fait cohérent avec la nature de ces variables. Ce raisonnement fondé sur la covariation entre ces variables pourrait expliquer le fait que l'élaboration de l'émotion ne représente qu'un effet marginal.

Un effet marginal positif entre les préoccupations alimentaires et la variable maternant mérite également une attention. Très peu d'études dans la littérature rapportent des liens entre les préoccupations alimentaires et l'aspect maternant. D'ailleurs, la

majorité des études ont examiné le caractère maternant chez les mères des patientes atteintes d'un TCA. Dans la présente étude, l'aspect maternant, item opposé du circomplexe au caractère froid, réfère à répondre aux besoins d'autrui avant les siens, vouloir trop plaire aux autres, faire trop confiance aux autres, se montrer extrêmement généreuse et être bouleversée par la souffrance des autres. L'intérêt pour l'autre fait en sorte que le lien devient une source de préoccupations qui peut être exprimé par un déplacement sur la nourriture et via des préoccupations alimentaires. Ainsi, les comportements de préoccupations envers les autres, à l'inverse d'un désintérêt (caractère froid), peuvent expliquer des comportements de préoccupations pour l'alimentation. À l'origine, la corrélation de Pearson entre les préoccupations alimentaires et la variable maternant est nulle. Il est possible de penser que la variable qualité des relations joue le rôle d'une variable éliminatrice, car l'aspect maternant joue un rôle sur les préoccupations uniquement lorsque la variable de la qualité des relations est contrôlée statistiquement. Autrement dit, une fois la portion de variance des préoccupations qui se trouve expliquée par la qualité des relations est supprimée, la variance restante se trouve marginalement expliquée par le caractère maternant.

Deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse suggérait que les aspects narcissiques, soit les traits et les narcissismes grandiose et vulnérable, exercent un effet positif sur les préoccupations alimentaires au-delà de celui des difficultés sur le plan des relations, de la régulation émotionnelle et de l'attachement. Les résultats de l'analyse de régression hiérarchique

révèlent que les variables du narcissisme expliquent ensemble une part supplémentaire de variance des préoccupations alimentaires, soit de 10,6 %. De plus, chacune des trois variables du narcissisme apporte une contribution unique significative dans ce contexte. Toutefois, alors que les effets des aspects narcissiques grandiose et vulnérable sur les préoccupations sont, tel qu'attendu, positifs, celui des traits est, contrairement aux attentes, négatif. Enfin, une fois les variables du narcissisme entrées dans l'équation, les effets de toutes les autres deviennent non significatifs.

Ainsi, le narcissisme a un effet important sur les préoccupations alimentaires, et ce, au-delà des variables précédemment étudiées à savoir l'attachement, les difficultés relationnelles et la régulation émotionnelle. Autrement dit, le narcissisme explique des éléments en lien avec les préoccupations alimentaires qui ne sont pas expliqués par les autres variables tout en englobant la quasi-totalité des effets relatifs à la relation, à l'attachement et à la régulation émotionnelle. Sur le plan des effets spécifiques ou uniques, les traits de personnalité narcissique montrent la contribution la plus élevée, de l'ordre de 6,3 %, à la variance des préoccupations. En vertu de son sens négatif, cet effet indique que plus une personne possède des traits narcissiques forts ou élevés, moins elle présente de préoccupations et de comportements alimentaires problématiques. Étant donné les aspects pathologiques des traits narcissiques, l'hypothèse attendue était en sens inverse, soit que plus une personne présente des traits narcissiques, plus elle présente également des préoccupations alimentaires. Toutefois, le questionnaire utilisé pour mesurer les traits de personnalité narcissique (NPI) présente à la fois des aspects adaptés et maladaptés

(pathologiques) du narcissisme. Un même score à ce questionnaire peut donc représenter soit une personne ayant des traits adaptatifs du narcissisme ou soit une personne ayant des traits plus maladaptés. Il semble donc émaner de l'échantillon des personnes ayant davantage des traits adaptatifs du narcissisme. Par ailleurs, certains auteurs (Pincus & Lukowitsky, 2010) affirment que le NPI mesurerait davantage les traits adaptatifs du narcissisme que les traits maladaptatifs ce qui expliquerait également les résultats. Ainsi, plus une personne présente des traits adaptatifs du narcissisme, moins elle présente de préoccupations alimentaires. De plus, le questionnaire utilisé ne fait pas consensus à ce qui concerne le nombre de facteurs. L'étude d'Emmons (1984) en rapporte quatre : leadership/autorité, autoadmiration/égocentrisme, supériorité/arrogance et exploitation/revendication. Les résultats de cette étude démontrent que le score total des traits narcissiques corrèle positivement et fortement avec l'estime de soi, caractéristique naturellement associée aux affects positifs, et ce, principalement avec le facteur leadership/autorité. Cela indique qu'il y a des aspects adaptatifs aux traits narcissiques où les personnes ayant un fort leadership présentent de l'indépendance, de l'autonomie et davantage d'audace dans les situations sociales. D'ailleurs Emmons (1984) illustre que le seul facteur représentant un trait plus « maladapté » du narcissisme est l'exploitation/revendication alors que les autres facteurs sont associés à des traits adaptatifs. De plus, cette même étude a rapporté que les traits narcissiques corrèlent positivement et fortement avec l'extraversion, une caractéristique qui est également associée aux affects positifs. De façon complémentaire, les résultats d'une autre étude (Eggert, Levendosky, & Klump, 2007) suggèrent que l'extraversion est négativement

corrélée aux symptômes alimentaires, dont les préoccupations reliées au poids. Ainsi, il apparaît plausible que la portion « adaptative » du score total du NPI, étant positivement liée à l'estime de soi et aux affects positifs, corrèle négativement avec les préoccupations alimentaires telles que mesurées dans la présente étude.

Ensuite, le narcissisme grandiose explique 2,6 % des préoccupations alimentaires chez les participantes de l'étude. Donc, plus une personne présente un narcissisme grandiose, plus elle aura tendance à manifester des préoccupations pour son poids et son alimentation. Comme rapporté précédemment, les personnes ayant des niveaux élevés de narcissisme grandiose ont tendance à maintenir leur image de soi positive notamment en exagérant leur sentiment de supériorité (Gordon & Dornbeck, 2010 ; Pincus & Lukowitsky, 2010). Par ailleurs, une étude de Ziegler-Hill et Besser (2013) a rapporté que le narcissisme grandiose n'est pas associé à l'estime de soi, mais comprendrait plutôt un grand besoin d'attirer l'attention des autres et être admiré (Houlcroft et al., 2012). Selon Maples et ses collègues (2011), ce narcissisme est davantage relié à l'insatisfaction corporelle et à la recherche de la minceur. Cela suggère que l'importance que les personnes accordent à leur apparence physique et à leur corps contribue à leurs préoccupations alimentaires. De plus, une récente étude (Boucher, Côté, Gagnon-Girouard, Ratté, & Bégin, 2018) conclut que le narcissisme grandiose est associé à des attitudes alimentaires dysfonctionnelles chez les patientes boulimiques, chez qui il y a présence d'affects plus intenses et labiles. Ce narcissisme serait davantage responsable de

l'envie et de l'agressivité, comportements observables également à travers la relation avec la nourriture chez les patientes ayant des crises d'hyperphagie.

Enfin, le narcissisme vulnérable ajoute 1,2 % de la variance des préoccupations alimentaires. Nos résultats réitèrent ceux obtenus lors de l'étude de Boucher et ses collègues (2018) où il a aussi été démontré que le narcissisme vulnérable contribue aux comportements alimentaires dysfonctionnels. Ainsi, certains facteurs dont l'estime de soi contingente, la dévalorisation et particulièrement la dissimulation de soi sont responsables de cette relation. En effet, les personnes ayant un narcissisme vulnérable sont plus réticentes à montrer leurs défauts et exprimer leurs besoins aux autres, ressentent une grande insécurité et vivent difficilement avec le sentiment de honte. Il semblerait que ces caractéristiques se retrouvent chez les patientes atteintes d'anorexie mentale où elles exercent un certain contrôle sur leurs émotions, besoins, relations et ainsi leur alimentation (Boucher et al., 2018; Gordon & Dombek, 2010). Somme toute, cela propose que le narcissisme soit plus déterminant dans l'apparition et le maintien des préoccupations alimentaires que les autres facteurs longtemps étudiés et considérés comme étant déterminants dans l'explication des TCA.

Première investigation exploratoire

La première exploration vise à vérifier si l'effet supplémentaire des formes de narcissisme sur les préoccupations alimentaires, au-delà des variables de fonctionnement intra et interpersonnel, dépend justement du degré de ces difficultés à savoir les difficultés

relationnelles, émotionnelles et de l'attachement (interactions). Seul l'effet de l'interaction de la dominance et des traits de personnalité narcissique sur les préoccupations alimentaires s'est avéré significatif.

Tel que mentionné précédemment, tant sur le plan bivarié que multivarié, les traits narcissiques corrélaient négativement avec les préoccupations alimentaires, ce qui suggère que plus une personne dispose de traits élevés, moins elle présente de préoccupations alimentaires. Les analyses d'effets simples du narcissisme indiquent que cet effet positif s'observe, peu importe le degré de caractère dominant, bien que l'effet soit plus marqué pour des degrés faibles que pour des degrés élevés de ce caractère. Il y a donc un effet différentiel des traits narcissiques selon le degré de dominance.

Comme mentionné précédemment, les traits de personnalité narcissique sont associés à des caractéristiques adaptatives telles que l'estime de soi, et ce, particulièrement pour le facteur du leadership/autorité et n'est pas associé à des traits mal adaptés tels que l'exploitation. Il apparaît intéressant de mettre en lumière les résultats de l'étude avec les travaux de Van Vugt et Smith (2019) où ceux-ci ont étudié deux styles de leadership, soit le leadership de prestige (transformationnel, démocratique, participatif, charismatique, etc.) et le leadership de dominance (transactionnel, autocratique, directif, coercitif, etc.). Le premier consiste à exercer une influence en conférant des avantages aux autres, alors que le deuxième, menace d'infliger des punitions ou des coûts à ceux qui ne les respectent pas. Le leadership de prestige est associé à l'humilité, l'agréabilité, le besoin d'affiliation,

l'estime de soi et aux affects positifs alors que le leadership de dominance est associé à l'agressivité, l'arrogance, le sentiment de supériorité, l'exploitation et les affects négatifs. Cela dit, il est donc possible d'imaginer deux cas extrêmes pour un score identique à l'instrument, soit un degré élevé de leadership centré sur les bénéfices pour l'autre et une faible tendance à son exploitation, soit un faible degré de leadership, peut-être même centré sur les sanctions, et un degré élevé d'exploitation de l'autre. Le premier cas serait compatible avec un faible degré de dominance, alors que le second irait de pair avec un fort degré de cette caractéristique. L'aspect « adaptatif » du premier serait plus élevé en ce qui concerne les affects positifs et à la satisfaction relationnelle, que celui du second. Ainsi, sans aller dans ces extrêmes, les traits narcissiques en combinaison avec une faible dominance pourraient, compte tenu des propos précédents, présenter un effet protecteur supérieur contre les préoccupations alimentaires à celui des traits doublé d'une dominance plus forte.

D'autre part, le fait que les interactions avec les variables du narcissisme soient non significatives en ce qui concerne le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable, combiné à l'observation que l'effet des traits narcissiques demeure significatif peu importe le degré de caractère dominant suggère que l'effet incrémentiel du narcissisme sur les préoccupations alimentaires est largement indépendant de celui des autres variables. En d'autres termes, l'influence supplémentaire du narcissisme s'observe, peu importe le degré de qualité des relations, d'insécurité d'attachement, de dysrégulation émotionnelle, de déficit d'élaboration de l'émotion et de caractère maternant. Cette

observation, bien que résultant d'analyses exploratoires et exigeant d'être reproduite, souligne la possibilité que les différentes facettes du narcissisme jouent un rôle spécifique dans la dynamique des préoccupations alimentaires, possiblement en termes d'estime et d'identité, tel que l'entend Corcos (2005).

Seconde investigation exploratoire

La seconde exploration vise à vérifier si les préoccupations alimentaires ainsi que leurs variables prédictives sont comparables d'un groupe d'âge (femmes de 18 à 27 ans) à l'autre (28 ans et plus). Aucune différence n'a été observée entre les groupes sur le plan des préoccupations elles-mêmes, et seule l'interaction de la dysrégulation émotionnelle avec l'âge a montré un effet marginal parmi les facteurs prédictifs, l'analyse des effets simples suggérant que la dysrégulation émotionnelle n'est associée aux préoccupations émotionnelles que chez les plus âgées.

La dysrégulation émotionnelle apporte une contribution marginale positive chez les femmes du groupe plus âgé et devra donc être interprétée avec prudence. Tel que mentionné précédemment, les symptômes de frénésies alimentaires et les comportements compensatoires pourraient représenter des stratégies malsaines de régulation émotionnelle afin d'échapper aux émotions trop douloureuses (Harrison et al., 2009). Lorsque ces stratégies sont utilisées au long cours, elles deviennent ancrées dans la façon de réguler les émotions et apparaissent comme principaux mécanismes efficaces à court terme. L'apprentissage de la gestion émotionnelle est un phénomène relativement nouveau et les

connaissances scientifiques se sont largement développées dans les dernières décennies (Brillon, 2009). Il est possible que les participantes plus âgées aient été moins en contact avec cette éducation parallèlement aux femmes plus jeunes. Ainsi, les femmes plus âgées pourraient avoir davantage tendance à utiliser la nourriture pour se réconforter ou calmer leur chaos intérieur que les femmes plus jeunes.

Comme c'était le cas de la première analyse exploratoire, les résultats de la seconde suggèrent que l'effet des variables indépendantes, incluant les différentes facettes du narcissisme, demeure largement indépendant de l'âge. En d'autres termes, les associations détectées entre les différentes variables indépendantes et les préoccupations alimentaires, peut-être à l'exception de la dysrégulation émotionnelle, pourraient s'avérer généralisables à l'ensemble des femmes, peu importe leur âge. Compte tenu de l'aspect exploratoire de ces analyses, cette possibilité ne peut à ce moment-ci être érigée en conclusion. Pour ce faire, des travaux supplémentaires, peut-être recourant à des stratégies d'analyse testant l'invariance entre les groupes, devront être menés et arriver à des résultats similaires.

Implications cliniques et scientifiques

Plusieurs implications cliniques et scientifiques découlent des résultats de cette étude, mais nous nous attarderons uniquement à quelques-unes. Au niveau clinique se trouve une contribution à la compréhension des préoccupations alimentaires et des aspects de la personnalité associée dans la mesure où cette étude offre des pistes d'évaluation et

d'intervention intéressantes lors d'un travail thérapeutique chez les femmes adultes. D'abord, elle constate l'importance d'évaluer les symptômes alimentaires lorsqu'une personne se présente en psychothérapie pour des difficultés émotionnelles, relationnelles et de l'attachement. Ensuite, elle démontre la pertinence de s'intéresser aux différentes facettes du narcissisme, soit les traits, le narcissisme vulnérable et grandiose lorsqu'une patiente présente des symptômes alimentaires. Ainsi, lors de la consultation, les cliniciens pourront être à l'affût du rôle du narcissisme dans la présentation des symptômes alimentaires et ainsi focaliser leur traitement sur un travail exploratoire des enjeux narcissiques. Une autre contribution clinique intéressante est en lien avec la population sous-clinique de notre échantillon. Étant donné que les préoccupations alimentaires et les TCA prennent souvent origine à travers les régimes amaigrissants et que ceux-ci sont encouragés, voire valorisés dans notre société, il peut être difficile pour une population sous-clinique des TCA de prendre conscience qu'il s'agit d'une problématique. Ainsi, la majorité des femmes présentant des symptômes alimentaires n'iront pas forcément consulter en psychothérapie et ne prendront peut-être pas conscience de la réalité de cet enjeu. Par la publicisation des conclusions de notre étude, il est possible d'amener les femmes ayant des préoccupations alimentaires à porter une réflexion plus profonde et nuancée concernant leurs difficultés alimentaires.

Au plan scientifique, cette étude a permis de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des préoccupations alimentaires chez des femmes adultes et des éléments de fonctionnement intra et interpersonnel ainsi que de la personnalité qui

leur sont associés. L'étude apporte une contribution particulièrement sur l'établissement du lien entre le narcissisme et les préoccupations alimentaires. En effet, les liens entre les TCA et les difficultés relationnelles, émotionnelles et l'attachement inséure étaient déjà étudiés depuis plusieurs décennies, mais sur le plan empirique, il est tout récent de relier cette psychopathologie à des aspects de la personnalité, dont le narcissisme.

Forces, limites, et pistes de recherches futures

D'abord, une des forces majeures de l'étude est qu'il existe très peu d'études sur le sujet, soit de démontrer les liens existants entre le narcissisme et les préoccupations alimentaires. Cela est d'autant plus vrai avec une population québécoise. Considérant que le taux de prévalence des TCA serait beaucoup plus élevé que ce que la recherche laisse supposer (Gauvin et al., 2009), il s'avère pertinent de s'intéresser à une population sous-clinique. Cela génère un questionnement quant à la prévalence des préoccupations alimentaires dans la population générale sachant que celles-ci peuvent mener au développement des TCA. Ensuite, soulevons notre échantillonnage important où avec 225 participantes nous détenons un nombre suffisant pour vérifier des effets de taille moyenne avec une puissance satisfaisante. Toutefois, nous reconnaissons que ce nombre aurait pu être encore plus grand, car un total de 618 participantes avait débuté les questionnaires sans les compléter. Ainsi, il se peut que les items aient été trop nombreux pour que celles-ci remplissent les questionnaires dans leur entièreté. Moins d'items auraient pu permettre à plus de participantes de les terminer dans leur entièreté et donc d'obtenir un portrait plus

grand. Finalement, les instruments utilisés exposent tous de bonnes qualités psychométriques ce qui représente une autre force de l'étude.

En ce qui concerne les limites de cette étude, d'abord notons qu'il s'agit d'un devis corrélationnel et transversal qui rend impossible la prédiction d'un lien de causalité, se limitant plutôt à la vérification des relations entre les différentes variables. De plus, les variables n'ont pas été manipulées par le chercheur de l'étude, laquelle n'offrait pas de traitement aux participantes ce qui aurait constitué un ajout intéressant autant au plan scientifique que clinique. Dans une prochaine étude, il pourrait être intéressant d'offrir un traitement orienté sur les difficultés liées au narcissisme chez les participantes souffrant de préoccupations alimentaires et ainsi comparer les résultats avec un groupe contrôle. Ensuite, une autre limite de l'étude a été rapportée par quelques participantes qui faisaient mention que le terme préoccupation alimentaire pouvait porter à confusion. En effet, quelques participantes ont demandé des explications plus précises afin de voir si elles étaient éligibles à participer à l'étude, entre autres si le végétarisme, les allergies et les maladies (par ex. : cœliaque) étaient considérés comme étant des préoccupations alimentaires pour notre étude. Nous avons donc clarifié le terme préoccupation alimentaire dans le cadre de notre étude à ces participantes afin qu'elles aient la bonne conception du terme et puissent décider de leur participation. Ensuite, le fait qu'il s'agissait de questionnaires autoadministrés peut constituer une limite dans la mesure où certains symptômes ou habitudes alimentaires sont perçus comme désirables dans la société (par ex. : suivre un régime, perdre du poids) et même valorisés dans certains milieux ce qui

peut faire en sorte qu'une personne peut percevoir son comportement alimentaire moins pathologique qu'il ne l'est réellement. Par ailleurs, il s'agit d'une problématique généralement très égocytone. Aussi, ayant recruté plusieurs participantes par l'entremise de réseaux sociaux universitaires, notre population n'est pas représentative de la population générale québécoise puisque notre échantillon est composé de 61,8 % de femmes ayant au minimum un BAC alors que la population québécoise est composée de 32,8 % de personnes détenant un diplôme universitaire (Institut de la statistique du Québec, 2019). Finalement, la dernière limite que nous retenons pour l'étude concerne le score global retenu pour le questionnaire NPI mesurant les traits de personnalité narcissique.

Dans une recherche future, il pourrait être intéressant de faire des analyses en incluant chaque facteur du NPI, ce qui nous permettrait de départager les aspects plus et moins « adaptatifs » couverts par ce questionnaire. Il pourrait également être intéressant de procéder à une étude longitudinale afin d'observer si les préoccupations alimentaires se poursuivent dans le temps chez les participantes et si certaines variables, dont les différentes facettes du narcissisme, sont susceptibles de prédire leur évolution. Pour terminer, en lien avec les résultats retrouvés pour la variable dominance sur la relation entre les préoccupations alimentaires et les traits de personnalité narcissique, il pourrait être intéressant d'approfondir les analyses afin de mieux comprendre le rôle que joue la dominance à travers cette relation.

Conclusion

En conclusion, en plus de confirmer les liens déjà existants entre les difficultés relationnelles, les difficultés de régulation émotionnelle et l'attachement insécuré avec les préoccupations alimentaires, cette étude a mis en lumière la relation entre le narcissisme et les préoccupations alimentaires. Les résultats illustrent chez les participantes la présence de difficultés à élaborer leurs émotions, soit à les identifier et les verbaliser ainsi qu'à bien réguler leurs émotions, la présence de difficultés relationnelles ainsi que la présence d'un attachement insécuré, soit de type anxieux ou évitant. Le cœur de notre étude concerne les variables du narcissisme où celles-ci se sont montrées significatives et expliquent même une plus grande portion des préoccupations alimentaires que les variables précédemment étudiées. En effet, les traits adaptatifs narcissiques agiraient comme un facteur de protection sur l'apparition et le développement des préoccupations alimentaires alors que le narcissisme grandiose et vulnérable seraient quant à eux des facteurs de risques des préoccupations alimentaires. Cela suggère que le narcissisme est un facteur fondamental au sein des préoccupations alimentaires et qu'il est nécessaire de s'intéresser à l'histoire développementale dans le travail clinique auprès de ces femmes. Finalement, les résultats de la première exploration révèlent la présence d'un effet d'interaction de la dominance et des traits narcissiques sur les préoccupations alimentaires. Les résultats de la deuxième exploration suggèrent que les symptômes alimentaires et les facteurs contributifs sont les mêmes chez les femmes, et ce, peu importe leur âge, mais qu'il y a présence d'un effet marginal de la dysrégulation émotionnelle sur les préoccupations alimentaires chez les femmes plus âgées.

Références

- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 24, 371-379. doi:10.1016/S0193-953X(05)70232-X
- Aimé, A., & Bégin, C. (2007). Modèle conceptuel du développement et du maintien des troubles des conduites alimentaires. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 12, 1-13
- Aimé, A., Cyr, C., Ricard, M.-M., Guèvremont, G., & Bournival, C. (2016). Alexithymie et psychopathologie chez des femmes qui consultent pour des problèmes d'alimentation = Alexithymia and psychopathology in women seeking help for an eating disorder. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 115–131. Retrieved from <https://search-ebshost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2016-59675-006&site=ehost-live>
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Antoine, C. (2010). Anorexie et boulimie. Dans M. Guillemot et B. Blumel (dir.), *Petit Larousse de la psychologie*. (3^e éd., p. 149-157). Paris, France : Larousse.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-Mother attachment. *American psychologist*, 34, 932-937.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1989). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 41, 49-67.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical psychology review*, 33, 156-167. doi:10.1016/j.cpr.2012.10.009
- Archinard, M., Rouget, P., Painot, D., & Liengme, C. (2002). *Traduction française du « Eating Disorder Inventory 2 - EDI-2 »*. Dans M. Bouvard & J. Cottraux (éds), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (pp. 265–273). Paris, France: Masson.

- Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C., Nadkarni, P., Macneil, B. A., & Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 273, 58-66.
- Barone, L., & Guiducci, V. (2009) Mental representations of attachment in Eating Disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & human development*, 11(4). <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1080/14616730902814770>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244.
- Bean, M. K., Stewart, K., & Olbrisch, M. E. (2008). Obesity in America: Implications for clinical and health psychologists. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15(3), 214-224. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1007/s10880-008-9124-9>
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 38, 143-146. doi:10.1002/eat.20164
- Borgès Da Silva, V., Borgès, Da Silva R., Prud'homme, A., Campan, P., Azorin, J. M., & Belveaux, R. (2018). Association between binge eating disorder and psychiatric comorbidity profiles in patients with obesity seeking bariatric surgery. *Comprehensive psychiatry*, 87, 79-83.
- Boucher, K., Côté, M., Gagnon-Girouard, M.-P., Ratté, C., & Bégin, C. (2018). Eating pathology among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa: The role of narcissism and self-esteem. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(10), 776-782. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1097/NMD.0000000000000890>
- Bourdier, L., Maria, A., Ringuenet, D., & Berthoz, S. (2016). Intelligence émotionnelle et anorexie mentale: Liens avec la symptomatologie alimentaire et perspectives thérapeutiques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 26, 12-20. doi:10.1016/j.jtcc.2015.12.001
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume I : Attachment*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. Volume II : La séparation, angoisse et colère* (Traduit par B. de Panafieu). Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Brillon, M. (2009). *Les émotions au cœur de la santé : Mieux connaître nos émotions pour s'en faire des alliées*. Québec, CA : Les Éditions de l'Homme.
- Brin, J. (2011). *Adaptation et validation française du Narcissistic Personality Inventory (NPI : Raskin & Hall, 1979)*. Dissertation doctorale. École de psychologie, Université Laval, QC.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford.
- Broberg, A. G., Hjalms, I., & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9, 381-396.
- Bunnell, D. W., Shenker, I. R., Nussbaum, M. P., Jacobson, M. S., & Cooper, P. (1990). Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological features. *International journal of eating disorders*, 9, 357-362. doi:10.1002/1098-108X(199005)9:3<357::AID-EAT2260090313>3.0.CO;2-Z
- Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkevari, E., Micali, N., & Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 42, 55-92. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.12.002
- Cavanna, D., Delogu, A. M., & Zavattini, G. C. (2012). Attachment theory and eating disorders. *Italian journal of clinical and developmental psychology*, 1, 3–36.
- Corcos, M. (2005). *Le corps insoumis: Psychopathologie des troubles alimentaires*. Paris, France : Dunod.
- Corcos, M. (2013). Anorexie mentale, du féminin au maternel. *Revue française de psychosomatique*, 43, 131-148.
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions: Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23, 63-72. doi:10.1016/j.jtcc.2013.01.005
- Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Narcissistic vulnerability and grandiosity as mediators between insecure attachment and future eating disordered behaviors: A prospective analysis of over 2,000 freshmen. *Journal of clinical psychology*, 72, 279-292. doi:10.1002/jclp.22237

- Davis, C., Claridge, G., & Cerullo, D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: A continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of psychiatric research, 31*, 467–480.
- Deborde, A. S., Berthoz, S., Godart, N., Perdereau, F., Corcos, M., & Jeammet, P. (2006). Étude des relations entre alexithymie et anhédonie chez des femmes présentant des troubles du comportement alimentaire et chez des témoins. *L'encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 32*, 83-91. doi:10.1016/S0013-7006(06)76140-1
- Diguer, L. (2010). *Échelle de Narcissisme Pathologique*. Adaptation française du Pathological Narcissism Inventory (PNI: Pincus et al., 2009). École de psychologie, Université Laval, QC.
- Dufour, J. (2014). *Aspect personnels et interpersonnels associés aux préoccupations alimentaires*. (Thèse doctorale, Université de Sherbrooke). Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/5437>
- Eberenz, K. P., & Gleaves, D. H. (1994). An examination of the internal consistency and factor structure of the Eating Disorder Inventory-2 in a clinical sample. *International journal of eating disorders, 16*, 371-379. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4<371::AID-EAT2260160406>3.0.CO;2-W
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders, 40*(2), 149–155. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/eat.20351>
- Emmons, R. A. (1984). Factor analysis and construct validity of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment, 48*(3), 291–300. https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1207/s15327752jpa4803_11
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *The British journal of psychiatry, 144*, 238-246. doi:10.1192/bjp.144.3.238
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 46*, 91–105. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
- Fisher, M., Schneider, M., Burns, J., Symons, H., & Mandel, F. S. (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal of adolescent health, 28*, 222–227.

- Flanery, R. C. (2017). Males with eating disorders: Unrecognized, undertreated. *Psyccritiques*, 62, doi:10.1037/a0040620
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 170, 917–25.
- French, S. A., & Jeffery, R. W. (1994). Consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health. *Health psychology*, 13, 195-212. doi:10.1037/0278-6133.13.3.195
- Gadalla, T. M. (2008). Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Archives of women's mental health*, 11, 357-362. doi:10.1007/s00737-008-0031-8
- Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the Gender and Body Image (GABI) Study. *International journal of eating disorders*, 45, 832-844. doi:10.1002/eat.22030
- Gauvin, L., Steiger, H., & Brodeur, J. (2009). Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling Canadian women: Contributions toward a population health perspective. *International journal of eating disorders*, 42, 158-165. doi:10.1002/eat.20590
- Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2020). Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion*. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1037/emo0000721.supp> (Supplemental)
- Godin, L. (2016). *Anorexie, boulimie et société : penser des corps qui dérangent*. Québec, CA: Les Presses de l'Université du Québec.
- Gordon, K. H., & Dombek, J. J. (2010). The associations between two facets of narcissism and eating disorder symptoms. *Eating behaviors*, 11, 288-292. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.08.004
- Gowers, S. G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41–54.
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660-681. doi : 10.1037/a0023660
- Haggerty, G., Hilsenroth, M. J., & Vala-Stewart, R. (2009). Attachment and interpersonal distress: Examining the relationship between Attachment styles and interpersonal problems in a clinical population. *Clinical psychology and psychotherapy*, 16, 1-9.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical psychology and psychotherapy*, 16, 348–356.
- Hay, P. (1988). The epidemiology of eating disorder behaviours: an Australian community-based survey. *International journal of eating disorders*, 23, 371–382.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International journal of eating disorders*, 40, 521-530. doi:10.1002/eat.20401
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in psychiatry*, 19, 389-394. doi:10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J. S., & Pincus, A.L. (2000). *Inventory of interpersonal problems: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 549-560. doi:10.1037/0022-006X.61.4.549
- Houlcroft, L., Bore, M., & Munro, D. (2012). Three faces of Narcissism. *Personality and individual differences*, 53 (3), 274-278.
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Panorama des régions du Québec*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/panorama-regions-2019.pdf>

- Johnson, C. (1991). Treatment of eating-disordered patients with borderline and false-self/narcissitic disorders. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New-York: Guilford Press. (pp. 165-193).
- Johnson, C., & Connors M. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. New-York: Basic Books.
- Johnson, C., Tobin, D. L., & Dennis, A. (1990). Differences in treatment outcome between borderline and non-borderline bulimics at one year follow-up. *International journal of eating disorders*, 9, 6, 617-627.
- Jones, W. R., & Morgan, J. F. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of public mental health*, 9, 23-31. doi:10.5042/jpmh.2010.0326
- Kamryn, T.E., & Yongjoo, K. (2016). Dieting to disordered restricting. *Journal of adolescent health*, 59, 369-370.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 161, 12, 2215-2221.
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997) Outcome in bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 154, 313-321.
- Lachaud, M., Miquel, V., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2004). Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14, 131-134. doi:10.1016/S1155-1704(04)97460-5
- Lafontaine, M-F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35, 56-60.
- Leichner, R., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil, N. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue canadienne de psychiatrie*, 39, 49-54.
- Leising, D., Rehbein, D., & Eckardt, J. (2009). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) as a screening measure for avoidant personality disorder. *European journal of psychological assessment*, 25, 16-22. doi:10.1027/1015-5759.25.1.16
- Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology*, 29(2), 139-144

- Luchner, A. F., Houston J. M., Walker, C., & Houston, M. A. (2011). Exploring the relationship between two forms of narcissism and competitiveness. *Personality and individual differences*, 51(6), 779-782.
- Lunn, S., Poulsen, S., & Daniel, S. F. (2012). Subtypes in bulimia nervosa: The role of eating disorder symptomatology, negative affect, and interpersonal functioning. *Comprehensive psychiatry*, 53, 1078-1087. doi:10.1016/j.comppsy.2012.04.005
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., Pope, H. G., & Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *International journal of eating disorders*, 47, 320-324. doi:10.1002/eat.22232
- Maples, J., Collins, B., Miller, J. D., Fischer, S., & Seibert, A. (2011). Differences between grandiose and vulnerable narcissism and bulimic symptoms in young women. *Eating behaviors*, 12, 83-85. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.10.001
- MacGregor, M. W., & Lamborn, P. (2014). Personality assessment inventory profiles of university students with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 2, 20.
- Matsunaga, H., & Kiriike, N. (2003). Do sociocultural factors influence the comorbidity of eating disorders? Dans Maj, M., Halmi, K., Lopez-Ibor, J. J. & Sartorius, N. *Eating disorders: WPA Series: Evidence and experience in psychiatry* (p. 70-72). Chichester, Angleterre: John Wiley and Sons Ltd.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour research and therapy*, 28, 3, 205-214.
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., & Nathan, P. (2013). The relationship between interpersonal problems, negative cognitions, and outcomes from cognitive behavioral group therapy for depression. *Journal of affective disorders*, 150, 266-275. doi:10.1016/j.jad.2013.04.005
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood*. Structure, dynamics, and change. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.copsy.2018.02.006>
- Miller, J. D., Price, J., Gentile, B., Lynam, D. R., & Campbell, W. K. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism from the perspective of the interpersonal circumplex. *Personality and individual differences*, 53 (4), 507-512.

- Oliver, J. E. (2006). *Fat politics: The real story behind America's obesity epidemic*. New York, NY: Oxford University Press. Retrieved from <https://search-ebshost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2006-08642-000&site=ehost-live>
- Ostiguy, C., Meilleur, D., Taddeo, D., & Frappier, J. Y. (2017). Intensité du trouble alimentaire et motivation au changement chez des adolescentes atteintes d'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *65*, 3, 137-145.
- Pender, J. R., & Pories, W. J. (2005). Surgical treatment of obesity. *Psychiatric clinics of North America*, *28*(1), 219–234. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.psc.2004.09.007>
- Peterson, C. A., & Knudson, R. M. (1983). Anhedonia: A construct validation approach. *Journal of personality assessment*, *47*, 539-551. doi:10.1207/s15327752jpa4705_16
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, *21*, 365-379. doi:10.1037/a0016530
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorders. *Annual review of clinical psychology*, *6*, 421-446.
- Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., Maciejewska-Jeske, M., & Meczekalski, B. (2015). Eating disorders in older women. *Maturitas*, *82*, 146-152. doi:10.1016/j.maturitas.2015.06.036
- Pomerleau, G., & collaboratrices. (2001). *Démystifier les maladies mentales. Anorexie et boulimie : Comprendre pour agir*. Québec, CA: Gaëtan Morin éditeur.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone A., & Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and weight disorders*, *6*, 166-170. doi:10.1007/BF03339766
- Raskin, R., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological reports*, *45*, 590.
- Raykos, B. C., McEvoy, P. M., Carter, O., Fursland, A., & Nathan, P. (2014). Interpersonal problems across restrictive and binge-purge samples: Data from a community-based eating disorders clinic. *Eating behaviors*, *15*, 449-452. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.06.008

- Raynal, P., Melioli, T., & Chabrol, H. (2016). Personality profiles in young adults with disordered eating behavior. *Eating behaviors, 22*, 119–123. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.eatbeh.2016.06.020>
- Raynault, A., Rousselet, M., Acier, D., & Grall-Bronnec, M. (2016). Caractéristiques associées à l'attachement inséure dans l'anorexie mentale. *Annales médico-psychologiques, 174*, 431-435. doi:10.1016/j.amp.2015.01.012
- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European eating disorders review, 15*, 119-130. doi:10.1002/erv.761
- Ronningstam, E. (1998). *Disorders of Narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Rose, P. (2002). The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and individual differences, 33* (3), 379-391.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 429-448. doi:10.1017/S0033291700031974
- Samuel-Lajeunesse, B., & Foulon, C. (1994). *Les conduites alimentaires*. Paris, France : Masson.
- Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Santé Canada, No. H49-179/2003F au catalogue, Ottawa, 43 p.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British journal of clinical psychology, 45*, 343-366. doi:10.1348/014466505X53902
- Sénécal, C. B., Vallerant, R. J., & Vallières, E. F. (1992). Construction et validation de l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI). *Revue européenne de psychologie appliquée, 42*, 315-322.
- Slane, J. D., Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Developmental trajectories of disordered eating from early adolescence to young adulthood: A longitudinal study. *International journal of eating disorders, 47*, 793-801. doi:10.1002/eat.22329
- Slevec, J. H., & Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clinical psychology review, 31*, 515-524. doi:10.1016/j.cpr.2010.12.002

- Smink, F. E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International journal of eating disorders, 47*, 610-619. doi:10.1002/eat.22316
- Steiger, H., & Houle, L. (1991). Defense styles and object-relations disturbances among university women displaying varying degrees of 'symptomatic' eating. *International journal of eating disorders, 10*, 145-153.
- Steiger, H., Jabalpurwala, S., Champagne, J., & Stotland, S. (1997). A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. *International journal of eating disorders, 22*, 173–178.
- Steiger, H., & Thaler, L. (2016). Eating disorders, gene-environment interactions and the epigenome: Roles of stress exposures and nutritional status. *Physiology and behavior, 162*, 181-185. doi:10.1016/j.physbeh.2016.01.041
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry, 152*, 1073-1074. doi:10.1176/ajp.152.7.1073
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics.*, 4e éd. Michigan, État-Unis: Allyn and Bacon /Pearson Education.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International journal of eating disorders, 47*, 710-717. doi:10.1002/eat.22302
- Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy, 48*, 249-259. doi:10.1037/a0022423
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and individual differences, 47*, 662-667. doi:10.1016/j.paid.2009.06.006
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics: Journal of Consultation and liaison psychiatry, 32*, 153-164. doi:10.1016/S0033-3182(91)72086-0
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and psychosomatics. 57*, 34-41.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of psychosomatic research, 55*, 277-283. doi:10.1016/S0022-3999(02)00601-3
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body image, 1*, 29-41. doi:10.1016/S1740-1445(03)00002-0
- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental psychology, 37*, 243-253. doi:10.1037/0012-1649.37.2.243
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International journal of eating disorders, 33*, 143-154. doi:10.1002/eat.10120
- Treasure, J., Corfield, F., & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European eating disorders review, 20*, 431-438. doi:10.1002/erv.2181
- Turmel, V. (2014). *Validation de la structure interne d'une version francophone du Pathological Narcissism Inventory (PNI)*. (Mémoire doctoral, Université Laval). Repéré à <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/31020>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne, 30* (4), 662-689.
- Valls, M., & Chabrol, H. (2014). Les troubles alimentaires chez les hommes : Une revue de la littérature actuelle. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 24*, 92-97. doi:10.1016/j.jtcc.2014.05.001
- Van Vugt, M., & Smith, J. E. (2019). A dual model of leadership and hierarchy: Evolutionary synthesis. *Trends in Cognitive Sciences, 23*(11), 952-967. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.tics.2019.09.004>
- Vetter, M. L., Dumon, K. R., & Williams, N. N. (2011). Surgical treatments for obesity. *Psychiatric clinics of North America, 34*(4), 881-893. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.psc.2011.08.012>

- Villajero, C., Jiménez-Murcia, S., Alvarez-Moya, S., Granero, R., Penelo, E., Treasure, J., Vilarrasa, N., Gil-Montserrat de Bernabé, M., Casanueva, F. F., Tinahones, F. J., Fernandez-Real, J. M., Fruhbeck, G., de la Torre, R., Botella, C., Aguera, Z., Menchon, J. M., & Fernandez-Aranda, F. (2014). Lost of control over eating : A description of the eating disorder/obesity spectrum in women. *European eating disorders review, 22, 1*, 25-31.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of abnormal psychology, 103*, 137-147.
- Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating disorders in adolescent and young adult males: Presenting characteristics. *Journal of adolescent health, 59*, 397-400. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.005
- Wei, M, Russell, D., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. (2007). The experiences in close relationship scale (ECR)-short form : Reliability, validity, and factor structure (English). *Journal of personality assessment, 88*, 187-204.
- Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in psychiatric care, 41*(3), 114-123.
- Wiggins, J.S., Philips, N., & Trapnell, P. (1989). Circular reasoning about interpersonal behavior : Evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 296-305.)
- Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (1992). Eating disorders and personality disorders. In J. Yager, H. E. Gwirtsman & C. K. Edelstein (Eds.), *Special problems in managing eating disorders*. (pp. 51-86). Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Wonderlich, S., & Mitchell, J. E. (2001). The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *Psychiatric clinics of North America, 24, 2*, 249–258. [https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0193-953X\(05\)70221-5](https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/S0193-953X(05)70221-5)
- Wonderlich, S. A., & Swift, W. J. (1990) Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: Clinical description. *International journal of eating disorders, 9, 6*, 629-638.
- Wright, A. G. C., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., & Conroy, D. E. (2010). The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment, 17*, 467-483.

- Zeigler-Hill, V., & Besser, A. (2013). A Glimpse Behind the Mask: Facets of Narcissism and Feelings of Self-Worth, *Journal of Personality Assessment*, 95 (3), 249-260, DOI: 10.1080/00223891.2012.717150
- Zhang, A. Y., & Snowden, L. R. (1999). Ethnic characteristics of mental disorders in five US communities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(2), 134–146. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1037/1099-9809.5.2.134>
- Zimmermann, G., Quartier, V., Bernard, M., Salamin, V., & Maggiori, C. (2007). Qualités psychométriques de la version française de la TAS-20 et prévalence de l'alexithymie chez 264 adolescents tout-venant. *L'encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 33, 941-946. doi:10.1016/j.encep.2006.12.006

Appendice A
Invitation à participer à l'étude
Affiche publicitaire



Invitation à participer à un projet de recherche

Vous êtes une femme québécoise âgée de 18 ans et plus?

Vous avez des préoccupations concernant votre poids et votre alimentation?

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche:

PRÉOCCUPATIONS ALIMENTAIRES ET ASPECTS DE LA PERSONNALITÉ CHEZ DES FEMMES ADULTES

en répondant à des questionnaires en ligne.

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques. La participation est volontaire et confidentielle.

⇒ Pour plus d'informations, allez sur:

<https://www.med.usherbrooke.ca/limesurvey257/index.php?r=survey/index&sid=913264&lang=fr>



Merci pour votre participation!

Caroline Perron

Doctorante en psychologie à l'Université de Sherbrooke

caroline.l.perron@usherbrooke.ca

Dirigée par Jean Descôteaux

Professeur au département de psychologie à l'Université de Sherbrooke

Appendice B

Message d'invitation accompagnant l'affiche publicitaire

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire doctoral, je cherche des participantes pour répondre à des questionnaires en ligne.

Pour participer, vous devez être :

- Une femme de 18 ans et plus
- Habiter au Québec
- Avoir des préoccupations concernant votre alimentation ou votre poids (même les préoccupations légères sont acceptées).

Participez si vous êtes intéressées!

Merci beaucoup!!

Voici le lien:

<https://www.med.usherbrooke.ca/limesurvey257/index.php?r=survey%2Findex&sid=913264&lang=fr>

Appendice C
Courriel aux professionnel

Bonjour à vous,

Je me nomme Caroline Perron et je suis étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire doctoral, je cherche des participantes ayant des préoccupations alimentaires pour répondre à mes questionnaires en ligne. Est-ce possible pour vous de partager ma publicité (par ex.: réseaux sociaux, site internet, salle d'attente)?

Voici le lien (et la publicité est en pièce jointe) :

<https://www.med.usherbrooke.ca/limesurvey257/index.php?r=survey%2Findex&sid=913264&lang=fr>

Votre aide serait vraiment très appréciée. Merci beaucoup!

Caroline Perron, B.sc., D. Ps. (cand.)

Doctorante en psychologie

Université de Sherbrooke

Appendice D
Lettre informative

LETTRE INFORMATIVE

Cette étude s'adresse aux femmes québécoises âgées de 18 ans et plus ayant des préoccupations au niveau de l'alimentation. Vous êtes invitées à participer à un projet d'étude portant sur les aspects de la personnalité ainsi que des aspects relationnels et émotionnels en lien avec les préoccupations alimentaires. Cette lettre vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche.

À la lecture de cette lettre de présentation, vous êtes informés sur la nature et le motif de votre participation à ce projet. En remplissant ces questionnaires, vous consentez à participer au projet. Nous vous remercions du temps que vous avez bien voulu y consacrer.

Titre du projet

Préoccupations alimentaires et aspects de la personnalité chez des femmes adultes.

Personnes responsables du projet

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre du mémoire doctoral de Caroline Perron, candidate à l'obtention du doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke. Coordonnées : Caroline.L.Perron@usherbrooke.ca

Le projet de recherche est dirigé par Jean Descôteaux, professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Pour toutes informations supplémentaires ou tout problème relié à ce projet, vous pouvez joindre Monsieur Descôteaux au numéro de téléphone (819) 821-8000 poste 63366, ou lui écrire à l'adresse Jean.Descoteaux@usherbrooke.ca

Objectif du projet

Cette étude vise à approfondir les connaissances chez les femmes ayant des préoccupations alimentaires. Plus précisément, le principal objectif du projet de recherche est de vérifier s'il existe des liens entre les préoccupations alimentaires et certains traits de personnalité au-delà des effets de certaines variables déjà étudiées comme l'attachement, la régulation émotionnelle ainsi que les difficultés relationnelles. Elle vise également à faire des comparaisons entre des femmes ayant des préoccupations alimentaires de degrés différents ainsi qu'entre différents groupes d'âge si le recrutement le permet.

Justification du recours à des êtres humains et du choix du groupe

Comme l'étude vise à avoir une meilleure compréhension des éléments reliés au développement, au maintien et à l'exacerbation des préoccupations alimentaires chez une population québécoise féminine adulte, seules les personnes correspondant à ces critères peuvent y participer.

Raisons et nature de la participation

Votre participation consistera à remplir en ligne un questionnaire sociodémographique, ainsi qu'une série d'instruments de mesure évaluant les préoccupations alimentaires, des aspects reliés à la personnalité ainsi que des aspects relationnels et émotionnels. Cette participation demandera environ une heure de votre temps. Le sondage peut être sauvegardé, c'est-à-dire que vous pouvez le remplir en deux ou plusieurs temps différents si vous le souhaitez. Toutefois les données s'effaceront si la page du navigateur est fermée sans être sauvegardée.

Avantages pouvant découler de votre participation

La participation à ce projet de recherche vous offre l'occasion de réfléchir à différents aspects de votre vie et de votre personnalité. Il pourrait donc s'agir d'une occasion de faire le point et de consolider votre compréhension de vous-même. En participant à ce projet de recherche, vous contribuez également à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine des conduites alimentaires chez les femmes adultes et des éléments de la personnalité qui leur sont associés.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients majeurs. Elle requiert toutefois environ une heure de votre temps. De plus, certains questionnaires pourraient susciter des réflexions personnelles dérangeantes et générer des émotions inconfortables. Si tel est le cas, vous pouvez cesser à tout moment de participer à l'étude. De plus, si vous en ressentez le besoin, vous pourrez consulter le site de l'Ordre des Psychologues du Québec (<https://www.ordrepsy.qc.ca>) qui vous orientera vers une ressource psychologique extérieure à la présente recherche ou encore, contacter le CIUSSS de votre région (<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/ciuss-et-ciuss/>). Il vous est également possible de contacter la ressource ANEB (Anorexie et boulimie Québec) afin d'avoir du soutien immédiat en lien avec les problématiques alimentaires (<https://anebquebec.com/>).

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous pouvez décider à tout moment d'y mettre fin, et ce, sans avoir à justifier votre décision ni à subir de préjudice. Vous pouvez cesser de participer à l'étude en fermant votre navigateur Internet sans sauvegarder le questionnaire et toutes vos données seront alors automatiquement effacées. Toutefois, vos réponses ne pourront être détruites si vous décidez de mettre fin à votre participation une fois les questionnaires sauvegardés ou complétés en raison de l'anonymat des réponses.

Confidentialité, partage, surveillance et publications des résultats

Aucun renseignement qui permettrait d'identifier les personnes ayant participé à cette étude ne sera recueilli, et toutes les informations collectées dans les différents questionnaires demeureront strictement confidentielles. Les données recueillies, en plus d'être enregistrées sur les appareils qui hébergent *Lime Survey*, seront informatisées et conservées en lieu sûr, sous clé ainsi que dans l'ordinateur de la chercheuse principale et du directeur de thèse. Elles seront ensuite détruites à l'expiration de la période de conservation (maximum 7 ans). De plus, ni l'adresse IP ni l'adresse de courriel ne sera incluse dans les données et aucun fichier témoin (cookie) ne sera inscrit sur votre ordinateur. Les informations concernant les mesures de sécurité du fournisseur de l'outil de collecte de données en ligne peuvent être consultées à l'adresse suivante : <https://www.limesurvey.org/fr/politiques/politique-de-confidentialite>

Une fois l'étude terminée, les résultats généraux pourront être publiés à des fins de communication scientifique et professionnelle sans qu'aucune information ne permette de vous identifier. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats de la recherche et des publications qui en découlent en communiquant avec Caroline Perron ou son directeur de mémoire doctoral monsieur Jean Descôteaux aux coordonnées ci-haut.

Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Le participant doit être informé qu'en cas de problème éthique concernant les conditions de sa participation à la recherche, il peut s'adresser soit au responsable du projet ou soit à la présidence du comité d'éthique, dont les coordonnées doivent être indiquées, par l'intermédiaire de son secrétariat. Le Comité d'éthique de la recherche - Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec ce comité au numéro de téléphone 819-821-8000 poste 62644 (ou sans frais au 1 800 267-8337) ou à l'adresse courriel cer_lsh@USherbrooke.ca.

CONSENTEMENT

En cliquant sur le bouton « Suivant », j'atteste :

- Avoir pris connaissance du formulaire d'informations et de consentement
- Consentir volontairement et librement à participer à ce projet de recherche

Suivant

Appendice E
Questionnaire sociodémographique et caractéristiques personnelles

QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Âge: _____ 2. Sexe : Femme Homme 3. Nationalité : _____

4. Lieu de résidence (ville ainsi que, si différent du Canada, pays) : _____

5. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété?

Primaire Premier cycle universitaire (baccalauréat)

Secondaire 2^e cycle universitaire (maîtrise)

Collégial 3^e cycle universitaire (doctorat)

6. Actuellement, avez-vous un emploi?

Non Oui – Combien d’heures par semaine travaillez-vous? _____

7. Quel est votre revenu annuel personnel avant les déductions d’impôt (incluant les prêts et bourses et l’aide financière des parents, s’il y a lieu) ? _____

8. Quelle est votre situation conjugale actuelle?

Marié(e)

En cohabitation (vivant avec mon (ma) partenaire)

En relation de couple et ne vivant pas de façon continue avec mon (ma) partenaire

En relation de fréquentation non exclusive (avec plus d’un partenaire)

Actuellement sans partenaire, mais ayant eu une relation de couple au cours des 12 derniers mois

Actuellement sans partenaire et n’ayant pas eu de relation de couple au cours des 12 derniers mois

Divorcé(e) ou veuf (ve)

Autre

9. S'il y a lieu, depuis combien de temps êtes-vous en relation avec votre partenaire actuel(le)?

10. Combien de relations amoureuses sérieuses avez-vous eues (incluant la relation actuelle)?

11. Avez-vous des enfants?

Non Oui Si oui, indiquez combien _____ enfant(s)

12. Avez-vous déjà suivi un régime alimentaire ? Non

Oui → À combien de reprises? _____

13. Suivez-vous un régime actuellement ? Non Oui

Appendice F
Questionnaire sur les attitudes alimentaires

Eating Disorder Inventory (EDI-2) de Garner, Olmsted, Bohr, et Garfinkel (1982); traduit en français par Leichner et al. (1994)

EDI-2 (version francophone)

- A. Poids actuel: _____ kilos / livres
- B. Taille: _____ cm / po
- C. Poids le plus élevé dans le passé (à l'exception des grossesses): _____ kilos /livres
- D. Poids le plus bas à l'âge adulte : _____ kilos / livres
- H. Quel serait votre poids, à votre avis, si vous n'essayiez pas de le contrôler?
_____ kilos / livres
- I. Quel poids souhaiteriez-vous avoir actuellement? _____ kilos / livres
- J. À quel âge avez-vous connu vos premiers problèmes de poids (si vous en avez) ? : à _____ ans

Consignes

Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certaines ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous...

Toujours, en général, souvent, quelquefois, rarement ou jamais

...et mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place. N'effacez pas! Si vous voulez modifier votre réponse, tracez une autre croix sur la bonne réponse et ensuite entourez-la.

Jamais - Rarement – Quelquefois – Souvent– En général– Toujours

1. Je mange des sucreries et des hydrates de carbone sans crainte.
2. Je trouve mon ventre trop gros.
3. J'aimerais pouvoir recouvrer la sécurité de l'enfance.
4. Je mange, lorsque je suis émue, bouleversée, contrariée?
5. Je me gave de nourriture.
6. J'aimerais pouvoir être plus jeune.
7. Je pense à faire un régime alimentaire.
8. J'ai peur quand mes sentiments sont trop intenses.
9. Je trouve mes cuisses trop grosses.

10. Je me sens incapable.
11. Je me sens extrêmement coupable quand j'ai trop mangé.
12. Je trouve que mon ventre est juste de la bonne taille.
13. Seules les performances exceptionnelles sont reconnues dans ma famille.
14. La période la plus heureuse de la vie, c'est quand on est enfant.
15. Je montre ouvertement mes sentiments.
16. J'ai très peur de prendre du poids.
17. Je fais confiance aux autres.
18. Je me sens seule au monde.
19. Je suis satisfaite de la forme de mon corps (de ma silhouette).
20. Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses, dans ma vie.
21. J'ai de la difficulté à reconnaître mes émotions.
22. Je préfère être un adulte plutôt qu'un enfant.
23. Je peux facilement communiquer avec autrui.
24. J'aimerais être quelqu'un d'autre.
25. J'exagère l'importance de mon poids.
26. Je peux clairement identifier les émotions que je ressens.
27. Je me sens inadéquate.
28. J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter.
29. Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants.
30. J'établis des relations assez proches.
31. J'aime bien la forme de mes fesses.
32. Je suis préoccupée par le désir d'être plus mince.
33. Je ne sais pas ce qui se passe en moi.
34. J'ai de la peine à exprimer mes émotions à autrui.
35. Les exigences de l'âge adulte sont trop élevées.
36. Je déteste ne pas être parmi les meilleures dans tout ce que j'entreprends.
37. Je me sens sûre de moi.
38. Je pense à faire des crises de frénésie alimentaire.
39. Je suis heureuse de ne plus être un enfant.

40. Je ne peux pas savoir clairement si j'ai faim ou non.
41. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.
42. J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions.
43. Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes performances.
44. J'ai peur de perdre le contrôle de mes sentiments.
45. Je trouve mes hanches trop larges.
46. Je mange modérément en présence des autres et me gave après leur départ.
47. Je me sens bouffie et/ou ballonnée après un repas normal.
48. J'ai l'impression que c'est pendant l'enfance que les gens sont le plus heureux.
49. Si je prends 500 grammes, j'ai peur de continuer à prendre du poids.
50. Je me sens quelqu'un de valable.
51. Quand je suis émue, je ne sais plus si je suis triste, effrayée ou en colère.
52. Je trouve que je dois faire les choses à la perfection ou pas du tout.
53. J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids.
54. J'ai besoin de maintenir les autres à une certaine distance (et me sens mal à l'aise si quelqu'un essaie de trop se rapprocher de moi).
55. Je trouve mes cuisses juste de la bonne taille.
56. Je me sens vide intérieurement (émotionnellement).
57. Je peux évoquer mes pensées ou mes sentiments personnels.
58. On vit ses meilleures années quand on devient adulte.
59. Je trouve mes fesses trop grosses.
60. J'ai des sentiments que je ne peux pas identifier tout à fait.
61. Je mange ou bois en cachette.
62. Je trouve mes hanches juste de la bonne taille.
63. Mes objectifs sont extrêmement élevés.
64. Quand je suis émue, j'ai peur de me mettre à manger.
65. Les gens que j'aime vraiment finissent par me décevoir.
66. J'ai honte de mes faiblesses humaines.
67. Les autres diraient que je suis émotionnellement instable.
68. J'aimerais contrôler totalement les besoins de mon corps.

69. Je me sens détendue dans la plupart des situations de groupe.
70. Je dis des choses impulsivement et le regrette ensuite.
71. Je me donne beaucoup de mal pour éprouver du plaisir.
72. Je dois faire attention à ma tendance à abuser des substances telles que des médicaments ou autres.
73. Je suis sociable avec la plupart des gens.
74. Je me sens piégée dans les relations.
75. Les privations que je m'impose me renforcent spirituellement.
76. Les gens comprennent mes vrais problèmes.
77. Je ne parviens pas à me débarrasser de pensées étranges.
78. Manger pour le plaisir est un signe de faiblesse morale.
79. J'ai tendance à faire des éclats de colère ou de rage.
80. J'ai l'impression que les gens m'accordent l'estime que je mérite.
81. Je dois faire attention à ma tendance à abuser de l'alcool.
82. Je crois que se détendre n'est qu'une perte de temps.
83. On dit que je m'énerve facilement.
84. J'ai l'impression d'être perdante partout.
85. J'éprouve d'importantes sautes d'humeur.
86. Je suis gênée par mes besoins corporels.
87. Je préférerais rester seule qu'être en compagnie.
88. La souffrance rend meilleure.
89. Je sais qu'on m'aime.
90. Je me sens poussée à faire du mal aux autres ou à moi-même.
91. J'ai l'impression de vraiment savoir qui je suis.

Appendice G
Questionnaire sur le narcissisme

Narcissistic Personality Inventory (NPI) de Raskin et Hall (1979) ; traduit en français par Brin, 2011.

NPI

Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion.

Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	Légèrement en désaccord 3	Ni en désaccord ni d'accord 4	Légèrement d'accord 5	D'accord 6	Fortement d'accord 7	
1. J'ai un talent naturel pour influencer les gens.	1	2	3	4	5	6	7
2. La modestie n'est pas mon genre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je ferais presque n'importe quoi par défi.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je sais que je suis bonne parce que tout le monde me le répète sans cesse.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si je gouvernais le monde, ce serait un bien meilleur endroit.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je peux habituellement me sortir de n'importe quelle situation en discutant.	1	2	3	4	5	6	7
7. J'aime être le centre de l'attention.	1	2	3	4	5	6	7
8. J'espère que je réussirai.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je pense être quelqu'un de spécial.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je me vois comme une bonne leader.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je suis sûre de moi.	1	2	3	4	5	6	7
12. J'aime avoir de l'autorité sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je trouve qu'il est facile de manipuler les gens.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je tiens à obtenir le respect qui m'est dû.	1	2	3	4	5	6	7
15. J'aime montrer mon corps.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je peux lire dans les gens comme dans un livre.	1	2	3	4	5	6	7
17. J'aime avoir la responsabilité de prendre des décisions.	1	2	3	4	5	6	7
18. Je veux compter pour quelque chose aux yeux du monde.	1	2	3	4	5	6	7
19. J'aime regarder mon corps.	1	2	3	4	5	6	7
20. Je suis prête à me donner en spectacle si j'en ai la chance.	1	2	3	4	5	6	7
21. Je sais toujours ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je dépend rarement de qui que ce soit pour mener les choses à terme.	1	2	3	4	5	6	7
23. Tout le monde aime écouter mes histoires.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'attends beaucoup de la part d'autrui.	1	2	3	4	5	6	7
25. Je ne serai jamais satisfaite avant d'avoir eu tout ce que je mérite.	1	2	3	4	5	6	7
26. J'aime être complimentée.	1	2	3	4	5	6	7
27. J'ai une forte volonté de pouvoir.	1	2	3	4	5	6	7
28. J'aime lancer de nouvelles tendances et de nouvelles modes.	1	2	3	4	5	6	7
29. J'aime me regarder dans le miroir.	1	2	3	4	5	6	7
30. J'aime vraiment être le centre de l'attention.	1	2	3	4	5	6	7
31. Je peux vivre ma vie de la façon que je veux.	1	2	3	4	5	6	7
32. Les gens semblent toujours reconnaître mon autorité.	1	2	3	4	5	6	7
33. Je préférerais être une leader.	1	2	3	4	5	6	7
34. Je deviendrai quelqu'un d'important.	1	2	3	4	5	6	7
35. Je peux faire croire n'importe quoi à n'importe qui.	1	2	3	4	5	6	7
36. Je suis une leader née.	1	2	3	4	5	6	7
37. Je souhaite qu'un jour quelqu'un écrive ma biographie.	1	2	3	4	5	6	7
38. Je deviens irrité lorsque les gens ne remarquent pas mon apparence quand je sors en public.	1	2	3	4	5	6	7
39. J'ai plus de capacité que les autres.	1	2	3	4	5	6	7
40. Je suis une personne extraordinaire.	1	2	3	4	5	6	7

Appendice H
Questionnaire sur le narcissisme

Pathological Narcissism Inventory (PNI; Pincus, Ansell, Pimentel, Cain, Wright et Levy, 2009) ;
traduit en français par Diguier, 2010 (ENP: *Échelle de Narcissisme Pathologique*)

PNI

Pas du tout caractéristique de moiTrès caractéristique de moi

0.....1.....2.....3.....4.....5

1. Je fantasme souvent à l'idée d'être admirée et respectée.	0	1	2	3	4	5
2. Mon estime personnelle change beaucoup.	0	1	2	3	4	5
3. Je me sens parfois honteuse par rapport à mes attentes envers les autres lorsqu'ils me déçoivent.	0	1	2	3	4	5
4. Je peux habituellement me sortir de n'importe quelle situation en discutant.	0	1	2	3	4	5
5. Il m'est difficile de me sentir bien par rapport à moi-même lorsque je suis seule.	0	1	2	3	4	5
6. Je peux me sentir bien en prenant soin des autres.	0	1	2	3	4	5
7. Je déteste demander de l'aide.	0	1	2	3	4	5
8. Quand les autres ne me remarquent pas, je commence à me sentir mal à l'aise.	0	1	2	3	4	5
9. Je cache souvent mes besoins par peur que les autres me voient comme étant sans ressource et dépendante.	0	1	2	3	4	5
10. Je peux faire croire n'importe quoi à n'importe qui si je le veux.	0	1	2	3	4	5

11. Je deviens furieuse quand les autres ne remarquent pas tout ce que je fais pour eux.	0	1	2	3	4	5
12. Je deviens ennuyée par les gens qui ne sont pas intéressés par ce que je dis ou fais.	0	1	2	3	4	5
13. Je ne voudrais pas dévoiler toutes mes pensées et sentiments intimes à quelqu'un que je n'admire pas.	0	1	2	3	4	5
14. Je fantasme souvent à l'idée d'avoir un effet important sur le monde autour de moi.	0	1	2	3	4	5
15. Je trouve qu'il est facile de manipuler les gens.	0	1	2	3	4	5
16. Quand les autres ne me remarquent pas, je commence à me sentir sans importance.	0	1	2	3	4	5
17. Parfois j'évite les gens parce que je crains qu'ils me déçoivent.	0	1	2	3	4	5
18. Je deviens généralement très fâchée quand je n'arrive pas à avoir ce que je veux des autres.	0	1	2	3	4	5
19. J'ai parfois besoin que des personnes importantes dans ma vie me rassurent quant à ma valeur personnelle.	0	1	2	3	4	5
20. Quand je fais des choses pour les autres, je m'attends à ce qu'ils en fassent pour moi.	0	1	2	3	4	5

21. Quand les autres ne satisfont pas mes attentes, je me sens souvent honteuse par rapport à ce que je voulais.	0	1	2	3	4	5
22. Je me sens importante quand les autres comptent sur moi.	0	1	2	3	4	5
23. Je peux lire dans les gens comme dans un livre.	0	1	2	3	4	5
24. Quand les gens me désappoient, je deviens souvent en colère envers moi-même.	0	1	2	3	4	5
25. Me sacrifier pour les autres fait de moi une personne meilleure.	0	1	2	3	4	5
26. Je fantasme souvent à l'idée d'accomplir des choses qui sont probablement hors de ma portée.	0	1	2	3	4	5
27. Parfois j'évite les gens parce que je crains qu'ils ne feront pas ce que je veux qu'ils fassent.	0	1	2	3	4	5
28. Il est difficile de montrer aux autres la faiblesse que je ressens à l'intérieur.	0	1	2	3	4	5
29. Je me mets en colère quand je suis critiquée.	0	1	2	3	4	5
30. Il est difficile de me sentir bien à propos de moi-même à moins de savoir que les autres m'admirent.	0	1	2	3	4	5
31. Je fantasme souvent à l'idée d'être récompensée pour mes efforts.	0	1	2	3	4	5

32. Je suis préoccupée par l'idée que la plupart des gens ne sont pas intéressés par moi.	0	1	2	3	4	5
33. J'aime avoir des amis qui comptent sur moi parce que ça me fait sentir importante.	0	1	2	3	4	5
34. Parfois j'évite les gens parce que je suis inquiète qu'ils ne reconnaissent pas ce que je fais pour eux.	0	1	2	3	4	5
35. Tout le monde aime entendre mes histoires.	0	1	2	3	4	5
36. Il m'est difficile de me sentir bien à propos de moi-même à moins de savoir que les autres m'aiment (m'apprécient).	0	1	2	3	4	5
37. Je suis irritée quand les autres ne remarquent pas à quel point je suis une bonne personne.	0	1	2	3	4	5
38. Je ne serai jamais satisfaite tant que je n'aurai pas tout ce que je mérite.	0	1	2	3	4	5
39. Je tente de montrer à quel point je suis une bonne personne par mes sacrifices.	0	1	2	3	4	5
40. Je suis déçue quand les autres ne me remarquent pas.	0	1	2	3	4	5
41. Il m'arrive souvent d'envier les autres pour leurs réalisations.	0	1	2	3	4	5
42. Je fantasme souvent à l'idée d'accomplir des actions héroïques.	0	1	2	3	4	5
43. J'aide les autres pour prouver que je suis une bonne personne.	0	1	2	3	4	5
44. Il est important de montrer aux autres que je peux réussir par moi-même, même si j'ai des doutes en moi.	0	1	2	3	4	5

45. Je fantasme souvent à l'idée d'être reconnue pour mes réalisations.	0	1	2	3	4	5
46. Je ne peux supporter de me fier aux autres parce que ça me fait me sentir faible.	0	1	2	3	4	5
47. Quand les autres ne répondent pas envers moi de la manière que j'aurais aimé qu'ils le fassent, il est difficile pour moi de continuer de me sentir bien avec moi-même.	0	1	2	3	4	5
48. J'ai besoin que les autres ne fassent pas attention à moi.	0	1	2	3	4	5
49. Je veux compter pour quelque chose aux yeux du monde.	0	1	2	3	4	5
50. Quand les autres aperçoivent mes besoins, je me sens anxieuse et honteuse.	0	1	2	3	4	5
51. Parfois il est plus facile d'être seule que de faire face au fait que je n'aurai pas tout ce que je veux des autres.	0	1	2	3	4	5
52. Je peux devenir très en colère quand les autres ne sont pas d'accord avec moi.	0	1	2	3	4	5

Appendice I
Questionnaire sur l'attachement

Questionnaire sur les expériences dans les relations
Experiences in closes relationships (ECR-12; Brennan, Clark et Shaver, 1998)
Version française, cible : relations amoureuses, traduit par Lafontaine & Lussier, 2003

Expériences dans les relations amoureuses

Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle (si vous êtes en relation). Si vous n'avez jamais eu de relation amoureuse, répondez en pensant à la personne la plus significative (par ex: un parent, un ami, etc.). Répondez à chacun des énoncés en sélectionnant le chiffre qui indique jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord.

1. J'ai peur que mon/ma partenaire amoureux(se) ne soit pas autant attaché(e) à moi que je le suis à lui(elle).	1	2	3	4	5	6	7
2. Je veux me rapprocher de mon/ma partenaire, mais je ne cesse de m'éloigner.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je deviens nerveuse lorsque mon/ma partenaire se rapproche trop de moi.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mon désir d'être très près des gens les fait parfois fuir.	1	2	3	4	5	6	7
5. J'essaie d'éviter d'être trop près de mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
6. J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.	1	2	3	4	5	6	7
7. Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonnée.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je trouve que mon/ma partenaire ne veut pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.	1	2	3	4	5	6	7
9. Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je deviens frustrée si mon/ma partenaire amoureux(se) n'est pas là quand j'ai besoin de lui/d'elle.	1	2	3	4	5	6	7
11. Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je me tourne vers mon/ma partenaire pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me faire rassurer.	1	2	3	4	5	6	7

Veillez svp nous indiquer à qui faisait référence vos réponses aux questions de la précédente question :

À votre partenaire amoureux(se)

À votre mère

À votre père

À la fratrie (frère ou sœur)

À un(e) ami(e)

Autre, préciser : _____

Appendice J

Questionnaires sur la régulation émotionnelle

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) élaboré par Taylor, Bagby et Parker (1992)
Version française de Loas, Otmani, Verrier, Fremaux, & Marchand, 1996

T A S – 20

En vous servant de l'échelle comme guide, veuillez indiquer si vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants, en encerclant le chiffre approprié. Ne donnez qu'une réponse par énoncé.

Encercler 1 si vous êtes FORTEMENT EN DÉSACCORD

Encercler 2 si vous êtes PASSABLEMENT EN DÉSACCORD

Encercler 3 si vous êtes NI EN DÉSACCORD, NI EN ACCORD

Encercler 4 si vous êtes PASSABLEMENT EN ACCORD

Encercler 5 si vous êtes FORTEMENT EN ACCORD

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je ne suis jamais sûre de l'émotion que je ressens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. J'ai de la difficulté à trouver les mots justes pour exprimer ce que je ressens. | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. J'ai des sensations physiques que même les médecins ne comprennent pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Je peux facilement décrire ce que je ressens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de simplement les décrire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Quand je suis bouleversée, je ne sais pas si je triste, apeurée, ou fâchée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. J'ai souvent des sensations dans mon corps qui me rendent perplexe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Je préfère accepter les choses telles qu'elles arrivent plutôt que de chercher à comprendre pourquoi elles sont ainsi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je ressens certaines choses que je ne peux tout à fait identifier. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Il est essentiel d'être en contact avec ses émotions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. Il m'est difficile de décrire ce que je ressens envers les gens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Les gens me demandent de décrire davantage ce que je ressens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Je ne sais pas ce qui se passe en dedans de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Souvent, je ne sais pas pourquoi je suis fâchée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Je préfère parler avec les gens de leurs activités de tous les jours plutôt que de leurs sentiments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je préfère regarder des programmes de variété plutôt que des drames psychologiques. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Il m'est difficile de faire part de mes sentiments les plus profonds et ce, même à mes ami(e)s intimes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant des moments de silence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Je trouve utile d'examiner mes sentiments lorsqu'il s'agit de régler mes problèmes personnels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Le fait de chercher des significations cachées dans un film ou une pièce de théâtre nous empêche de l'apprécier. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Appendice K

Questionnaires sur la régulation émotionnelle

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz et Roemer, 2004)

Version française (traduit à partir de la méthode de traduction inversée de Vallerand, 1989).

QUESTIONNAIRE SUR LES ÉMOTIONS (DERS)

Les énoncés suivants se rapportent à la manière habituelle de tenir compte de vos émotions. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point cela vous correspond ou non. Cochez la case correspondant à votre choix selon l'échelle suivante :

- 1= Presque jamais
- 2= Parfois
- 3= Environ la moitié du temps
- 4= La plupart du temps
- 5= Presque toujours

1. Je suis au clair avec mes sentiments.
2. Je prête attention à la façon dont je me sens.
3. Je ressens mes émotions comme accablantes et hors contrôle.
4. Je n'ai aucune idée de comment je me sens.
5. J'ai la difficulté à trouver un sens à mes sentiments.
6. Je suis attentive à mes sentiments.
7. Je sais exactement comment je me sens.
8. Je m'intéresse à ce que je ressens.
9. Je suis confuse à l'endroit de ce que je ressens.
10. Quand je suis bouleversée, je reconnais la présence de mes émotions.
11. Quand je suis bouleversée, je deviens fâchée contre moi de me sentir de cette manière.
12. Quand je suis bouleversée, je deviens embarrassée de me sentir de cette manière.
13. Quand je suis bouleversée, j'ai la difficulté à effectuer mon travail.
14. Quand je suis bouleversée, je perds le contrôle.
15. Quand je suis bouleversée, je crois que je vais rester ainsi pendant longtemps.
16. Quand je suis bouleversée, je crois que je finirai par me sentir très déprimée.
17. Quand je suis bouleversée, je crois que mes sentiments sont valides et importants.

18. Quand je suis bouleversée, j'ai la difficulté à mettre l'accent sur autres choses.
19. Quand je suis bouleversée, je me sens hors de contrôle.
20. Quand je suis bouleversée, je peux quand même accomplir des tâches.
21. Quand je suis bouleversée, j'ai honte de me sentir de cette manière.
22. Quand je suis bouleversée, je sais que je peux trouver une manière de me sentir mieux éventuellement.
23. Quand je suis bouleversée, j'ai l'impression d'être faible.
24. Quand je suis bouleversée, j'ai l'impression de pouvoir rester en contrôle de mes comportements.
25. Quand je suis bouleversée, je me sens coupable de me sentir de cette manière.
26. Quand je suis bouleversée, j'ai de la difficulté à me concentrer.
27. Quand je suis bouleversée, j'ai la difficulté à contrôler mes comportements.
28. Quand je suis bouleversée, je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux.
29. Quand je suis bouleversée, je deviens irritée contre moi de me sentir de cette manière.
30. Quand je suis bouleversée, je commence à me sentir très mal vis-à-vis de moi.
31. Quand je suis bouleversée, je crois que tout ce que je peux faire est de patauger dans mon état.
32. Quand je suis bouleversée, je perds le contrôle de mes comportements.
33. Quand je suis bouleversée, j'ai la difficulté à penser à autre chose.
34. Quand je suis bouleversée, je prends le temps de chercher à comprendre ce que je ressens vraiment.
35. Quand je suis bouleversée, cela me prend un long moment avant de me sentir mieux.
36. Quand je suis bouleversée, mes émotions me paraissent accablantes.

Appendice L

Questionnaires sur les relations interpersonnelles

Échelle de la qualité des relations interpersonnelles : Mes relations interpersonnelles
(EQRI; Sénécal, Vallerand et Vallières, 1992)

MES RELATIONS INTERPERSONNELLES

Veillez indiquer la qualité de chacune des relations que vous avez PRÉSENTEMENT avec les personnes de votre entourage.

Pas du tout 0	Un peu 1	Moderément 2	Beaucoup 3	Extrêmement 4
------------------	-------------	-----------------	---------------	------------------

1. **Présentement mes relations avec ma famille . . .**

(si présentement vous n'avez pas de relations avec votre famille, passez à la question 2)

... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

2. **Présentement ma relation amoureuse . . .**

(si présentement vous n'avez pas de relation amoureuse, passez à la question 3)

... est harmonieuse	0	1	2	3	4
... est valorisante	0	1	2	3	4
... est satisfaisante	0	1	2	3	4
... m'amène à lui faire confiance	0	1	2	3	4

3. **Présentement mes relations avec mes ami(e)s . . .**

(si présentement vous n'avez pas de relations avec vos ami(e)s, passez à la question 4)

... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

4. **Présentement mes relations avec mes confrères et consoeurs de classe . . .**

(si présentement vous n'avez pas de relations avec les autres étudiant(e)s, passez à la question 5)

... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

5. **Présentement mes relations avec les gens en général . . .**

... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

Appendice M

Questionnaires sur les relations interpersonnelles

Difficultés interpersonnelles : version française du IIP-64 (*Inventory of Interpersonal Problems*;
Horowitz, Alden, Wiggins et Pincus, 2000)

DIFFICULTÉS INTERPERSONNELLES (IIP)

Voici une liste de problèmes que les gens rapportent avoir en relation avec d'autres personnes. Veuillez lire la liste ci-dessous et, pour chaque phrase, évaluez si ce problème s'est déjà présenté pour vous avec n'importe quelle personne significative dans votre vie. Choisissez le chiffre qui décrit jusqu'à quel point ce problème a été dérangeant pour vous.

Partie 1. Voici des choses que vous pourriez trouver difficiles à faire avec d'autres personnes.

Il est difficile pour moi de :	Pas du tout					Extrêmement
1. Faire confiance aux autres.	0	1	2	3	4	
2. Dire "non" à quelqu'un.	0	1	2	3	4	
3. Joindre des groupes.	0	1	2	3	4	
4. Garder des choses pour moi.	0	1	2	3	4	
5. Laisser savoir aux autres ce que je veux.	0	1	2	3	4	
6. Dire à quelqu'un de cesser de m'embêter.	0	1	2	3	4	
7. Me présenter à de nouvelles personnes.	0	1	2	3	4	
8. Confronter les autres avec les problèmes qui surviennent.	0	1	2	3	4	
9. M'affirmer avec les autres.	0	1	2	3	4	
10. Laisser savoir aux autres que je suis fâchée.	0	1	2	3	4	
11. M'engager à long terme avec quelqu'un.	0	1	2	3	4	
12. Être le patron de quelqu'un.	0	1	2	3	4	
13. Être agressive envers les autres quand la situation le demande.	0	1	2	3	4	

14.	Socialiser avec les autres.	0	1	2	3	4
15.	Démontrer de l'affection aux autres.	0	1	2	3	4
16.	M'entendre avec les autres.	0	1	2	3	4
17.	Comprendre le point de vue des autres.	0	1	2	3	4
18.	Exprimer directement mes sentiments aux autres.	0	1	2	3	4
19.	Être ferme quand je dois l'être.	0	1	2	3	4
20.	Avoir un sentiment d'amour pour quelqu'un.	0	1	2	3	4
21.	Mettre des limites aux autres.	0	1	2	3	4
22.	Soutenir les objectifs de vie de quelqu'un.	0	1	2	3	4
23.	Me sentir proche des autres.	0	1	2	3	4
24.	Me sentir vraiment concernée par les problèmes des autres.	0	1	2	3	4
25.	Me chicaner avec une autre personne.	0	1	2	3	4
26.	Passer du temps seule.	0	1	2	3	4
27.	Offrir un cadeau à quelqu'un.	0	1	2	3	4
28.	Me laisser être fâchée contre quelqu'un que j'aime.	0	1	2	3	4
29.	Faire passer les besoins d'un autre avant les miens.	0	1	2	3	4
30.	Rester en dehors des affaires des autres.	0	1	2	3	4
31.	Recevoir les instructions de quelqu'un en autorité sur moi.	0	1	2	3	4
32.	Être contente du bonheur de quelqu'un.	0	1	2	3	4

33.	Demander à d'autres de se joindre à moi pour des activités sociales.	0	1	2	3	4
34.	Être fâchée contre les autres.	0	1	2	3	4
35.	M'ouvrir et parler de mes sentiments à quelqu'un.	0	1	2	3	4
36.	Pardonner à quelqu'un après m'être fâchée contre lui.	0	1	2	3	4
37.	M'occuper de mon bien-être quand quelqu'un est dans le besoin.	0	1	2	3	4
38.	M'affirmer sans me préoccuper de blesser les sentiments des autres.	0	1	2	3	4
39.	Être sûre de moi quand je suis avec d'autres.	0	1	2	3	4

Partie 2. Voici des choses que vous pourriez faire trop.

Parmi les choses que je fais trop:		Pas du tout		Extrêmement		
40.	Je me dispute trop avec les gens.	0	1	2	3	4
41.	Je me sens trop responsable de résoudre les problèmes des autres.	0	1	2	3	4
42.	Je suis trop facilement persuadée.	0	1	2	3	4
43.	Je me dévoile trop aux gens.	0	1	2	3	4
44.	Je suis trop indépendante.	0	1	2	3	4
45.	Je suis trop agressive envers les gens.	0	1	2	3	4
46.	J'essaie trop de plaire aux autres.	0	1	2	3	4
47.	Je fais trop le clown.	0	1	2	3	4
48.	Je veux trop être remarquée.	0	1	2	3	4

49.	Je fais trop confiance aux autres.	0	1	2	3	4
50.	J'essaie trop de contrôler les autres.	0	1	2	3	4
51.	Je fais trop passer les besoins des autres avant les miens.	0	1	2	3	4
52.	J'essaie trop de changer les autres.	0	1	2	3	4
53.	Je suis trop crédule.	0	1	2	3	4
54.	Je suis exagérément généreuse envers les autres.	0	1	2	3	4
55.	Je suis trop craintive envers les autres.	0	1	2	3	4
56.	Je soupçonne trop les autres.	0	1	2	3	4
57.	Je manipule trop les autres afin d'avoir ce que je veux.	0	1	2	3	4
58.	Je dévoile trop aux autres des choses personnelles.	0	1	2	3	4
59.	Je me dispute trop avec les autres.	0	1	2	3	4
60.	Je garde trop les autres à distance.	0	1	2	3	4
61.	Je laisse trop les autres abuser de moi.	0	1	2	3	4
62.	Je me sens trop embarrassée devant les autres.	0	1	2	3	4
63.	Je suis trop affectée par la misère de quelqu'un.	0	1	2	3	4
64.	Je veux trop me venger des autres.	0	1	2	3	4

Appendice N
Tableau

Analyses descriptives des variables sociodémographiques et caractéristiques personnelles

Analyses descriptives des variables sociodémographiques et caractéristiques personnelles

Variables	Moyenne	Écart-type	%
Âge	31,72	12,18	
IMC	27,3	7,48	
Revenu	35 067,50	27 713,38	
<u>Régime passé</u>			
Oui			60
Non			40
<u>Régime actuel</u>			
Oui			16,4
Non			83,6
<u>État civil</u>			
Célibataire			27,6
En couple			71,56
<u>Enfant</u>			
Oui			27,1
Non			72,9
<u>Emploi</u>			
Oui			68,89
Non			24,9
<u>Scolarité</u>			
Primaire			1,8
Secondaire			9,3
Collégial			27,1
Baccalauréat			33,8
Maîtrise			20,4
Doctorat			7,6

N = 225

Appendice O
Tableau

Analyses descriptives des facteurs de préoccupations alimentaires, du narcissisme, de l'attachement, de la régulation émotionnelle et des difficultés interpersonnelles.

Analyses descriptives des facteurs de préoccupations alimentaires, du narcissisme, de l'attachement, de la régulation émotionnelle et des difficultés interpersonnelles.

Variables	Moyenne	Écart-type
<u>Préoccupations alimentaires (EDI-2)</u>		
La recherche de la minceur	2,76	1,00
La boulimie	1,32	0,94
L'insatisfaction corporelle	3,17	1,09
<u>Le narcissisme pathologique (PNI)</u>		
L'estime de soi contingente	2,12	0,94
L'exploitation d'autrui	2,03	0,93
L'autovalorisation par sacrifice de soi	2,62	0,99
La dissimulation de soi	2,58	1,12
La grandiosité	2,76	1,22
La dévalorisation	1,52	1,02
La colère/supériorité de droit	1,69	0,92
Le narcissisme grandiose	2,45	0,80
Le narcissisme vulnérable	1,98	0,83

N = 225

Suite

Analyses descriptives des facteurs de préoccupations alimentaires, du narcissisme, de l'attachement, de la régulation émotionnelle et des difficultés interpersonnelles.

Variables	Moyenne	Écart-type
<u>Les traits de personnalité narcissique (NPI)</u>		
L'autorité	3,13	1,12
L'autosuffisance	3,18	0,97
La supériorité	2,68	0,94
L'exhibitionnisme	1,61	0,98
L'exploitation	2,57	1,13
La vanité	1,72	1,47
Le droit (impression que tout leur est dû)	3,13	0,92
<u>L'attachement (ECR)</u>		
L'anxiété	3,04	1,21
L'évitement	1,57	1,10
<u>La régulation émotionnelle (TAS)</u>		
Difficulté à identifier les sentiments	1,47	1,00
Difficulté à verbaliser les sentiments	1,69	1,02
Les pensées orientées vers l'extérieur	1,06	0,53

N = 225

Suite

Analyses descriptives des facteurs de préoccupations alimentaires, du narcissisme, de l'attachement, de la régulation émotionnelle et des difficultés interpersonnelles.

Variables	Moyenne	Écart-type
<u>La régulation émotionnelle (DERS)</u>		
Inacceptation des émotions négatives	1,57	1,18
Difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers les buts lors d'émotions négatives	2,16	0,96
Difficulté à contrôler des comportements impulsifs lors d'émotions négatives	1,25	1,00
Accès restreints aux stratégies de régulation efficaces	1,49	1,02
Le manque de conscience émotionnelle	1,04	0,91
L'incompréhension des émotions	1,24	0,87
<u>La qualité des relations (EQRI)</u>		
Relations harmonieuses	2,83	0,61
Relations valorisantes	2,44	0,70
Relations satisfaisantes	2,44	0,71
Relations de confiance	2,55	0,75

N = 225

Suite

Analyses descriptives des facteurs de préoccupations alimentaires, du narcissisme, de l'attachement, de la régulation émotionnelle et des difficultés interpersonnelles.

Variables	Moyenne	Écart-type
<u>Les difficultés interpersonnelles (IIP)</u>		
Dominant	0,95	0,61
Intrusif	1,36	0,74
Maternant	2,09	0,78
Exploitable	2,00	0,75
Soumis	2,20	0,85
Évitant	1,74	0,93
Froid	1,26	0,82
Vindictif	1,04	0,62

$N = 225$

Appendice P
Tableau

Analyse en composantes principales des facteurs de préoccupations alimentaires

Analyse en composantes principales des facteurs de préoccupations alimentaires

Variables	Composante 1 – préoccupations alimentaires	Communalités
Recherche de la minceur	0,88	0,77
Boulimie	0,79	0,62
Insatisfaction corporelle	0,83	0,69
Somme du carré des coefficients de saturation (valeur propre)	2,08	
Proportion de variance	69,33%	

$N = 225$

Appendice Q
Tableau

Analyse en composantes principales des facteurs des traits de personnalité narcissique (NPI)

Analyse en composantes principales des facteurs des traits de personnalité narcissique (NPI)

Variables	Composante 1 – narcissisme	Communalités
L'autorité	0,773	0,598
L'autosuffisance	0,707	0,500
La supériorité	0,764	0,583
L'exhibitionnisme	0,673	0,453
L'exploitation	0,711	0,505
La vanité	0,470	0,220
Le droit (impression que tout leur est dû)	0,636	0,404
Somme du carré des coefficients de saturation (valeur propre)	3,263	
Proportion de variance	46,62%	

N = 225

Appendice R

Tableau

Analyse en composantes principales des facteurs de difficultés de régulation émotionnelle

Analyse en composantes principales avec rotation VARIMAX des facteurs de difficultés de régulation émotionnelle

Variables	<i>Composante 1 – dysrégulation émotionnelle</i>	<i>Composante 2 – déficit d'élaboration de l'émotion</i>	<i>Communalités</i>
<u>La régulation émotionnelle (DERS)</u>			
Inacceptation des émotions négatives	0,742	0,298	0,640
Difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers les buts lors d'émotions négatives	0,810	-0,140	0,676
Difficulté à contrôler des comportements impulsifs lors d'émotions négatives	0,853	0,227	0,779
Accès restreints aux stratégies de régulation efficaces	0,873	0,243	0,821
Le manque de conscience émotive	0,197	0,827	0,722
L'incompréhension des émotions	0,590	0,689	0,822
<u>La régulation émotionnelle (TAS)</u>			
Difficulté à les identifier	0,579	0,619	0,718
Difficulté à les verbaliser	0,397	0,765	0,742
Pensées orientées vers l'extérieur	-0,182	0,745	0,587
Somme du carré des coefficients de saturation (valeur propre)	4,90	1,61	
Proportion de variance	54,47%	17,84%	

N = 225

Appendice S

Tableau

Analyse en composantes principales des facteurs de difficultés relationnelles (EQRI)

Analyse en composantes principales des facteurs de difficultés relationnelles (EQRI)

Variables	Composante 1 – difficultés relationnelles	Communalités
Relations harmonieuses	0,895	0,801
Relations valorisantes	0,939	0,882
Relations satisfaisantes	0,952	0,906
Relations de confiance	0,934	0,873
Somme du carré des coefficients de saturation (valeur propre)	3,46	
Proportion de variance	86,55%	

N = 225

Appendice T

Tableau

Matrice de corrélations de Pearson entre les variables à l'étude

Matrice de corrélations de Pearson entre les variables à l'étude

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Préoccupations alimentaires						
2. Traits narcissiques (NPI)	-0,234**					
3. Narcissisme vulnérable	0,497**	0,023				
4. Narcissisme grandiose	0,344**	0,401**	0,634**			
5. Attachement anxieux	0,348**	0,024	0,565**	0,402**		
6. Attachement évitant	0,205**	-0,160*	0,275**	-0,032	0,208**	
7. Dysrégulation émotionnelle	0,425**	-0,064	0,652**	0,457**	0,511**	0,160*
8. Déficit d'élaboration de l'émotion	0,168*	0,041	0,276**	-0,070	0,041	0,443**
9. Qualité des relations	-0,344**	0,307**	-0,411**	-0,048	-0,363**	-0,465**
10. Profil interpersonnel dominant	-0,190**	0,510**	-0,200**	0,035	-0,157*	-0,092
11. Profil interpersonnel maternel	0,000	0,199**	-0,043	0,296**	0,083	-0,390**

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Matrice de corrélations de Pearson entre les variables à l'étude (suite)

Variables	7	8	9	10	11
1. Préoccupations alimentaires	0,422**	0,227**	-0,344**	-0,190**	0,000
2. Traits narcissiques (NPI)	-0,171*	-0,097	0,307**	0,510**	0,199**
3. Narcissisme vulnérable	0,704**	0,444**	-0,411**	-0,200**	-0,043
4. Narcissisme grandiose	0,353**	0,206**	-0,048	0,035	0,296**
5. Attachement anxieux	0,444**	0,332**	-0,363**	-0,157*	0,083
6. Attachement évitant	0,379**	0,226**	-0,465**	-0,092	-0,390**
7. Dysrégulation émotionnelle		0,000	-0,366**	-0,252**	-0,005
8. Déficit de l'élaboration de l'émotion			-0,311**	-0,067*	-0,348**
9. Qualité des relations				0,128	0,403**
10. Profil interpersonnel dominant					-0,107
11. Profil interpersonnel maternel					

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Appendice U
Tableau

Matrice de corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques et les préoccupations alimentaires

Matrice de corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques et les préoccupations alimentaires

Variables	2	3	4
1. Préoccupations alimentaires	0,258**	0,300**	-0,017
2. Indice de masse corporelle (IMC)		0,182	0,292**
3. Régime			0,434**
4. Âge			

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Appendice V

Tableau

Analyse des effets d'interaction des variables de fonctionnement intra et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) sur les préoccupations alimentaires

Analyse de régression multiple hiérarchique de l'effet d'interaction des variables de fonctionnement intra et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et des traits de personnalité narcissique sur les préoccupations alimentaires

Variables	R^2 ^b	ΔR^2 ^c	β	t	p	sr^2
<u>Bloc 2</u> ^a	0,402	0,035				
Attachement anxieux*traits narcissiques			0,032	0,463	0,644	0,001
Attachement évitant*traits narcissiques			0,005	0,067	0,946	0,000
Qualité des relations*traits narcissiques			-0,077	-0,884	0,378	0,002
Dysrégulation émotionnelle*traits narcissiques			0,078	1,088	0,278	0,003
Déficit de l'élaboration de l'émotion*traits narcissiques			0,005	0,071	0,943	0,000
Dominant*traits narcissiques			0,145	2,450	0,015	0,017
Maternant*traits narcissiques			0,077	1,139	0,256	0,003

^a Les variables du bloc 1 rassemblent celles des blocs 1 et 2 du tableau 5; les coefficients obtenus pour ce bloc sont donc identiques à celles présentées au tableau 5 et ne sont pas reproduites ici

^b $F(17,207) = 8,169, p < 0,001$.

^c $F(7,207) = 1,720, p = 0,106$.

Analyse de régression multiple hiérarchique de l'effet d'interaction des variables de fonctionnement intra et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et du narcissisme grandiose sur les préoccupations alimentaires

Variables	R^2 ^b	ΔR^2 ^c	β	t	p	sr^2
<u>Bloc 2</u> ^a	0,390	0,023				
Attachement anxieux*narcissisme grandiose			0,062	0,885	0,377	0,002
Attachement évitant*narcissisme grandiose			-0,072	-1,054	0,293	0,003
Qualité des relations*narcissisme grandiose			-0,120	-1,580	0,116	0,007
Dysrégulation émotionnelle*narcissisme grandiose			-0,051	-0,772	0,441	0,002
Déficit de l'élaboration de l'émotion*narcissisme grandiose			-0,040	-0,637	0,525	0,001
Dominant*narcissisme grandiose			0,093	1,515	0,131	0,007
Maternant*narcissisme grandiose			0,078	1,147	0,253	0,004

^a Les variables du bloc 1 rassemblent celles des blocs 1 et 2 du tableau 5; les coefficients obtenus pour ce bloc sont donc identiques à celles présentées au tableau 5 et ne sont pas reproduites ici

^b $F(17,207) = 7,781, p < 0,001$.

^c $F(7,207) = 1,122, p = 0,350$.

Analyse de régression multiple hiérarchique de l'effet d'interaction des variables de fonctionnement intra et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et du narcissisme vulnérable sur les préoccupations alimentaires

Variables	R^2 ^b	ΔR^2 ^c	β	t	p	sr^2
<u>Bloc 2</u> ^a	0,374	0,007				
Attachement anxieux*narcissisme vulnérable			-0,033	-0,458	0,647	0,001
Attachement évitant*narcissisme vulnérable			-0,013	-0,166	0,868	0,000
Qualité des relations*narcissisme vulnérable			-0,072	-0,866	0,388	0,002
Dysrégulation émotionnelle*narcissisme vulnérable			-0,011	-0,144	0,886	0,000
Déficit de l'élaboration de l'émotion*narcissisme vulnérable			-0,073	-1,037	0,301	0,003
Dominant*narcissisme vulnérable			0,027	0,424	0,672	0,001
Maternant*narcissisme vulnérable			0,025	0,403	0,688	0,000

^a Les variables du bloc 1 rassemblent celles des blocs 1 et 2 du tableau 5; les coefficients obtenus pour ce bloc sont donc identiques à celles présentées au tableau 5 et ne sont pas reproduites ici

^b $F(17,207) = 7,261, p < 0,001$.

^c $F(7,207) = 0,323, p = 0,943$.

Appendice W

Tableau

Analyse de régression hiérarchique de l'interaction des variables de fonctionnement intrapersonnel et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et des variables du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) avec le groupe d'âge sur les préoccupations alimentaires

Analyse de régression hiérarchique de l'interaction des variables de fonctionnement intrapersonnel et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et des variables du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) avec le groupe d'âge sur les préoccupations alimentaires

Variables	β	t	p	sr^2
<u>Bloc 1^a</u>				
<u>Groupe d'âge^c</u>	0,028	0,490	0,625	0,001
Dominant	0,082	1,193	0,234	0,004
Maternant	0,079	1,127	0,261	0,004
Qualité des relations	-0,095	-1,270	0,206	0,005
Attachement anxieux	0,038	0,528	0,598	0,001
Attachement évitant	0,064	0,932	0,352	0,003
Dysrégulation émotionnelle	0,104	1,322	0,188	0,005
Déficit d'élaboration de l'émotion	0,027	0,391	0,696	0,000
Traits narcissiques	-0,353	-4,611	0,000	0,063
Narcissisme vulnérable	0,201	1,963	0,051	0,011
Narcissisme grandiose	0,264	2,953	0,004	0,026

^a $\Delta R^2 = 0,367$, $F(11,213) = 11,247$, $p < 0,001$; les indices répertoriés sont ceux obtenus avant l'introduction des variables du bloc 2

^b $\Delta R^2 = 0,030$, $F(10,203) = 1,013$, $p = 0,433$ et $R^2_{\text{tot}} = 0,397$, $F(21,203) = 6,378$, $p < 0,001$

^c le groupe des 18 à 27 ans a été codé « 1 » et celui des 28 ans et plus « 0 » pour cette analyse

Suite

Analyse de régression hiérarchique de l'interaction des variables de fonctionnement intrapersonnel et interpersonnel (difficultés interpersonnelles, régulation émotionnelle et attachement) et des variables du narcissisme (traits, grandiose et vulnérable) avec le groupe d'âge sur les préoccupations alimentaires

Variabiles	β	t	p	sr^2
Bloc 2^b				
Âge*Dominant	-0,062	-0,657	0,512	0,001
Âge*Maternant	-0,152	-1,358	0,176	0,005
Âge*Qualité des relations	0,022	0,210	0,834	0,000
Âge*Attachement anxieux	0,048	0,449	0,654	0,001
Âge*Attachement évitant	-0,123	-1,332	0,184	0,005
Âge*Dysrégulation émotionnelle	-0,235	-1,889	0,060	0,011
Âge*Déficit d'élaboration de l'émotion	0,014	0,144	0,886	0,000
Âge*Traits narcissiques	-0,095	-0,935	0,351	0,003
Âge*Narcissisme vulnérable	0,109	0,772	0,441	0,002
Âge*Narcissisme grandiose	0,180	1,558	0,121	0,007

^a $\Delta R^2 = 0,367$, $F(11,213) = 11,247$, $p < 0,001$; les indices répertoriés sont ceux obtenus avant l'introduction des variables du bloc 2

^b $\Delta R^2 = 0,030$, $F(10,203) = 1,013$, $p = 0,433$ et $R^2_{\text{tot}} = 0,397$, $F(21,203) = 6,378$, $p < 0,001$

^c le groupe des 18 à 27 ans a été codé « 1 » et celui des 28 ans et plus « 0 » pour cette analyse