

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

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

PAR
JULIE DUFOUR

ASPECTS PERSONNELS ET INTERPERSONNELS ASSOCIÉS AUX
PRÉOCCUPATIONS ALIMENTAIRES

AOÛT 2014

Composition du Jury

Aspects personnels et interpersonnels associés aux préoccupations alimentaires

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Descôteaux, directeur de thèse

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

Julie Achim, membre du jury

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

Claud Bisallon, membre du jury

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

Sommaire

Nous constatons que de plus en plus de gens présentent, de façon épisodique ou chronique, des symptômes de l'ordre des troubles des conduites alimentaires sans toutefois que cela soit cliniquement significatif. Nous remarquons également que cette population a été peu étudiée. Une recension de la documentation indique que l'émergence et l'intensité des troubles des conduites alimentaires peuvent être influencées par la qualité d'attachement développée à l'enfance, le style d'attachement adulte, les stratégies de régulation émotionnelle, ainsi que l'exposition à des événements de vie difficiles. De plus, la documentation permet de constater que les troubles des conduites alimentaires sont souvent accompagnés d'un plus bas niveau de satisfaction à l'égard de sa vie ainsi que de difficultés relationnelles. Enfin, ces éléments auraient notamment pour effet d'exacerber et de maintenir les symptômes. La présente étude s'intéresse à une population sous-clinique aux prises avec des préoccupations alimentaires. Son objectif est d'approfondir les connaissances sur les caractéristiques psychologiques qui leur sont associées, et ce dans une population générale. Un autre objectif est de vérifier s'il existe des similarités entre le portrait de la population clinique et celui de la population sous-clinique. Pour ce faire, 164 participantes âgées de 18 à 40 ans ont rempli une batterie de questionnaires qui a permis d'évaluer les différents liens entre nos variables indépendantes et dépendantes. Un devis quantitatif corrélationnel a été utilisé, et des analyses de régressions multiples ont permis d'établir les liens entre les différentes variables à l'étude. Les principales retombées sont en lien avec la compréhension des différents éléments qui influencent l'apparition, l'intensité et le

maintien des symptômes. Les résultats montrent également une pertinence sur le plan de la prévention.

Mots-clés : Préoccupations alimentaires, diagnostics sous-cliniques, troubles des conduites alimentaires, style d'attachement, régulation émotionnelle, événements de vie, satisfaction de vie, satisfaction relationnelle.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	7
Les troubles des conduites alimentaires	8
Anorexie mentale	9
Boulimie	10
Trouble des conduites alimentaires non spécifié	11
Hyperphagie boulimique	13
Étiologie des TCA	14
Les préoccupations alimentaires	15
L'attachement	17
L'attachement adulte	19
La conceptualisation en dimensions de l'attachement adulte	20
Attachement et symptômes alimentaires	21
La fonction des symptômes alimentaires	24
Régulation émotionnelle	26
L'apprentissage de la régulation émotionnelle	26
La conceptualisation de la régulation émotionnelle	29
Dysrégulation émotionnelle	30
Dysrégulation émotionnelle et symptômes alimentaires	31
Les dimensions de l'attachement, la régulation émotionnelle et les symptômes alimentaires	33
Événements de vie	36
Satisfaction de vie	39
Satisfaction relationnelle	42
Objectifs et hypothèses	46

Méthode.....	48
Participants	49
Informations sociodémographiques.....	49
Indice de masse corporelle et régime alimentaire.....	50
Procédure.....	51
Instruments	52
Informations sociodémographiques.....	52
Préoccupations alimentaires	53
Style d'attachement adulte.....	54
Régulation émotionnelle	55
Évènements de vie	56
Satisfaction de vie.....	58
Satisfaction relationnelle.....	59
Considérations éthiques.....	60
Résultats	62
Analyses préliminaires	63
Analyses descriptives.....	63
Création de nouvelles variables	67
Normalité des distributions et transformations.....	69
Corrélations entre les variables à l'étude.....	70
Corrélation entre les variables sociodémographiques et les variables à l'étude.....	75
Analyses principales.....	77
Analyses de régression.....	77
Vérification de l'hypothèse 1.....	78
Vérification de l'hypothèse 2.....	83
Vérification de l'hypothèse 3.....	87
Discussion	91
Retour sur les objectifs et hypothèses de recherche	92
Première hypothèse.....	93

Deuxième hypothèse.....	104
Troisième hypothèse.....	108
Implications cliniques et scientifiques.....	113
Forces, limites, et pistes de recherches futures	116
Conclusion	122
Références.....	125
Appendice A. Invitation à participer à l'étude transmise sur Facebook	137
Appendice B. Message de relance envoyé aux invitées de l'évènement Facebook.....	139
Appendice C. Courriel de recrutement.....	141
Appendice D. Lettre d'information.....	143
Appendice E. Questionnaire sociodémographique	146
Appendice F. Version française du Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2)	149
Appendice G. Questionnaire d'évitement et d'anxiété d'abandon (QEAA).....	155
Appendice H. Version française du Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).....	159
Appendice I. Version française du Life Events Checklist (LEC)	162
Appendice J. Version française du Questionnaire sur les événements de vie (LEQ)....	164
Appendice K. Échelle de satisfaction de vie (ESV).....	170
Appendice L. Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI).....	172
Appendice M. Version française de l'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64)....	175

Liste des tableaux

Tableau

1	Analyses descriptives des variables sociodémographiques	64
2	Analyses descriptives des facteurs de chaque instrument.....	66
3	Analyse en composante principale des facteurs de préoccupations alimentaires	67
4	Analyse en composante principale des facteurs de dysrégulation émotionnelle	68
5	Matrice de corrélations de Pearson entre les variables à l'étude	71
6	Matrice de corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques et les variables de fonctionnement interne	76
7	Analyse de régression multiple des variables de fonctionnement intrapersonnel (dimensions de l'attachement et régulation émotionnelle) et de la variable événementielle degré d'impact d'évènements de vie négatif sur les préoccupations alimentaires	79
8	Analyse de régression multiple hiérarchique des variables de fonctionnement intrapersonnel (dimensions de l'attachement et régulation émotionnelle) et de la variable événementielle degré d'impact d'évènements de vie négatifs sur les préoccupations alimentaires, avec l'inverse de l'IMC comme variable contrôle	82
9	Matrice de corrélations de Pearson entre les deux ensembles de variables	85
10	Première corrélation canonique entre l'ensemble de VD et l'ensemble de VI.....	86
11	Analyse de régression multiple des variables de fonctionnement interpersonnel sur les préoccupations alimentaires	89

Remerciements

C'est avec beaucoup de fierté, d'accomplissement, et de soulagement que je dépose cette thèse qui vient marquer la fin d'un long parcours universitaire, et qui signe par le fait même le passage de mon rôle d'étudiante à celui de professionnelle, ce qui représente une étape très importante de ma vie. C'est avec honneur que je porterai mon titre de psychologue.

Tout au long de ce parcours, je me suis dévouée à ma formation afin d'être le meilleur de ce que je pouvais être dans mon rôle de psychologue. J'ai été passionnée, captivée, touchée, mais aussi par moment découragée, fatiguée, et dans le doute. Il m'aurait été impossible de parcourir ce chemin seule. Heureusement que j'ai eu autour de moi de précieuses personnes qui chacune à leur façon, ont su me soutenir.

Je remercie mon directeur de thèse, Jean Descôteaux, qui m'a accompagnée dans ce projet et qui m'a fait confiance. Je te remercie pour les judicieux conseils que tu m'as donnés, tant sur l'orientation de ma thèse que sur son contenu. Je suis également très reconnaissante de tout l'aide que tu m'as apportée au niveau des analyses statistiques.

Merci aux gens faisant partie du programme de doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke qui ont cru en moi et qui m'ont aidé à développer mon

identité professionnelle. Un merci tout particulier à Anne Lafontaine et à Marie Papineau qui ont été des personnes phares dans mon parcours.

Merci à ma famille qui a rendu possible cette réalisation, et qui m'accompagne et me soutient depuis les tous débuts. Vous n'avez jamais cessé de croire en moi, ce qui m'a énormément aidée, particulièrement dans les moments où je n'y croyais plus. Merci à ma mère Hélène qui m'a transmis comme valeur le travail et la persévérance, et qui m'amène toujours à trouver une façon de grandir dans l'adversité. Merci aussi d'avoir contribué à mon recrutement. Merci à Yvan qui par son regard et son étreinte, arrive toujours à m'insuffler plus de force. Je remercie également mon frère David qui m'inspire de mille et une façons, qui m'apaise de par son calme, et que j'aime plus que tout.

Jérémie mon amour, c'est toi qui a été le plus près de moi au cours de ma rédaction. Tu as suivi pas à pas l'évolution de mon travail, et ce en me démontrant ton support, en m'écoutant, et en m'encourageant constamment. Merci infiniment de m'avoir si bien accompagnée dans cette aventure qui n'a pas toujours été facile, et pour ta patience face aux fluctuations d'humeur que cela m'a fait vivre.

Mon parcours universitaire m'a permis de développer de précieuses amitiés. Marie-Eve et Frédérique, le lien que j'ai avec chacune d'entre vous a une valeur inestimable à mes yeux. Il m'a donné la force de persévérer. Eugénie, l'expérience de la rédaction a

été beaucoup plus douce avec toi à mes côtés. Je me demande bien ce que j'aurais fait sans toi. Merci à vous trois d'être aussi extraordinaires que vous l'êtes, et de faire partie de ma vie.

Je remercie également mes amis et collègues doctorants Michèle, Emmanuelle, Mélanie, Laurence, Daniel, Steve, Josianne, Caroline, Marie-Ève et Marc-André, qui m'ont tous inspirés d'une certaine façon. Je garde de bons souvenirs des moments que nous avons partagés ensemble.

À toutes les personnes que j'aurais malencontreusement omises, je vous remercie.

Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) affligent 10 % de la population féminine à travers le monde (Stice, Marti, & Rohde, 2013). Au Québec seulement, ce sont 3 % des filles et femmes âgées de 13 à 30 ans qui souffrent d'un TCA franc, et cette proportion triple si on y ajoute les formes partielles de ces troubles (Léonard, 2012). En raison de la honte et des préjugés associés aux TCA, le nombre réel de personnes aux prises avec cette maladie surpasse largement les données statistiques.

Les TCA prennent très souvent origine à l'adolescence, et ont longtemps été associés à cette période exclusivement. Pourtant, ces troubles touchent des femmes de tous les âges : adolescentes, jeunes adultes, jeunes mères, femmes dans le mitan de la vie, et femmes en fin de vie (Gura, 2007). Il existe très peu d'études sur la prévalence des TCA chez les femmes de 40 ans et plus. Ce que nous savons à l'heure actuelle, c'est qu'il y a de plus en plus de femmes de 40 ans et plus qui cherchent à être traitées pour leur TCA, que certaines ont développé leurs symptômes à l'âge adulte seulement, et qu'elles les portent généralement depuis plusieurs années (Ackard, Richter, Frisch, Mangham, & Cronemeyer, 2013). Les crises et transitions associées au mitan de la vie pourraient exacerber les symptômes de l'ordre des TCA. On remarque justement une recrudescence de ces symptômes chez les femmes de 40 ans et plus qui auraient auparavant souffert d'un TCA franc ou de symptômes sous-cliniques (Gura, 2007).

Bien que les TCA n'épargnent aucun milieu social, sa prévalence est plus élevée dans les sociétés occidentales et industrialisées, notamment dans les milieux sociaux moyens et aisés. Certains groupes sont considérés à risque tels les sportifs de haut niveau, les danseurs et les mannequins, sur lesquels on exige minceur et entraînement physique intensif, les deux étant susceptibles de générer un important lot de stress et de tension. Au niveau international, le Japon est le seul pays de culture traditionnelle non occidentale qui connaît des taux de prévalence d'anorexie mentale similaires aux pays occidentaux (Brouwer, Mirabel-Sarron, & Pham-Scottez, 2009).

Les TCA sont les psychopathologies les plus présentes dans la population féminine (Landa & Bybee, 2007), et leurs taux de mortalité sont les plus élevés parmi les troubles mentaux. Les données connues correspondent essentiellement à l'anorexie mentale pour laquelle la mortalité aurait une prévalence de 0,5 % par an et 5,6 % par décennie (Brouwer et al., 2009). Le suicide est la principale cause de décès, ce qui indique que cette pathologie est associée à une grande détresse psychologique. Les autres décès sont liés à des complications somatiques et principalement cardiaques. Il est important de préciser que le risque de mortalité concerne surtout les formes chroniques de la pathologie évoluant au-delà de trois ans. Les passages à l'acte suicidaire peuvent même survenir lors d'une amélioration apparente des conduites symptomatiques, par exemple lors d'une levée importante des comportements de restriction alimentaire (Brouwer et al., 2009).

Les TCA sont des troubles complexes à propos desquels il reste encore beaucoup à comprendre. Il a été démontré que les traitements uniquement axés sur les symptômes et leur extinction sont peu efficaces (Tasca, Ritchie, & Balfour, 2011), ce qui indique qu'il y a une souffrance psychique sous-jacente aux symptômes alimentaires qui doit être comprise puis adressée dans le travail clinique auprès des femmes souffrant de TCA. De nombreuses recherches se sont intéressées au fonctionnement interne des femmes aux prises avec un TCA, c'est-à-dire à leur façon d'éprouver leurs relations et les événements de vie qu'elles rencontrent. Il a été démontré que ces troubles s'accompagnent d'une insécurité d'attachement ainsi que de difficultés au niveau de la régulation émotionnelle. Les symptômes alimentaires sont conséquemment compris comme des tentatives pour apaiser une souffrance non symbolisée qui se répète dans le rapport à soi et à l'autre, ainsi que comme des tentatives de régulation des tensions internes et des débordements émotionnels indécodables et/ou insoutenables (Mikulincer & Shaver, 2007; Steiger & Houle, 1991). Et, toujours en lien avec les concepts d'attachement et de régulation émotionnelle, il a été démontré que les femmes aux prises avec un TCA éprouvent plus difficilement l'adversité étant donné leur plus grande instabilité affective. Ainsi, les événements difficiles exacerberaient les symptômes alimentaires (Blaise & Elklit, 2001; Meyer, Leung, Barry, & De Feo, 2010). D'autres études se sont par ailleurs intéressées aux impacts des TCA sur la satisfaction de vie et relationnelle et sur comment, en retour, cela influence l'intensité des symptômes. De façon prévisible, la majorité rapporte que plus les symptômes alimentaires sont intenses

ou nombreux, moins la vie et les relations sont vécues comme étant satisfaisantes. (Arcelus, Haslam, Farrow, & Meyer, 2013; Jenkins, Hoste, Meyer, & Blissett, 2011).

Un nombre important d'études empiriques ont été réalisées sur les TCA. Toutefois, la documentation sur la population sous-clinique présentant des symptômes associés aux TCA est relativement rare. Par population sous-clinique, nous entendons les femmes qui présentent certains symptômes de l'ordre des TCA mais qui ne répondent pas aux critères diagnostiques de l'anorexie, de la boulimie, ou du trouble des conduites alimentaires non spécifié (TCANS). Il peut s'agir par exemple de cas pour lesquels on questionne la pertinence de leur poser un diagnostic de TCANS ou non, puisque l'intensité des symptômes ou de la souffrance n'est pas cliniquement significative ou n'altère pas significativement le fonctionnement. Un des symptômes caractéristiques de cette population est la présence de préoccupations par rapport à l'alimentation et au poids corporel (Gowers & Shore, 2001).

La présente étude s'intéresse à cette population, à ces femmes qui sont préoccupées par leur alimentation et leur corps et qui ne rencontrent pas les critères diagnostics d'un TCA. L'objectif est d'approfondir les connaissances sur les caractéristiques psychologiques associées aux préoccupations alimentaires et corporelles dans une population générale, dont la façon d'éprouver les relations et les événements de vie, et la satisfaction éprouvée à l'égard de sa vie et de ses relations. Un autre objectif est de comparer ces résultats à ceux issus de la documentation qui porte sur des populations

cliniques afin de vérifier si ces deux populations partagent les mêmes caractéristiques psychologiques.

Cette thèse comprend cinq sections. Dans un premier temps, le contexte théorique présente les différentes variables à l'étude. Les troubles des conduites alimentaires, l'attachement, la régulation émotionnelle, les événements de vie, la satisfaction de vie ainsi que la satisfaction relationnelle y sont définis, puis plusieurs études empiriques qui portent sur ces variables sont examinées afin de justifier leur pertinence dans la présente étude. Cette première section se conclut avec les objectifs et hypothèses de la recherche. Dans un second temps, la méthode utilisée afin de réaliser cette étude est détaillée, dont les caractéristiques de l'échantillon, la procédure employée, puis les instruments de mesure. Dans un troisième temps, l'analyse des résultats obtenus est présentée. D'abord, les résultats préliminaires, suivis des résultats permettant de statuer sur les hypothèses de recherche. Dans un quatrième temps, une discussion des différents résultats obtenus est proposée, suivie de la présentation des retombées, des forces et des limites de l'étude. Enfin, la dernière et cinquième section présente la conclusion de ce travail de recherche.

Contexte théorique

Cette première section présente chacune des variables à l'étude. Les différents TCA sont dans un premier temps décrits, suivi d'une définition des préoccupations alimentaires. Les théories de l'attachement infantile et adulte, de la régulation émotionnelle, des événements de vie, de la satisfaction de vie ainsi que relationnelle sont ensuite détaillées, puis les liens empiriques qui les unissent aux TCA sont démontrés. Enfin, les objectifs et hypothèses de l'étude sont présentés.

Les troubles des conduites alimentaires

Les TCA se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire. Ces perturbations peuvent se déployer de différentes façons et ainsi mener à différents diagnostics tels que l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble des conduites alimentaires non spécifiés, qui sont répertoriés dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003). Certaines modifications ont été apportées à la nomenclature des TCA dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2013) publié le 18 mai 2013. Le trouble hyperphagie boulimique est désormais reconnu officiellement comme un TCA. Ensuite, les critères diagnostiques de l'anorexie et de la boulimie restent sensiblement les mêmes, avec quelques clarifications toutefois pour faciliter l'émission du diagnostic, dont l'exclusion de l'aménorrhée comme critère nécessaire au diagnostic

de l'anorexie, et la réduction de la fréquence hebdomadaire attendue quant aux crises de boulimie et aux comportements compensatoires pour l'établissement du diagnostic de boulimie. Ces précisions ont pour objectifs de permettre l'émission de diagnostics plus justes, et de diminuer l'attribution du diagnostic de trouble des conduites alimentaires non spécifié, surreprésenté en consultation externe (Attia et al., 2013).

Anorexie mentale

L'anorexie mentale se veut un trouble restrictif des conduites alimentaires ou l'apport énergétique quotidien est insuffisant contrairement à ce qui est requis pour un bon fonctionnement. Cela entraîne une perte de poids graduelle et souvent très importante. Certaines femmes perdent jusqu'à 80% de leur poids initial. Le poids devient donc inférieur à ce qui serait attendu compte tenu de l'âge, de la taille, du sexe, de la trajectoire développementale et de la santé physique de la personne.

La personne qui souffre d'anorexie a une peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse alors que son poids est inférieur à la normale. Elle a également des comportements qui interfèrent à la prise de poids, une altération de la perception de son poids ou de la forme de son corps, une estime de soi excessivement influencée par sa capacité à contrôler son alimentation, son poids ou de la forme de son corps. Elle est de plus en déni quant à la gravité de sa maigreur (American Psychiatric Association, 2013). Sur le plan international, la prévalence à vie de l'anorexie mentale se situe à 0,8 % (Stice et al, 2013).

Boulimie

La boulimie se caractérise essentiellement par la survenue de crises au cours desquelles la personne ingère en une période de temps limitée une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. Pendant la crise, la personne ressent un sentiment de perte de contrôle sur son comportement alimentaire. Elle a ensuite recours à des méthodes compensatoires inappropriées pour prévenir la prise de poids, telles que des vomissements provoqués, des périodes de jeûne, l'exercice physique excessif, ainsi que l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, ou d'autres médicaments. De la même façon que pour l'anorexie mentale, le poids ou la forme du corps exerce une influence excessive sur l'estime de soi des personnes qui souffrent de cette pathologie (American Psychiatric Association, 2013). Enfin, la prévalence à vie de cette maladie mentale se situe à 2,6 % (Stice et al., 2013).

Quelques études longitudinales se sont intéressées à la fluctuation des symptômes de ces deux troubles dans le temps. Celle de Herzog, Dorer, Keel, Selwyn, Ekeblad, & Flores. (1999) a démontré que le taux de rétablissement de l'anorexie était moindre que celui de la boulimie. Une autre étude réalisée par Milos, Spindler, Schnyder et Fairburn (2005) démontre que sur trente mois, les symptômes alimentaires connaissent des périodes d'exacerbation et de rémission. Il a également été démontré que les symptômes alimentaires pouvaient évoluer d'une forme restrictive à une forme boulimique et ce dans 50 % des cas (Brouwer et al., 2009). L'évolution d'une anorexie restrictive vers un

trouble boulimique pourrait être vu comme une première phase de rémission de l'anorexie. La patiente sortant de la période de restriction complète pour se permettre de s'alimenter, puis la boulimie s'estompant peu à peu pour laisser place à une alimentation plus normale. Ainsi, l'évolution d'une anorexie restrictive vers un trouble boulimique pourrait représenter un signe de pronostic favorable (Mallion, 2009).

Les études qui portent sur l'évolution de ces troubles rapportent des résultats hétérogènes et ce, probablement en raison des différences entre les méthodologies suivies (modalités de recrutement, critères diagnostiques retenus, critère d'évaluation de l'évolution, durée de suivi, etc.). En tenant compte des symptômes apparents seulement, la plupart de ces études répertorient des taux de guérison variant de 60 % à 80 %. Par symptômes apparents, nous entendons le poids, l'aménorrhée, les compulsions alimentaires, les stratégies pour contrôler le poids, etc. Généralement, la guérison survient au bout d'une période de récupération très variable, s'étendant souvent sur plusieurs années et rarement inférieure à quatre ans. Cette évolution favorable est le plus souvent ponctuée de périodes de rechutes et de stagnation. Enfin, les formes chroniques de l'anorexie concerneraient 20 % des patientes alors que celles de la boulimie, 25 % (Brouwer et al., 2009; Herzog et al., 1999; Mallion, 2009; Milos et al., 2005).

Trouble des conduites alimentaires non spécifié

Avant l'arrivée du DSM-V, une forte proportion de femmes qui présentaient des symptômes alimentaires recevaient le diagnostic de trouble des conduites alimentaires

non spécifié (TCANS). Les auteurs sur le sujet sont unanimes, il s'agit du diagnostic le plus rencontré en clinique (Agras, Crow, Mitchell, Halmi & Bryson, 2009; Grilo et al., 2012; Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007; Schwitzer, 2012; Turner, Bryant-Waugh & Peveler, 2009). Avec les changements apportés par le DSM-V, il est possible d'obtenir des diagnostics plus francs au niveau des TCA. Il n'en demeure pas moins que les TCA sont des troubles complexes, résultants d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux, et se déployant différemment tout dépendamment de la personnalité de l'individu atteint. Conséquemment, bon nombre de diagnostics tombent encore dans cette catégorie. La prévalence exacte des TCANS est peu connue, mais elle semble élevée. En effet, dans certains centres de soins, plus de la moitié des patients ne répondent pas aux critères de l'anorexie mentale et de la boulimie mais davantage à ceux du TCANS (Agras et al., 2009). Ce diagnostic est notamment octroyé lorsqu'une personne présente des symptômes caractéristiques des TCA et que ceux-ci génèrent une souffrance cliniquement significative et/ou une altération du fonctionnement psychosocial, sans toutefois rencontrer tous les critères d'un TCA franc. Il en existe plusieurs variations, dont une forme d'anorexie atypique, où la personne n'est pas en sous poids mais rencontre les autres critères, la boulimie et l'hyperphagie boulimique occasionnelles, où la fréquence des épisodes n'est pas suffisante pour conclure à la présence d'un trouble franc, ou des conduites purgatives récurrentes en l'absence d'hyperphagie (vomissement, prise de laxatifs, de diurétiques, ou d'autres médicaments) (American Psychiatric Association, 2013).

Il semblerait que la rémission soit plus rapide chez celles qui ont reçu ce diagnostic. Le taux de rechute est toutefois le même que pour l'anorexie mentale et la boulimie (Grilo et al., 2012).

Hyperphagie boulimique

Ce trouble se définit par l'absorption d'une quantité disproportionnée de nourriture en une seule occasion, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle. Les orgies alimentaires doivent survenir au moins une fois par semaine et ce pendant trois mois pour que ce diagnostic soit porté, et les symptômes doivent générer une souffrance cliniquement significative chez la personne. Contrairement à la boulimie, les orgies alimentaires ne sont pas compensées par des comportements inappropriés tels que l'exercice physique excessif, les vomissements et les jeûnes. La personne aux prises avec ce trouble mange de grandes quantités de nourriture sans avoir faim, préfère manger seule compte tenu qu'elle éprouve de la honte face à ses comportements, et est susceptible d'éprouver des sentiments dépressifs de même que de la culpabilité (American Psychiatric Association, 2013). L'hyperphagie boulimique se différencie également des autres types de TCA du fait qu'elle affecte une population plus âgée, et que l'écart entre les prévalences des hommes et des femmes qui en souffrent est moins important. La prévalence de ce trouble dans la population américaine est de 2,8 %, et est souvent associé à l'obésité (Senécal & Richardson, 2012).

Étiologie des TCA

Plusieurs variables sont impliquées dans l'étiologie des TCA. Parmi les facteurs de vulnérabilité liés à la personnalité, nous retrouvons l'héritage génétique, les troubles de l'attachement et du développement, qui sont parfois favorisés par des traumatismes et des événements de vie aux conséquences négatives (Jeammet, 1993). La contribution génétique au développement de ces troubles est de plus en plus étudiée mais n'est pas pleinement comprise à ce jour. Certains gènes liés à l'anxiété, à la dépression ainsi qu'aux comportements obsessionnels-compulsifs pourraient notamment être liés aux TCA (Costin, 2006). Les gènes et le tempérament unique de la personne pourraient donc être perçus comme des facteurs prédisposant à la maladie, alors que l'environnement pourrait être compris comme un facteur précipitant. Il est reconnu que lorsqu'un parent ou qu'un membre de la fratrie souffre d'un TCA franc ou sous-clinique, un autre membre de cette famille est plus à risque de développer un TCA également (Costin, 2006). Des environnements qui ne permettent pas de développer un lien d'attachement sécurisé, des événements traumatiques tels que des abus sexuels, et la société qui voue un culte à la minceur et qui multiplie les images renforçant cela, sont des variables environnementales qui sont liées aux TCA (Costin, 2006). Les TCA débutent en général au moment de l'adolescence et des premiers signes de puberté. Le processus de séparation/individuation qui se réactualise à l'adolescence sollicite fortement les assises narcissiques, révélant failles et carences liées aux aléas de leur constitution (Lamas & Corcos, 2010).

Les préoccupations alimentaires

Les préoccupations alimentaires et corporelles prennent la forme de ruminations sur la valeur nutritionnelle des aliments, l'apparence du corps, la minceur et les stratégies de perte de poids. Celles-ci s'accompagnent de comportements visant à éviter la prise de poids tels que l'exercice (parfois excessif), le pesage quotidien, et par des habitudes alimentaires caractérisées par le contrôle, la restriction, les régimes, de même que par des comportements boulimiques, etc. (Schwitzer, 2012; Cain, Epler, Steinley, & Sher, 2010; Steiger, Stotland, Ghadirian, & Whitehead, 1995; Steiger, Stotland, Trotter, & Ghadirian, 1996). Certaines caractéristiques psychologiques sont également remarquées chez les femmes aux prises avec des préoccupations alimentaires et corporelles, dont une estime de soi pauvre, une dépendance à autrui, un perfectionnisme prononcé (Schwitzer, 2012). L'intensité des préoccupations alimentaires et corporelles varie selon les personnes. Certaines les éprouvent légèrement alors que pour d'autres, elles occupent une place d'importance. Une proportion importante de femmes est aux prises avec des préoccupations alimentaires et corporelles, et la plupart d'entre elles ne rencontreront jamais les critères d'un TCA (Cain et al., 2010). Dans cette étude de Cain et al. (2010), des femmes de six régions différentes aux États-Unis ont été interrogées, et 72 % d'entre elles rapportent souffrir de préoccupations alimentaires et corporelles.

Par ailleurs, compte tenu de l'importance des préoccupations par rapport à l'alimentation et au corps en lien avec le diagnostic d'un TCA, et du risque que ces préoccupations représentent pour le développement et le maintien d'un TCA (Sharpe et

al., 1996; Taylor et al., 1996), il serait intéressant d'étudier les facteurs qui contribuent à leur développement et qui leur sont associés. En effet, l'étude de Taylor et al. (1996) a démontré que 12 % des répondantes qui présentaient des préoccupations alimentaires relativement importantes ont par la suite développé un TCA. Une meilleure compréhension des traits psychologiques qui ont précédé l'apparition des symptômes et qui sont possiblement impliqués dans les TCA rendrait possible un plus haut niveau de spécificité et donc d'efficacité dans l'élaboration de programmes de prévention, de dépistage et de traitement.

À l'instar de Sharpe et al. (1996), nous postulons que les facteurs psychologiques associés aux TCA sont les mêmes pour les préoccupations alimentaires et corporelles. Par facteurs psychologiques, nous entendons la façon d'éprouver les relations, en grande partie influencée par le style d'attachement, la façon de réguler ses émotions et d'éprouver l'adversité, ainsi que l'évaluation de sa qualité de vie et de ses relations. Plusieurs auteurs se sont intéressés à la relation entre l'attachement et les symptômes alimentaires, de même qu'au lien entre ces symptômes et d'autres thèmes qui découlent de l'attachement, dont l'intolérance aux affects, les difficultés interpersonnelles, l'estime de soi pauvre, etc. (Tasca et al., 2011). Considérant cela, il nous semble tout à fait pertinent d'aborder les préoccupations alimentaires sous un angle plus relationnel, donc d'aller au-delà des symptômes et de préciser comment la relation à soi et à l'autre, et comment les émotions éprouvées à l'intérieur de ces relations et face aux événements de vie rencontrés sont liées aux symptômes alimentaires, de même que l'évaluation

subjective de la qualité de sa vie et de ses relations. Ces facteurs, qui à notre connaissance n'ont jamais été réunis dans le cadre d'une même étude et analysés auprès d'une population sous-clinique, seront développés dans les paragraphes suivants.

L'attachement

Au cours des 30 dernières années, la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973) est devenue une des plus importantes références conceptuelles pour la compréhension des relations humaines et de la régulation émotionnelle (Mikulincer & Shaver, 2007). En lien avec notre propos, l'attachement a notamment suscité une attention croissante dans les dernières années auprès des cliniciens et des chercheurs qui étaient à la recherche d'une compréhension relationnelle des TCA (Zachrisson & Skarderud, 2010). L'attachement est à la base d'une motivation instinctive d'être en relation afin de répondre à des besoins fondamentaux de sécurité qui lorsque satisfaits, permettent au jeune enfant de s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde qui l'entoure. C'est un système qui se déploie dès les premiers contacts avec les premières figures significatives et qui amène la personne à rechercher la protection et le support lors de situations perçues comme étant menaçantes, dangereuses ou inconfortables, par la régulation de la proximité entre soi et l'autre (Bowlby, 1969). La théorie de l'attachement est basée sur le postulat que l'individu construit un modèle de fonctionnement interne basé sur la disponibilité de la figure d'attachement, à partir de laquelle il internalise des représentations de sa personne, de l'autre, ainsi que de la relation qu'ils ont ensemble (Broberg, Hjalmer & Nevonen, 2001). En effet, lorsque

l'enfant éprouve la figure d'attachement comme étant aimante et disponible sur le plan émotionnel, il internalise une représentation de lui comme étant aimable et valable, et une représentation de l'autre comme étant aimant et sécurisant (Bowlby, 1973). Les expériences d'attachement futures seront appréhendées à partir de ces représentations internalisées (Bowlby, 1969). Afin de promouvoir le développement d'une sécurité d'attachement chez l'enfant, le parent doit réagir aux différents signaux que ce dernier lui envoie, en le réconfortant et le protégeant dans les moments de stress par exemple (Bowlby, 1988). Il doit également permettre et supporter les élans d'autonomie ainsi que l'exploration (Ainsworth, 1969).

La théorie de l'attachement a des racines profondes dans l'école psychanalytique anglaise des relations d'objets (Pinto et al., 2001). Les facteurs interpersonnels et la qualité des soins dispensés à l'enfant dans lors des premiers stades du développement sont au cœur de ces deux traditions théoriques. Toutes deux mettent l'accent sur l'importance des expériences émotionnelles des premières relations pour le développement de la personnalité, de même que sur le rôle central de la qualité des comportements des figures parentales sur le développement de l'enfant. Cela fait référence, entre autres, au concept de sensibilité maternelle, facteur causal dans la détermination de la qualité des relations d'objet et donc du développement psychique. La théorie de l'attachement et celle des relations d'objet sont indissociables dans la pratique (Pinto et al., 2001). Puisque ces deux courants se superposent et se complètent,

ils sont considérés ensemble dans la présente étude pour offrir une conception plus raffinée de notre propos.

L'attachement adulte

Bartholomew et Horowitz (1991) conceptualisent l'attachement adulte en quatre styles distincts à partir des représentations internalisées que la personne a d'elle-même et des autres. Les personnes qui ont un attachement sécurisé (représentations de soi et des autres positives) croient en la disponibilité de l'autre et en la possibilité d'être investi d'amour. Ces auteurs décrivent ensuite trois styles d'attachement insécure. Les personnes qui ont un attachement préoccupé (représentations de soi négatives et des autres positives) ne se croient pas dignes d'amour mais évaluent positivement les autres. Ensuite, les personnes qui ont un attachement craintif (représentations de soi et des autres négatives) ne se croient pas dignes d'amour et perçoivent les autres comme étant non intéressés et rejetants. Enfin, les personnes qui ont un style d'attachement détaché (représentations de soi positives et des autres négatives) se croient dignes d'amour, mais n'ont pas confiance aux autres et préfèrent ne pas s'investir émotionnellement. Les données indiquent que 55 % de la population générale aurait un attachement sécurisé alors que 45 % présenterait un attachement insécure (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009).

La conceptualisation en dimensions de l'attachement adulte

Brennan, Clark et Shaver (1998) suggèrent qu'il ressort deux dimensions des différents modèles conceptualisant l'attachement adulte, soit l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. L'anxiété d'abandon réfère à de fortes et persistantes inquiétudes d'une personne quant à la disponibilité, la sensibilité de l'autre à son égard, et la valeur qu'elle a à ses yeux. À un bout du continuum, la personne appréhende positivement la réponse de l'autre alors qu'à l'autre bout, la peur d'être rejetée et abandonnée est très intense et envahissante. Dans le rapport interpersonnel, la personne aux prises avec une anxiété d'attachement sera très centrée sur ses relations, et tentera de contrôler son anxiété en minimisant la distance émotionnelle et en sollicitant constamment le soutien, l'amour et les soins de l'autre. Une attention excessive sera portée à ses besoins personnels au détriment des autres, et la moindre indisponibilité ou irritation de l'autre sera perçue comme un rejet (Tasca et al., 2011).

D'autre part, l'évitement de l'intimité correspond à un inconfort envers l'intimité émotionnelle en relation, et se traduit par de l'autosuffisance et le déni de sa vulnérabilité et de ses besoins de protection. À un bout du continuum, la personne est à l'aise avec l'intimité et le fait qu'il y ait des éléments de dépendance dans la relation alors qu'à l'autre bout, elle préfère la distance émotionnelle et cherche à tout prix à éviter de dépendre de l'autre. Dans le rapport interpersonnel, la personne aux prises avec des tendances évitantes en termes d'attachement aura tendance à être très autonome et évitera de chercher un appui sur l'autre afin de préserver son indépendance, son

impression de contrôle et son unicité, puisqu'elle perçoit le monde comme étant dangereux et n'a pas confiance en la possibilité d'être aidée sans être blessée (Tasca et al., 2011). Une insécurité sur le plan de l'attachement peut se refléter soit par de l'anxiété d'abandon ou des tendances à éviter l'intimité.

Attachement et symptômes alimentaires

Plusieurs auteurs ont observé des particularités sur le plan de l'attachement chez les femmes aux prises avec un TCA, particularités qui renvoient à des parcours développementaux spécifiques. En effet, les études démontrent l'existence d'un lien fort entre l'insécurité d'attachement et les symptômes alimentaires (Barone & Guiducci, 2009; Broberg et al., 2001; Demindenko, Tasca, Kennedy & Bissada, 2010; Evans & Wertheim, 1998; Heesacker & Neimeyer, 1990; O'Kearney, 1996; Orzolek-Kronner, 2002; Pearlman, 2005; Steiger & Houle, 1991; Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005; Ward, Ramsay & Treasure, 2000; Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, & Treasure, 2000b; Zachrisson & Skarderud, 2010). Comparées à un groupe contrôle de femmes exemptes de symptômes alimentaires, les femmes aux prises avec un TCA éprouvent un degré d'insécurité d'attachement significativement plus élevé (se traduisant soit par une anxiété d'abandon ou l'évitement de l'intimité). De plus, la force de l'insécurité d'attachement est étroitement liée à la sévérité des symptômes alimentaires, ainsi qu'à un pronostic défavorable (Illing, Tasca, Balfour, & Bissada, 2011).

Sur le plan des trajectoires développementales, une indisponibilité affective de la part du parent, bien souvent inconsciente et involontaire, peut laisser des séquelles graves sur le fonctionnement psychique de son enfant. En effet, des études ont démontré que certaines conditions de négligence pouvaient avoir un impact traumatisant chez l'enfant, affectant la neurochimie de son cerveau, et influençant son fonctionnement psychosocial futur (Schoore, 1994). Une telle indisponibilité affective ne peut faire autrement qu'amener l'enfant à interpréter qu'il n'est pas suffisamment bon pour recevoir les soins et l'amour, et le laisser avec un sentiment profond et douloureux d'être inadéquat, insuffisant, décevant, qui se traduit par une relation conflictuelle à soi et à l'autre, donc par de grandes insécurités relationnelles (Bowlby, 1969). Plusieurs scénarios relationnels peuvent mener à un attachement insécuré, dont des parents qui ont eux-mêmes un trouble de l'attachement et qui ont du mal à s'investir auprès de leur enfant, des parents débordés et/ou anxieux qui ont des traits obsessionnels et qui priorisent le côté pratique au côté affectif, des parents contrôlants et envahissants qui ne permettent pas le développement du soi, un environnement froid où il y a absence de relation et de communication, etc. (Bowlby, 1969).

La disponibilité suffisamment bonne et suffisamment constante de la figure d'attachement permet le développement d'un concept de soi positif. Le concept de soi réfère à l'estime de soi, au sentiment d'efficacité personnelle, ainsi qu'à la stabilité du soi. Le concept de soi positif permet un soi différencié de l'autre, un élément clé du développement identitaire. Un soi différencié permet à son tour un examen réfléchi des

situations, une capacité de se rendre entièrement compte de ses émotions propres, une capacité d'éprouver des émotions fortes sans se désorganiser, et la capacité de s'apaiser afin de retrouver une conscience éclairée (Demindenko et al., 2010). Tel que mentionné précédemment, de nombreuses études ont établi des liens entre l'insécurité d'attachement, se traduisant par de l'anxiété d'abandon ou l'évitement de l'intimité, et les symptômes alimentaires. De plus, d'autres études ont démontré que de l'insécurité d'attachement découlait un concept de soi négatif ainsi qu'une difficulté à se différencier de l'autre, et que ces éléments étaient liés aux symptômes alimentaires (Demindenko et al., 2010 ; Sharpe et al., 1998; Troisi et al., 2005). L'insécurité d'attachement, le concept de soi négatif et le soi indifférencié représentent donc des facteurs de risque pour le développement des symptômes alimentaires (Demindenko et al., 2010).

De façon plus spécifique, l'environnement familial de la personne aux prises avec des symptômes alimentaires n'aurait pas su s'accorder à elle, à sa sensibilité, son individualité propre. Pour Brouwer (2009), la mère aurait été incapable de bien distinguer les demandes affectives des besoins physiologiques de son nourrisson. Ses réponses auraient été trop centrées sur l'alimentation, ce qui serait à l'origine d'une inaptitude à identifier ses émotions et sentiments chez l'enfant une fois devenue adolescente. La période de l'adolescence est marquée par de grands bouleversements internes. Au cours de cette période, la jeune femme tente d'accéder à l'autonomie et de construire son identité propre, ce qui génère de fortes angoisses. En effet, les tentatives de séparation réactivent la détresse associée à l'inconstance dans les interactions

précoces mère-enfant, à l'absence de réponse maternelle adéquate, ou à la confusion affective dans le lien, ce qui expliquerait la survenue des symptômes alimentaires. Effectivement, ces derniers auraient une fonction d'apaisement. Nous y reviendrons un peu plus loin. Cela vient appuyer les résultats de Tasca et al. (2009) qui démontrent que les symptômes alimentaires symbolisent un problème au niveau de l'autonomie et de la séparation. D'autres auteurs ont démontré que la personne aux prises avec des symptômes alimentaires avait subi de la négligence, du rejet, avait été prise dans des communications paradoxales, ou s'était retrouvée dans le rôle du parent (Demindenko et al., 2010).

La fonction des symptômes alimentaires

Les symptômes alimentaires sous-tendent des angoisses narcissiques. Il s'agit de conduites addictives qui permettent de se défendre de ces angoisses témoignant d'une réalité interne défailante, menaçante, d'un concept de soi négatif, et d'affects dépressifs sous-jacents (Lamas & Corcos, 2010). Ces angoisses narcissiques sont en partie dues aux inconstances des interactions précoces mère-enfant. Les symptômes alimentaires sont des aménagements défensifs constituant une lutte contre ces angoisses inincorporables et invivables. Dans ce rapport au corps marqué par l'autodestruction et parfois la punition se trouve une tentative de trouver une légitimité à son existence (Lamas & Corcos, 2010; Jeammet, 1993). Plus concrètement, les symptômes alimentaires sont un moyen pour la femme d'externaliser ses sentiments d'abandon, d'insignifiance et de vulnérabilité, puisque cela est trop difficile à gérer de l'intérieur

(Mikulincer & Shaver, 2007). La fixation au corps a donc pour but d'apaiser les angoisses, et remplace en quelque sorte l'interaction saine avec l'environnement (Steiger & Houle, 1991). En effet, puisqu'elle éprouve des difficultés à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes, la femme essaiera de combler son besoin de gratification ailleurs, soit en contrôlant son corps et son alimentation, ce qui génère un sentiment d'adéquation personnelle et régule ses affects (Steiger & Houle, 1991). Cela permet également de lutter contre les angoisses liées à la dépendance affective (Brouwer, 2009).

Les symptômes de type anorexique représentent un prérequis nécessaire pour rester en contact avec l'autre. La relation à soi et à l'autre est neutralisée, maîtrisée dans ce qu'elle pourrait avoir de plus dangereux au niveau émotionnel, pulsionnel et narcissique, et ce par une quête de minceur insatiable, un idéal d'un corps épuré, vidé, dégagé de toute trace d'héritage familial, qui instaure une distance sécurisante par rapport à soi et à l'autre (Corcos, Lamas, Pham-Scottez, & Doyen, 2008).

Les symptômes boulimiques traduisent également une carence narcissique ainsi qu'une faillite du sentiment d'identité (Jeammet, 1993). Ils représentent un moyen de nier un état douloureux et humiliant de dépendance à l'objet. L'agir prédomine sur l'activité mentale et court-circuite la pensée, ce qui permet d'écarter toute représentation mentale du conflit psychique sous-jacent. Le remplissage alimentaire est une tentative de supprimer les sentiments de vide et d'inexistence. Cela a également une dimension d'auto-sabotage (Brouwer et al., 2009).

Régulation émotionnelle

L'apprentissage de la régulation émotionnelle

L'apprentissage de la régulation émotionnelle se fait dans le cadre de la relation d'attachement. C'est en effet dans l'interaction avec l'adulte que l'enfant apprend à se réguler par lui-même, ce qui correspond au *self-regulating other* décrit par Stern (1985). Garber et Dodge (1991) définissent la régulation émotionnelle comme un processus interactif par lequel les individus contrôlent et transforment leurs expériences émotionnelles, soit par l'augmentation, le maintien ou l'atténuation des émotions positives ou négatives.

L'adulte régule les émotions de l'enfant différemment selon son étape de développement. Durant les premiers mois de vie, la mère procure à l'enfant des stimulations selon un cycle de phases d'engagement et de désengagement (Stern, 1977). Lorsque la mère ajuste le niveau des stimulations qu'elle procure à l'enfant selon ses états d'éveil et d'excitation, la stimulation est dite optimale, ce qui permet la régulation des affects (Stern, 1977). Ensuite, le développement de la relation d'attachement marque une nouvelle étape dans l'expression des besoins émotionnels (Bowlby, 1969). Lors de ses premiers élans d'autonomie et de séparation, l'enfant utilise la mère comme base de sécurité pour gérer les tensions qui l'habitent en recherchant du réconfort auprès d'elle au moment des retrouvailles. Cela aide à la régulation de ses différents états émotionnels (Favez, 2001). Un attachement sécurisé favorisera une bonne régulation des émotions, caractérisée par un équilibre d'activation et de désactivation des émotions (Duriez,

2011). Toutefois, un enfant ayant un attachement insécure aura de la difficulté à utiliser la mère comme base de sécurité au moment des retrouvailles, ce qui rendra l'apprentissage de la régulation émotionnelle plus difficile (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). La personne qui présente un attachement dans lequel prédomine l'anxiété d'abandon sera davantage envahie par ses émotions, alors que celle qui présente un attachement dans lequel prédomine l'évitement de l'intimité aura tendance à se couper de ses émotions (Duriez, 2011). Puis, un nouveau mode de régulation émerge au cours de la troisième année avec les échanges verbaux. Il s'agit d'une régulation par narrations autobiographiques. L'enfant narre son expérience du monde à la mère, et cet échange permet d'organiser ses émotions, ses cognitions et ses actions dans une représentation du monde lui appartenant et qui est indépendante de la réalité extérieure. L'échange avec la mère permet également une co-construction, c'est-à-dire l'intégration dans sa représentation de celle de l'autre et ainsi, de créer des expériences mutuelles (Stern, 1985). Dans l'interaction, l'enfant apprend donc à réguler narrativement l'émotion qu'il a vécue.

Favez (2001) s'est intéressé aux différentes façons dont les mères régulent les émotions exprimées par leurs enfants. Son étude a permis d'identifier différents modes maternels de régulation. D'abord, il y a l'« omission émotionnelle active » dans lequel la mère est engagée dans le récit de l'enfant, mais le pousse à produire une narration longue et détaillée en contrôlant l'échange. Les aspects factuels de l'évènement sont privilégiés, ce qui laisse peu de place à l'élaboration émotionnelle. Ensuite, il y a la

« facilitation émotionnelle » dans lequel il y a un bon équilibre entre la quantité d'informations permettant de restituer l'histoire vécue, et l'élaboration du vécu émotionnel de l'enfant. Enfin, il y a le « désinvestissement émotionnel » où le soutien à l'enfant est relativement absent. Il n'y a pas d'accent sur les faits de l'événement, ni sur son évaluation affective, ni sur le maintien de la narration. Dans ce mode, la mère donne très peu de rétroactions à l'enfant, et ne lui pose pas de questions qui lui permettent d'élaborer son expérience (Favez, 2001).

L'apprentissage de la régulation émotionnelle a également été étudié d'un point de vue psychobiologique. L'hémisphère droit du cerveau est étroitement lié aux processus émotionnels du système limbique, et sa maturation est significativement influencée par les expériences socio-affectives précoces. Il a récemment été démontré que cette partie du cerveau est dominante chez l'enfant durant les trois premières années de sa vie (Schore, 2003). La mère et l'enfant échangent de l'information via le cerveau droit au niveau verbal et non verbal, ce qui permet progressivement à l'enfant l'apprentissage de la régulation face aux stimuli de l'environnement. La mère agit en effet comme une régulatrice externe des émotions et de l'homéostasie interne de l'enfant. L'enfant internalise des représentations de la relation d'attachement à la mère, qui sont ensuite enregistrées dans le cerveau droit. Cet encodage influence les processus de régulation émotionnelle, notamment en ce que les expériences socio-affectives négatives nuisent à la maturation du cerveau droit, et donc diminuent la fonction du système limbique, ce qui génère de multiples conséquences psychologiques. L'ampleur de ces conséquences

varie en fonction de l'intensité et de la fréquence des expériences socio-affectives rencontrées. Parmi les conséquences que cela occasionne, on note l'instabilité affective, une faible tolérance au stress, une difficulté de mémorisation, des états dissociatifs, de même que des troubles de santé mentale, dont les TCA (Schore, 2003).

La conceptualisation de la régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle comprend les processus responsables de l'évaluation et du contrôle des réactions émotionnelles, et de la capacité à les modifier si nécessaire afin d'atteindre ses buts. La régulation émotionnelle varie d'un individu à l'autre et est influencée par son tempérament, ainsi que par le milieu dans lequel il s'est développé (McEwen & Flouri, 2009). Gratz et Roemer (2004) se sont intéressées aux différentes conceptualisations de la régulation émotionnelle disponibles dans la documentation afin d'en proposer une version plus intégrée et sophistiquée, et ce dans le but ultime d'élaborer un nouvel instrument plus complet permettant de la mesurer. C'est d'ailleurs cet instrument qui sera utilisé dans notre étude. Les différentes dimensions de la régulation émotionnelle qui en ressortent sont la conscience et la compréhension des émotions, l'acceptation des émotions, la capacité de contrôler ses impulsions et de poursuivre ses buts lorsqu'une émotion négative est éprouvée, et la capacité de recourir à des stratégies de régulation émotionnelle appropriées lorsque la situation le demande afin de moduler l'activité émotionnelle, de sorte à maintenir un bon fonctionnement.

Dysrégulation émotionnelle

Une mauvaise régulation des émotions a des impacts négatifs sur l'individu et est associée à des risques de développer une psychopathologie (Gratz & Roemer, 2004). Tel que mentionné précédemment, la personne met en place des stratégies de régulation émotionnelle particulières pour survivre lorsqu'elle est confrontée à un environnement qui n'est pas suffisamment bon, soit suffisamment fiable, sensible, sécurisant. Certaines stratégies de régulation émotionnelle face à la détresse sont privilégiées tout dépendamment de la qualité de l'attachement. En effet, des différences sont remarquées entre les styles d'attachement anxieux et évitant. La personne de type anxieuse a des compétences d'autorégulation émotionnelle pauvres. Elle est en mesure d'identifier ses propres affects négatifs, mais elle en a une perception exagérée. Elle a également tendance à ruminer les expériences d'attachement douloureuses, ce qui maintiendrait une agitation émotionnelle constante à l'intérieur d'elle. Les stratégies de régulation qu'elle adopte intensifient ses émotions. Elles se traduisent par une hypervigilance à la perte, une attention majoritairement dirigée sur les difficultés, une vision pessimiste des résultats, ainsi qu'une tendance à la rumination obsessionnelle et à la victimisation. La motivation inconsciente derrière cela serait d'attirer l'attention de l'objet et d'assurer sa disponibilité (Mikulincer & Shaver, 2007). Pour sa part, la personne évitante ne s'attend pas à ce que l'expression de ses affects et la recherche de proximité se traduise par des résultats positifs. Elle a en effet appris que la démonstration de ses affects provoquait une réponse chez l'autre qui aggravait son expérience émotionnelle. Conséquemment, elle va privilégier une régulation émotionnelle défensive, caractérisée par la

désactivation de ses émotions, afin de faire face aux situations et de maintenir un certain équilibre émotionnel. Une structure de mémoire défensive est ainsi créée, résultant en un accès faible aux souvenirs douloureux, et une difficulté à identifier ses émotions et celles des autres (Mikulincer, Shaver, Sapir-Lavid, & Avihou-Kanza, 2009).

Bien que ces stratégies aient initialement été mises en place comme moyen de survie, elles affectent négativement l'ajustement socio-affectif ultérieur (Brenning, Soenens, Braet, & Bosmans, 2012). En effet, les stratégies d'intensification des émotions auraient pour conséquence d'alimenter la détresse. Le focus sur l'émotion douloureuse, la vision clivée de l'expérience émotionnelle, ainsi que la régression perpétueraient les sentiments d'impuissance et d'insignifiance (Brenning et al., 2012). À court terme, les stratégies d'inhibition des émotions seraient bénéfiques car elles permettent un meilleur fonctionnement psychosocial. Toutefois, en inhibant l'affect, il n'y a pas de processus d'exposition à la douleur puisque la douleur est évitée. La personne n'apprend pas à s'habituer à l'expérience et à l'affect qui en découle puisque c'est l'exposition qui permet l'extinction. Au contraire, l'inhibition de l'affect peut générer une angoisse diffuse et être davantage souffrante (Brenning et al., 2012).

Dysrégulation émotionnelle et symptômes alimentaires

Puisque le lien entre l'insécurité d'attachement et les symptômes alimentaires a été confirmé dans de nombreuses études et que l'apprentissage de la régulation émotionnelle a lieu dans le cadre de la relation d'attachement, nous nous attendrions à ce qu'il y ait un

lien entre la dysrégulation émotionnelle et les symptômes alimentaires. Ce lien a effectivement été confirmé dans plusieurs études. De façon générale, les femmes aux prises avec des symptômes alimentaires présentent des difficultés au niveau de l'identification, de l'acceptation et de l'expression des émotions, et ces éléments peuvent participer à l'apparition des symptômes et contribuer à leur maintien (Denisoff & Endler, 2000; Meyer et al., 2010; Tasca & al., 2009).

Les symptômes alimentaires sont compris comme des stratégies de régulation émotionnelle non adaptées. Tel qu'indiqué précédemment, Steiger et Houle (1991) sont d'avis que ces symptômes répondent à des besoins de régulation et de contrôle des tensions internes non symbolisées. Les symptômes alimentaires ont en effet pour but de bloquer les émotions, de gérer les états émotionnels douloureux et de fuir la détresse émotionnelle (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009). Plus précisément, les sentiments anxieux et dépressifs générés par les enjeux relationnels sont apaisés par le contrôle du corps et de l'alimentation. Les symptômes alimentaires représentent un effort d'atteindre une représentation de soi stable et positive, représentation qui repose sur la quantité et la qualité de la nourriture ingérée, ainsi que sur le corps. Malheureusement, cette représentation de soi ne peut être stable puisqu'elle est dépendante d'un objet externe à la personne et qu'elle ne repose pas sur les réelles qualités du soi (Steiger, Goldstein, Mongrain, & Van der Feen, 1990).

En outre, une corrélation positive a été établie entre l'adoption d'une attitude négative face à l'expérience de l'émotion ainsi qu'à son expression, et la sévérité de la pathologie alimentaire (Meyer et al., 2010). Une personne ayant une attitude négative face à l'expression émotionnelle valorise le contrôle des émotions, perçoit le fait d'éprouver des affects et/ou de les exprimer comme un signe de faiblesse, éprouve de la culpabilité face à ses émotions car elles lui paraissent illégitimes, et est aux prises avec une peur de blesser autrui et/ou d'être rejetée s'il les laisse paraître ou les exprime (Meyer et al., 2010). On a remarqué que la personne aux prises avec des symptômes alimentaires cherche à se défendre de ses émotions en privilégiant l'évitement émotionnel et en retournant la colère contre elle-même au lieu de l'exprimer (Joos, Cabrillac, Hartmann, Wirsching, & Zeeck, 2009). Les symptômes alimentaires peuvent donc être compris comme des actes auto-agressifs, pouvant être déclenchés par des affects de honte et de dégoût de soi par exemple (Steiger & Houle, 1991). Le recours à des défenses plus primitives telles le déni, le clivage et la projection a également été associé aux symptômes alimentaires (Steiger et al., 1990).

Les dimensions de l'attachement, la régulation émotionnelle et les symptômes alimentaires

Nous avons décrit précédemment les différentes facettes des symptômes alimentaires (image de soi négative, insatisfaction corporelle, attitudes et croyances négatives face à la nourriture, contrôle alimentaire, comportements boulimiques, exercice excessif, etc.). Nous avons également mentionné que l'insécurité d'attachement contribue au

développement de stratégies de régulation émotionnelle mésadaptées, qui à leur tour peuvent conduire au développement de symptômes alimentaires et dépressifs (Tasca et al. 2009). Plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse d'un lien particulier entre certains types de symptômes alimentaires, les dimensions de l'attachement et les stratégies de régulation émotionnelle de survie qui en découlent, mais ils n'ont pas tous réussi à le démontrer. En effet, autant Broberg et al. (2001), O'Kearney (1996), que Ward et ses collaborateurs (2000b) ont conclu que les dimensions de l'attachement ne permettaient pas de différencier un diagnostic de TCA ou un type de symptômes particulier. Ils suggèrent plutôt que peu importe le diagnostic ou le type de symptômes alimentaires, on retrouve inévitablement une insécurité d'attachement, et que sa forme varie. On retrouve par exemple des styles d'attachement qui s'opposent pour un même diagnostic, tels qu'une recherche excessive d'être prise en charge, ou un besoin vital d'autonomie et de ne pas avoir à dépendre de quelqu'un d'autre (Ward et al., 2000b). Quelques années plus tard, Troisi et al. (2005) se sont intéressés aux mêmes variables et n'ont également pas été en mesure d'associer une dimension de l'attachement à un diagnostic de TCA précis. Ils ont toutefois soulevé une caractéristique commune parmi les différents tableaux symptomatiques, soit un important besoin d'approbation, ce qu'ils expliquent par des enjeux identitaires et un soi indifférencié de l'autre.

En contrepartie, Candelori et Ciocca (1998) sont parvenus à démontrer que le style d'attachement évitant était surreprésenté parmi les anorexiques de type restrictif, alors que le style d'attachement anxieux était surreprésenté parmi les femmes aux prises avec

des comportements boulimiques, peu importe qu'elles soient anorexique ou boulimique. Suite à l'étude citée un peu plus haut (Ward et al., 2000b), Ward et al. (2000) ont poursuivi leurs recherches en changeant leur mesure d'attachement pour le AAI (*Adult Attachment Interview*), qu'ils qualifient comme étant la mesure étalon (« *gold standard* ») en ce qui a trait aux mesures d'attachement, et sont arrivés aux mêmes conclusions que Candelori et Ciocca (1998). Enfin, une étude plus récente de Tasca et al. (2009) a démontré que les stratégies de régulation émotionnelle avaient un effet médiateur entre les dimensions de l'attachement et les symptômes alimentaires. Ils ont plus précisément souligné l'effet médiateur d'une régulation qui intensifie les émotions sur le lien entre l'anxiété d'abandon et les symptômes alimentaires. Ils constatent en effet que les comportements plus impulsifs tels l'hyperphagie, les vomissements, l'exercice excessif, etc. sont davantage associés à un type d'attachement anxieux, et donc à des stratégies de régulation qui intensifient les émotions. Pour reprendre les dimensions de la régulation émotionnelle, cela correspond à une difficulté au niveau de la tolérance des émotions inconfortables et envahissantes et du contrôle des impulsions (Harrison et al., 2009). Ils ont également souligné l'effet médiateur d'une régulation émotionnelle défensive, caractérisée par l'inhibition des émotions, sur le lien entre l'évitement de l'intimité et les symptômes alimentaires. Ils observent en effet que les comportements de restriction et d'extrême contrôle sont davantage associés à un type d'attachement évitant, et donc à des stratégies de régulation émotionnelle défensive caractérisée par l'inhibition des émotions. Au niveau des dimensions de la régulation émotionnelle, il

s'agit davantage d'une difficulté au niveau de la conscience et de l'acceptation des émotions (Harrison et al., 2009).

Événements de vie

Le type d'attachement ainsi que les stratégies de régulation émotionnelle prédisposent les individus à répondre de différentes façons aux événements de vie qu'ils rencontrent. En effet, les stressseurs de la vie courante provoquent une plus grande souffrance chez les personnes qui éprouvent des difficultés sur le plan de l'attachement et de la régulation émotionnelle étant donné l'instabilité affective et de l'estime de soi, et la diffusion identitaire. Le fonctionnement psychosocial de ces personnes a également plus de chance d'être altéré lorsque des stressseurs sont rencontrés. L'expérience d'événements de vie difficiles a été reconnue comme un facteur de risque pour le développement d'une psychopathologie. Ils ouvrent en effet la porte à une vulnérabilité à développer une psychopathologie, exacerbent une vulnérabilité déjà existante, et ont un effet sur la durée du trouble et sur sa guérison (Dohrenwend, 2006). Les événements de vie passés jouent un rôle dans l'étiologie de la psychopathologie alors que les événements plus récents participent au maintien et/ou à l'exacerbation des symptômes (Blaase & Elklit, 2001).

En lien avec notre sujet d'étude, il a été démontré que les femmes souffrant de TCA ou de symptômes alimentaires sous-cliniques ont été davantage exposées à des événements de vie stressants et difficiles (Blaase, & Elklit, 2001), tels un parent ayant souffert de dépression, la perte d'un être cher, des abus sexuels, de la négligence

physique, des comportements parentaux inadéquats, des adversités multiples à l'enfance et/ou des difficultés socioéconomiques (Broberg et al., 2001; Smyth, Heron, Wonderlich, Crosby, & Thompson, 2008). On a observé que 16 à 30 % des femmes qui souffrent d'un TCA ont été victimes d'abus sexuels, et approximativement 10 à 30 % ont subi de la violence directe ou indirecte dans le milieu familial (Ward et al., 2000). Un lien positif a également été remarqué entre le nombre d'événements de vie difficiles vécus et l'intensité des préoccupations alimentaires (Loth, Van den Berg, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2008). De plus, les périodes de transition ou de changements importants sont associées à une élévation de l'anxiété et nécessitent que la personne mette en place des stratégies pour se réguler, s'adapter et maintenir un bon fonctionnement. Il a été démontré que ces périodes sont associées à une augmentation des symptômes alimentaires chez les femmes qui souffrent de préoccupations alimentaires et corporelles (Denisoff & Endler, 2000; Smyth et al., 2008).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les femmes qui sont aux prises avec des symptômes alimentaires présentent des difficultés au niveau de la régulation émotionnelle, faisant en sorte que les stratégies qu'elles emploient pour faire face à l'adversité sont moins adaptées et moins efficaces, ce qui les rend plus vulnérables lors des situations stressantes (Blaase, & Elklit, 2001). Cette même étude s'est intéressée à l'expérience subjective des femmes qui souffrent de TCA. Il en est ressorti qu'elles se sentent davantage exposées à des situations difficiles dans leur quotidien, et qu'elles croient peu en leur capacité à faire face à ces situations car elles les éprouvent avec une

grande intensité, ce qui les laisse avec un sentiment d'être débordées et impuissantes. Et, ces éléments influencent l'intensité des symptômes alimentaires. En lien avec ce qui a été discuté précédemment, l'adoption d'une attitude négative face à l'expression émotionnelle a également été reliée à l'exacerbation des conséquences d'un événement difficile sur le fonctionnement psychosocial de la personne (Meyer et al., 2010). Donc, en raison de son type d'attachement et de ses stratégies de régulation émotionnelle, lorsque soumis à des événements de vie particuliers, une personne pourra répondre aux événements de vie négatifs par une augmentation des symptômes alimentaires.

Une étude s'est récemment intéressée aux impacts des événements stressants sur la réapparition des symptômes alimentaires six ans après la rémission d'un TCA. Des stress importants dans la sphère professionnelle, telles que des difficultés au travail, une mise à pied, etc. ainsi que des stress dans la sphère sociale tels que des conflits, des inquiétudes par rapport aux relations, la perte d'un ami ou d'un partenaire amoureux, etc. sont liés à la réapparition des symptômes alimentaires. Plus nombreux et importants sont les stress, plus rapide est la réapparition des symptômes (Grilo et al., 2012). Cela vient appuyer ce qui a été soulevé précédemment, soit que certaines personnes sont plus prédisposées que d'autres à souffrir de préoccupations alimentaires et corporelles étant donné leurs caractéristiques psychologiques particulières, de même qu'à développer un trouble, et que leurs symptômes ont une fonction de régulation de la détresse. Ces personnes sont plus vulnérables que d'autres à réagir aux périodes plus difficiles de leur vie par une exacerbation de leurs symptômes alimentaires. Autrement dit, il est possible

d'observer une stabilité dans l'expression de la détresse au moyen des symptômes alimentaires, ce qui expliquerait les fréquentes rechutes. D'ailleurs, Brouwer (2009) voit dans les TCA une forme d'addiction, de dépendance psychique aux symptômes qui ont une fonction anxiolytique.

Satisfaction de vie

Inévitablement, cette constellation d'éléments entraîne de l'inconfort et de l'insatisfaction dans le rapport à soi et à l'autre et forcément, des conséquences sur la satisfaction de vie (Orzolek-Kronner, 2002). Bien qu'il soit évident que ces éléments affectent la satisfaction de vie, nous nous intéressons davantage à l'impact des symptômes alimentaires sur la satisfaction de vie. La satisfaction de vie est déterminée par l'évaluation subjective de sa qualité de vie globale (la vie comme un tout) ou spécifique à certaines sphères (Diener, Scollon, & Lucas, 2004). La satisfaction de vie peut être évaluée par rapport à différents domaines, soit la vie en général, l'estime de soi, les relations intimes, la vie sexuelle, la vie sociale, l'apparence physique, la santé physique, la vie familiale, la vie scolaire, ainsi que la satisfaction au travail et la santé financière (Alfonzo, Allison, Rader & Gorman, 1996).

L'évaluation de la satisfaction de vie permet d'avoir un indice de l'impact des symptômes alimentaires sur l'appréciation de la qualité de vie. La majorité des études s'entendent sur l'existence d'un lien négatif entre les symptômes alimentaires et la satisfaction de vie (Halvorsen, & Heyerdahl, 2006; Jenkins et al., 2011; Kitsantas,

Gilligan & Kamata, 2003; Matthews, Zullig, Ward, Horn, & Huebner, 2012). Tout dépendamment de leur intensité, les symptômes alimentaires peuvent générer de grandes souffrances. En effet, lorsque les préoccupations alimentaires et corporelles sont très importantes, elles occupent une grande place dans l'esprit de la personne et le fait qu'elles soient ainsi obsédantes peut être très pénible. Également, l'hyperphagie peut provoquer des sentiments de dégoût de soi et de culpabilité, et il en va de même pour les vomissements ou autres comportements compensatoires qui peuvent en plus détériorer la santé physique. De plus, les symptômes alimentaires existent souvent en comorbidité avec d'autres psychopathologies telles que la dépression, les troubles anxieux, les dépendances, etc. (Jenkins et al., 2011). Enfin, les symptômes alimentaires peuvent également amener la personne à s'isoler et donc altérer son fonctionnement social. Par exemple, une personne pourra éviter la prise de repas avec d'autres personnes pour qu'il n'y ait pas d'obstacle à ses comportements de restriction ou compensatoires (vomissements, exercice physique intense, etc.). En ajout à cela, une difficulté à contrôler son alimentation, la perception d'être en surplus pondéral ou d'avoir un poids insuffisant, le fait de suivre un régime amaigrissant, et les vomissements ou l'utilisation de laxatif pour contrôler le poids sont tous des éléments qui ont été reliés à une réduction de la satisfaction de vie (Kitsantas et al., 2003).

Jenkins et al. (2011) ont fait une revue des différentes études à s'être intéressées au lien entre les symptômes alimentaires et la satisfaction de vie. Ils ont d'une part démontré que les troubles d'ordre psychologique affectent davantage la satisfaction de

vie que les troubles d'ordre physique. En effet, dans une étude qui comparait différents groupes tels que des personnes souffrant de TCA, de fibrose kystique, d'autres souffrant d'affections cardiaques, et d'un groupe contrôle de personnes en relativement bonne santé physique et psychologique, c'est le groupe souffrant de TCA qui a rapporté une satisfaction de vie moindre. Cette même étude confirme que les TCA sont les psychopathologies qui affectent le plus la satisfaction de vie parmi toutes psychopathologies confondues (Jenkins et al., 2011). Par rapport à notre sujet d'intérêt, soit les préoccupations alimentaires et corporelles, les conclusions sont les mêmes. En effet, il a été démontré que ces préoccupations entraînent une souffrance significative et altèrent le fonctionnement psychosocial, ce qui s'accompagne d'une évaluation plus négative de sa qualité de vie (Jenkins et al., 2011). La satisfaction de vie est également influencée par la chronicité des symptômes alimentaires. Cela signifie que plus les symptômes perdurent dans le temps, plus négative est l'évaluation de sa qualité de vie. De plus, il a été démontré qu'un indice de masse corporelle soit trop bas, soit trop haut, est associé à une plus grande insatisfaction de vie (Jenkins et al., 2011).

Une autre étude s'est intéressée aux liens entre les symptômes alimentaires et les différents domaines de la satisfaction de vie. Son but était d'identifier les domaines spécifiques de la satisfaction de vie qui sont affectés par les symptômes alimentaires. Tout comme dans la présente étude, les auteurs se sont intéressés aux symptômes alimentaires dans une population sous-clinique. Un lien négatif a été démontré entre l'intensité des symptômes alimentaires et chacun des domaines de la satisfaction de vie.

Des corrélations plus fortes ont toutefois été observées avec la satisfaction face à l'apparence physique, la satisfaction face à soi (l'estime de soi), ainsi que la satisfaction face aux relations intimes amoureuses (Matthews et al., 2012).

D'un autre point de vue, l'évaluation négative de sa qualité de vie peut générer une souffrance à laquelle la personne pourra répondre par des comportements qui ont des conséquences négatives sur sa santé tel que la consommation de drogue et d'alcool, ou par des symptômes alimentaires (Kitsantas et al., 2003; Zullig, Pun & Huebner, 2007). Nous pouvons supposer que le fait d'éprouver de l'insatisfaction face à sa vie peut générer des sentiments d'échec, d'impuissance et de désespoir, et les agirs destructeurs pourraient être en réaction à ces sentiments. Ce type d'agir a toutefois comme conséquence d'alimenter l'insatisfaction à l'égard de sa vie. Dit autrement, les symptômes alimentaires engendrent une insatisfaction à l'égard de sa vie, et cette insatisfaction accentue à son tour les symptômes alimentaires. Ces éléments sont liés par une boucle de rétroaction qui rend difficile l'établissement de relations causales.

Satisfaction relationnelle

La satisfaction relationnelle est un des domaines de la satisfaction de vie. Ainsi, une réduction de la satisfaction de vie covarie habituellement avec une réduction de la satisfaction relationnelle. Tel que mentionné précédemment, les symptômes alimentaires sont associés à une réduction de la qualité de vie, et plus précisément sur des dimensions relationnelles telles que la relation à soi et les relations intimes (Jenkins et al., 2011). Le

lien entre les symptômes alimentaires et les difficultés relationnelles a été explicité plus tôt dans le texte. Les symptômes alimentaires représentent en effet une tentative de régler à l'externe, soit par le corps, ce qui est défaillant à l'intérieur, notamment les enjeux d'attachement (Steiger et al., 1990). Puisque les symptômes alimentaires sont liés à une insatisfaction à l'égard de sa vie et à des difficultés relationnelles, ils devraient normalement être liés à une insatisfaction à l'égard de ses relations.

Arcelus et al. (2013) ont fait un compte rendu de trente-cinq études ayant étudié le fonctionnement interpersonnel des personnes qui souffrent de symptômes alimentaires. Parmi ces trente-cinq études, onze portent exclusivement sur des populations non cliniques. Toutes ces études ont démontré que les symptômes alimentaires s'accompagnent de difficultés interpersonnelles. Celles-ci se traduisent par un manque de confiance à l'intérieur des relations qui amène la personne à s'inhiber, à éviter la confrontation et à adopter des comportements de soumission. Elles se traduisent également par de moins bonnes compétences sociales d'un point de vue objectif mais aussi d'un point de vue subjectif puisque la personne se perçoit comme étant inefficace sur le plan relationnel. De plus, les difficultés interpersonnelles s'expriment par une adaptation sociale difficile, une importante anxiété sociale, ainsi qu'un faible réseau de soutien. En effet, la personne aux prises avec des symptômes alimentaires a du mal à percevoir le soutien disponible et à l'utiliser dans les moments difficiles (Arcelus et al., 2013). Conséquemment, il est plus difficile d'initier et de maintenir des liens amicaux et amoureux puisque l'investissement dans une relation plus intime est source d'anxiété et

génère des symptômes anxio-dépressifs douloureux, ce qui fait obstacle au confort et à la satisfaction relationnelle (Evans & Wertheim, 2005; Ferriter, Eberhart, & Hammen, 2010; Jenkins et al., 2010; Steiger & Houle, 1991).

Cinq facteurs ont été impliqués dans l'étiologie des difficultés interpersonnelles chez les personnes qui souffrent de TCA. Le premier est la difficulté au niveau de la résolution de problèmes. La personne est moins portée à réfléchir à ses problèmes et à en chercher la source. Elle a une vision plus pessimiste de ses difficultés et tend à les ruminer. Le second est l'attitude négative face à l'expression de ses émotions. La personne inhibe ses affects de colère par exemple, et lorsque ses pensées et émotions sont en contradiction avec celles de l'autre, elle les garde pour elle et donne toute l'importance à celles de l'autre. Le troisième est la peur d'être évalué négativement. Le quatrième est la peur de l'intimité et la méfiance dans les relations interpersonnelles. Enfin, le cinquième facteur est la tendance à se comparer négativement aux autres (Arcelus et al., 2013). L'étude d'Arcelus et al. (2013) a également permis de cibler quel dysfonctionnement interpersonnel est associé à quel type de symptômes alimentaires. Il y aurait des différences entre les diagnostics. Les difficultés interpersonnelles des femmes aux prises avec des symptômes alimentaires de type restrictif sont liées à l'évitement de l'expression de leurs sentiments aux autres, et à la tendance à prioriser les sentiments des autres aux leurs, alors que les difficultés interpersonnelles des femmes aux prises avec des symptômes alimentaires de type boulimique sont davantage liées à

des sentiments de méfiance face aux autres, ainsi qu'à des interactions plus négatives et conflictuelles (Arcelus et al., 2013).

Tout comme pour l'insatisfaction de vie, le lien entre les symptômes alimentaires et les difficultés relationnelles pourrait être circulaire. En effet, il a été démontré que les déficits au niveau interpersonnel sont précurseurs au développement d'un TCA et qu'ils en exacerbent les symptômes (Steiger & Houle, 1991). En outre, les symptômes des TCA renforcent l'insatisfaction et l'inconfort générés par les interactions interpersonnelles et ce, malgré qu'ils aient pour visée de les apaiser (Steiger & Houle, 1991). Malgré que le lien entre les difficultés interpersonnelles et les symptômes alimentaires ait été l'objet de plusieurs études, il demeure difficile de savoir si les difficultés interpersonnelles sont une conséquence des symptômes alimentaires ou représentent un précurseur à ces symptômes (Arcelus et al., 2013; Ferriter et al., 2010).

Ferriter et al. (2010) ont réalisé une étude longitudinale à propos des symptômes dépressifs et du fonctionnement social avec les pairs comme facteurs prédictifs des pathologies alimentaires dans la transition vers l'âge adulte. Ils en ont conclu qu'une personne qui éprouve des symptômes dépressifs et qui connaît des difficultés dans ses relations amoureuses est plus à risque de développer des symptômes alimentaires. Les perturbations au niveau interpersonnel sont remarquées au niveau des compétences sociales, de la qualité des relations, ainsi que de l'attachement. Les relations sont plus

conflictuelles et caractérisées par de l'évitement, de l'anxiété et des difficultés au niveau de l'intimité (Ferriter et al., 2010).

En résumé, l'ensemble des propos précédents suggèrent que l'insécurité d'attachement, la dysrégulation émotionnelle ainsi que les événements de vie difficiles sont des facteurs de risque au développement de symptômes alimentaires. L'étude de Ferriter et al. (2010) démontre que les difficultés interpersonnelles dans les relations intimes ou avec les pairs peuvent déclencher l'apparition des symptômes alimentaires et/ou les exacerber. Les symptômes alimentaires permettent en retour de réguler les émotions négatives générées pas les contacts interpersonnels anxiogènes.

La plupart des études recensées ont toutefois recruté des personnes qui souffraient d'un trouble alimentaire. Il reste ainsi à démontrer que ces conclusions demeurent valides lorsque les individus présentent des préoccupations alimentaires en l'absence de TCA proprement dit. Par ailleurs, il importe de mettre en relief les contributions uniques et partagées des facteurs attachement, régulation émotionnelle, événements de vie, satisfaction de vie et relationnelle à l'égard des préoccupations alimentaires.

Objectifs et hypothèses

La présente étude a comme objectif d'approfondir les connaissances sur les caractéristiques psychologiques et environnementales associées aux préoccupations alimentaires et corporelles dans une population normale. Nous souhaitons plus

précisément étudier les liens existant entre le style d'attachement adulte, la régulation émotionnelle, les événements de vie, la satisfaction de vie et la satisfaction relationnelle, ainsi que les préoccupations alimentaires et corporelles. La première hypothèse suggère que l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la dysrégulation émotionnelle, ainsi que le degré d'impact d'événements de vie négatifs sont liés positivement à l'intensité des préoccupations alimentaires. La deuxième hypothèse suggère que des scores plus élevés aux deux dimensions de l'attachement, à l'échelle de difficultés au niveau de la régulation émotionnelle ainsi qu'à l'indice de masse corporelle prédisent une évaluation plus négative de sa satisfaction de vie et de ses relations en général, et une plus forte présence de préoccupations alimentaires. Enfin, la troisième hypothèse est exploratoire. Elle vise à vérifier si les symptômes alimentaires sont associés à un profil particulier de difficultés interpersonnelles. Nous souhaitons plus précisément dégager un patron de difficultés interpersonnelles associé aux préoccupations alimentaires.

Méthode

Cette section présente la méthode employée afin de réaliser cette étude. Les caractéristiques des participantes y sont d'abord décrites. La procédure de collecte de données retenue est ensuite explicitée, puis les instruments de mesure sont présentés. Enfin, les considérations éthiques inhérentes à la recherche sont exposées.

Participants

Deux cents cinquante-deux ($N = 252$) volontaires ont participé à l'étude qui consistait à remplir des questionnaires en ligne. De ceux-ci, cent soixante-quatre ($N = 164$) ont complété la totalité des questionnaires et ont donc été retenus pour fins d'analyses. Les participants retenus devaient être des femmes âgées entre 18 et 40 ans étant donné que l'étude s'intéresse aux préoccupations alimentaires chez la femme adulte. La plage d'âge des participantes a été déterminée à partir d'études antérieures sur le sujet (Agras et al., 2009; Blaase & Elklit, 2001; Gauvin, Steiger, & Brodeur, 2009; O'Mahony & Hollwey, 1995; Troisi et al., 2005). On postule qu'il existe une réalité commune chez ce groupe d'âge en ce qui a trait aux préoccupations alimentaires, ce pourquoi les femmes plus âgées, dont le rapport au corps est substantiellement différent, n'ont pas été incluses.

Informations sociodémographiques

Au total, l'échantillon est constitué de cent soixante-quatre femmes dont l'âge moyen est de 25,82 ans ($ÉT = 4,78$). L'âge des participantes varie entre 18 et 40 ans. Les

femmes ont été sollicitées au moyen de publicités francophones publiées sur *Facebook* et dans les établissements d'enseignement universitaires et professionnels du Québec. La distribution des nationalités des participantes est inconnue puisque cela ne leur a pas été demandé. Nous supposons toutefois que la très grande majorité d'entre elles sont québécoises. Au sein de l'échantillon, 67,1 % des participantes sont en relation de couple et 15,9 % ont des enfants. Plus précisément, 35,4 % vivent en cohabitation avec leur partenaire, 25,6 % sont en couple mais ne demeurent pas avec leur partenaire, et 6,1 % sont mariées. Parmi les participantes célibataires, 17,1 % n'ont pas été en relation de couple depuis plus de douze mois. Le nombre d'années de scolarité des participantes est d'en moyenne 16,81 ans ($ÉT = 3,12$), ce qui correspond à un diplôme universitaire de premier cycle. La majorité d'entre elles ont un emploi (76,8 %) et travaillent en moyenne de 30 à 40 heures par semaine. Le revenu annuel moyen des participantes se situe à 28 023,38 \$ ($ÉT = 20 576,82$ \$).

Indice de masse corporelle et régime alimentaire

Étant donné la nature de l'étude, nous considérons très important d'interroger les participantes sur leur taille et leur poids. Les données obtenues ont permis de calculer l'indice de masse corporelle à partir de la formule suivante : poids (kg) / taille (m)². Au sein de l'échantillon, 3,1 % des participantes ont une insuffisance pondérale (IMC inférieur à 18,5), 65 % ont un poids normal santé (IMC de 18,5 à 24,9), 22,1 % ont un surplus pondéral (IMC de 25 à 29,9), 6,11 % souffrent d'obésité (IMC supérieur à 30), et 3,7 % souffrent d'obésité morbide (IMC supérieur à 40). L'IMC moyen est de 24,61

($ET = 6,29$). Cette répartition reflète ce que l'on retrouve au sein de la population générale. Nous avons également interrogé les participantes au sujet de leur expérience avec les régimes alimentaires. Le régime alimentaire se définit comme une restriction intentionnelle et soutenue d'apports caloriques dans le but de perdre du poids ou de le maintenir. Suivre un régime alimentaire figure parmi les facteurs de risque à développer un TCA (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino, & Björkqvist, 2010). Les résultats obtenus démontrent que presque la moitié des participantes, soit 43,9 %, ont déjà suivi au minimum un régime alimentaire au cours de leur vie. Parmi elles, 18,2 % en ont suivi plus de deux. Le nombre de régimes suivis varie de 1 à 25.

Procédure

Les participantes ont été sollicitées via le réseau social *Facebook* ainsi que dans des établissements d'enseignement universitaires et professionnels du Québec. Une première tentative de recrutement a été effectuée via le réseau social *Facebook*. Un événement public intitulé : *Participez à la recherche scientifique en psychologie* a été créé dans lequel des femmes de 18 à 40 ans étaient invitées à participer à l'étude. Un message explicatif comprenant les grandes lignes de l'étude figurait dans l'invitation (voir Appendice A). Les femmes sollicitées à participer à l'évènement ont été invitées à partager l'évènement avec leurs connaissances féminines. Quelques semaines après la création de l'évènement, un message de relance a été envoyé aux femmes invitées à l'évènement sur *Facebook* (voir Appendice B). Par la suite, nous avons ciblé certains départements des établissements universitaires québécois dans lesquels nous supposions

qu'il y avait une plus grande concentration de femmes, telles que les départements de sciences infirmières, d'enseignement au préscolaire et au primaire, de service social, de psychologie et de médecine familiale. Des professionnels de la santé du Québec ont également été ciblés, dont une nutritionniste et une équipe de soin en santé mentale de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Nous avons contacté ces personnes par courriel et leur avons demandé de transmettre à leur tour un courriel à leurs étudiants ou clients afin de les inviter à prendre connaissance de l'étude (voir Appendice C). Les volontaires sollicitées ont été invitées à remplir une batterie de questionnaires d'une durée d'environ 1 heure sur le site internet sécurisé *SurveyMonkey*. Cette méthode a comme avantages d'être complètement anonyme, de réduire les biais de désirabilité sociale, de réduire les erreurs liées à la saisie de données, ainsi que de réduire les coûts sous-jacents à l'utilisation de questionnaires papier et aux déplacements. Une lettre d'information (voir Appendice D) a été introduite en guise de page d'accueil afin de s'assurer d'une participation libre et éclairée. Les participantes n'ont reçu aucune compensation monétaire pour leur contribution à l'étude.

Instruments

Informations sociodémographiques

Afin d'obtenir un portrait de l'échantillon, les participantes ont tout d'abord dû répondre à un questionnaire sociodémographique ayant été édifié pour la présente étude (voir Appendice E). Ce questionnaire a permis d'évaluer l'âge, la taille, le poids,

l'expérience avec les régimes alimentaires, la scolarité, l'occupation, le revenu, ainsi que le statut conjugal des participantes.

Préoccupations alimentaires

La version française du Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2; Garner, 1991, traduit par Archinard, Rouget, Painot, & Liengme, 2002) a été administrée afin de mesurer les préoccupations alimentaires. L'instrument est composé de 91 items et est divisé en 11 échelles spécifiques aux troubles des conduites alimentaires ainsi qu'aux caractéristiques psychologiques propres aux femmes souffrant de ces troubles. Les 11 échelles qui composent le EDI-2 sont la recherche de la minceur, la boulimie, l'insatisfaction corporelle, le sentiment d'inefficacité personnelle, le perfectionnisme, la méfiance interpersonnelle, la conscience intéroceptive, la crainte de la maturité, l'ascétisme, la régulation de l'impulsivité, et l'insécurité sociale. Dans la présente étude, conformément à son objectif, seulement les trois premières échelles ont été analysées. Dans sa version originale anglaise, l'EDI-2 possède une bonne cohérence interne sur ses huit premières échelles. Le coefficient de Cronbach est toutefois moins élevé sur les trois dernières échelles de l'instrument (Eberenz & Gleaves, 1994). La cohérence interne des trois premières échelles dans la présente étude est respectivement de 0,89, 0,89 et 0,93, et ce avec la version française de l'instrument. Ces scores sont comparables à ceux rapportés par Eberenz et Gleaves (1994) pour ces trois échelles (0,81, 0,87 et 0,91). L'EDI-2 est couramment utilisée pour mesurer les symptômes alimentaires, autant auprès des populations cliniques que des populations sous-cliniques (Broberg et al., 2001). Chaque

item est mesuré à partir d'une échelle de type Likert en six points variant de 1 «Jamais» à 6 «Toujours» (voir Appendice F). Les items 1, 12, 19, 31, 55 et 62 sont formulés de façon inversée dans le questionnaire. Il a donc fallu les inverser pour le calcul des scores sur les échelles afin de les rendre dans le même sens que les autres. Les scores ont ensuite été obtenus en calculant la moyenne de chacune des échelles. Un score élevé représente un plus grand degré de préoccupations alimentaires.

Style d'attachement adulte

Le Questionnaire d'évitement et d'anxiété d'abandon (QEAA; Brennan et al., 1998, traduit par Lafontaine & Lussier, 2003) a permis de mesurer le style d'attachement adulte à l'aide de 36 items divisés en deux sous-échelles de l'attachement, soit l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. Les scores de chaque item sont répartis sur une échelle de type Likert en sept points variant de 1 «fortement en désaccord» à 7 «fortement en accord». La consigne originale de l'instrument demande de répondre aux items en référant à sa façon d'éprouver ses relations amoureuses. La consigne a légèrement été modifiée dans la présente étude afin de s'assurer que les personnes qui n'ont jamais été en relation répondent. Il leur était alors demandé de considérer leur meilleur(e) ami(e) (voir Appendice F). La traduction française de l'instrument possède une bonne cohérence interne pour les deux sous échelles (anxiété d'abandon : $\alpha = 0,86$ à $0,89$; évitement de l'intimité : $\alpha = 0,85$ à $0,89$). Le questionnaire possède également une bonne validité factorielle (Lafontaine & Lussier, 2003). Au sein du présent échantillon, l'alpha de Cronbach obtenu pour l'échelle d'anxiété d'abandon est de $0,92$. Le calcul de

la moyenne des items pairs a permis d'obtenir le score moyen d'anxiété d'abandon. Pour sa part, l'échelle d'évitement de l'intimité présente un alpha de Cronbach de 0,93. De la même façon, le calcul de la moyenne des items impairs a permis d'obtenir le score moyen d'évitement de l'intimité. Pour les deux échelles, les items 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 et 35 sont formulés de façon inversée dans le questionnaire. Il a donc fallu les inverser pour le calcul des scores sur les échelles afin de les rendre dans le même sens que les autres. L'obtention de scores élevés à l'une ou l'autre de ces dimensions révèle soit un plus grand degré d'anxiété d'abandon ou d'évitement de l'intimité, et indique la présence d'un style d'attachement adulte insécure.

Régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle a été mesurée à l'aide du *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004), qui a été traduit pour la présente étude à l'aide de la méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989). L'instrument comprend 36 items qui couvrent six dimensions de la dysrégulation émotionnelle, soit la non acceptation de ses émotions, la difficulté à poursuivre ses objectifs lorsqu'une émotion est éprouvée, l'impulsivité, le manque de sensibilité à l'égard de l'activité émotionnelle, l'attitude d'impuissance face à ses émotions, ainsi que la difficulté à reconnaître la nature de ses émotions. Les items sont mesurés à partir d'une échelle de type Likert en 5 points variant de 1 « Presque jamais » à 5 « Presque toujours » (voir Appendice G). Gratz et Roemer (2004) rapportent une cohérence interne élevée avec un coefficient alpha de 0,93, ainsi qu'une bonne stabilité temporelle pour cet instrument

avec une période de 4 à 8 semaines séparant les deux passations ($r = 0,88$). Ils clarifient que le coefficient alpha est supérieur à 0,80 pour chacune des échelles. Au sein du présent échantillon, l'alpha de Cronbach pour chacune des échelles varie de 0,84 à 0,93 (0,96 pour le total des items). Tel que suggéré par les auteurs, les items 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 et 34 ont été inversés avant de calculer les scores moyens de chacune des échelles puisqu'ils sont formulés de façon inversée dans le questionnaire. Les scores ont ensuite été obtenus en calculant la moyenne des items composant chacune des six échelles. Un score moyen élevé pour une dimension donnée représente un plus haut degré de difficulté sur cette dimension.

Évènements de vie

Les événements de vie distaux ont été mesurés à l'aide du *Life Events Checklist* (LEC; Gray, Litz, Hsu & Lombardo, 2004), qui a été traduit pour la présente étude à l'aide de la méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989). L'instrument mesure l'exposition directe ou indirecte à un événement traumatique sur toute la durée de vie de l'individu, tels qu'une catastrophe naturelle, un accident de transport, un assaut physique, une agression sexuelle, etc. Il est composé de 16 items dont les scores se répartissent sur une échelle de type Likert en cinq points variant de 1 «Ça m'est arrivé», 2 «J'en ai été témoin», 3 «Je l'ai su», 4 «Je ne suis pas certaine», à 5 «Ne s'applique pas à moi» (voir Appendice H). Les répondants ont également la chance d'ajouter un événement difficile qui ne figure pas parmi la liste. Gray et al. (2004) rapportent de bonnes propriétés psychométriques pour cet instrument, avec un coefficient kappa moyen de

0,61 pour tous les items. L'instrument possède également une bonne stabilité temporelle après avoir été administré une seconde fois de 5 à 14 jours plus tard ($r = 0,82$, $p < .001$). Bien que le LEC mesure différents types d'exposition à des événements traumatiques, seule l'exposition directe est retenue pour la comptabilisation des résultats. Les auteurs suggèrent en effet de dichotomiser les scores, en attribuant un score de 1 lorsque la répondante rapporte avoir éprouvé directement l'événement traumatique, et un score de 0 lorsque n'importe quelle autre option de réponse est rapportée. Le score global est obtenu par l'addition du score de chaque item. Un score élevé représente une plus grande fréquence d'exposition à des événements à potentiel traumatique.

Les événements de vie proximaux ont ensuite été mesuré à l'aide du Questionnaire sur les événements de vie (LEQ; Norbeck, 1984, traduit par Laverdière, 2009). Le LEQ est composé de 82 items se rapportant à des événements ou des changements de vie qui ont eu lieu au cours de la dernière année. Pour chaque item éprouvé dans la dernière année, le répondant doit inscrire si l'impact a été positif ou négatif, et ensuite indiquer le degré d'impact sur une échelle de type Likert en quatre points variant de 0 « Aucun impact » à 3 « Impact important » (voir Appendice I). Norbeck (1984) rapporte une bonne stabilité temporelle pour chacun des items de l'instrument ($r = 0,78$ à $0,83$). Dans la présente étude, nous n'avons utilisé que les scores d'événements négatifs, que nous avons calculés de deux façons : d'une part en faisant simplement le total du nombre d'items rapportés comme ayant été vécus de façon négative, et d'autre part en faisant le total de l'importance ayant été accordée aux items vécus de façon négative. Des scores

élevés à chacune de ces échelles indiquent une plus grande exposition à des événements difficiles ainsi qu'un plus haut degré de difficulté éprouvé suite à ces événements.

Satisfaction de vie

L'échelle de Satisfaction de Vie (ESV; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985, traduit en français par Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière, 1989) a été administrée aux participantes. L'ESV est composée de cinq items dont les scores sont répartis sur une échelle de type Likert en sept points variant de 1 « Fortement en désaccord » à 7 « Fortement en accord » (voir Appendice J). Chaque énoncé invite le répondant à porter une évaluation subjective globale de sa satisfaction de vie en indiquant son degré d'accord avec l'énoncé. L'ESV est un instrument très intéressant puisqu'il est très rapide à administrer, qu'il peut être utilisé avec différents groupes d'âges, et qu'il démontre de bonnes caractéristiques psychométriques. Le coefficient de cohérence interne de la version française ($\alpha = 0,80$) est similaire à celui de la version originale américaine ($\alpha = 0,87$). L'instrument possède également une bonne stabilité temporelle ($r = 0,82$) avec deux mois entre les deux passations (Blais et al., 1989). L'alpha de Cronbach au sein de notre échantillon est de 0,87. Le score de satisfaction de vie est obtenu à partir de la moyenne des scores obtenus à chaque énoncé. Un score élevé indique une évaluation subjective positive globale de sa satisfaction de vie.

Satisfaction relationnelle

Enfin, l'Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI; Sénécal, Vallerand, & Vallières, 1992), a été administrée afin de mesurer la qualité des relations interpersonnelles des individus vis-à-vis de leur famille, partenaire amoureux, amis, collègues de travail, et les gens en général. Il s'agit d'indiquer pour chacune de ces échelles à quel point les relations sont harmonieuses, valorisantes, satisfaisantes, et génèrent un sentiment de confiance vis-à-vis de l'autre. Ces qualités sont mesurées sur une échelle de type Likert en cinq points variant de 0 «pas du tout » à 4 « extrêmement » (voir Appendice K). Les auteurs signalent que l'instrument possède une bonne cohérence interne ainsi qu'une stabilité temporelle élevée. Le coefficient de cohérence interne pour chacune des échelles varie entre 0,89 et 0,95. De plus, l'étude des moyennes à chacune des échelles permet d'observer un effet de variation intéressant entre elles. Cet écart entre les moyennes des différentes échelles appuie l'idée et l'importance de mesurer la qualité des relations interpersonnelles selon une approche multidimensionnelle plutôt que globale (Sénécal et al., 1992). En ce qui concerne l'échantillon de la présente étude, l'alpha de Cronbach varie entre 0,91 et 0,94 sur chacune des échelles, et nous observons une légère différence entre les moyennes, ce qui vient confirmer les propriétés psychométriques rapportées par les auteurs. Pour obtenir les scores de satisfactions interpersonnelles, il s'agit de calculer les moyennes pour chacune des échelles. Un score élevé témoigne d'un haut degré de satisfaction à l'égard de sa vie.

Pour obtenir un deuxième indice de satisfaction relationnelle, une version française de l'*Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000) a été administrée aux participantes. L'instrument a été traduit par Louise Gaston et Anne Geneviève Girard « non publié ». Il obtient un alpha de Cronbach de 0,94 dans notre échantillon. L'IIP-64 mesure les difficultés rencontrées dans les relations avec les autres à l'aide de 64 énoncés, dont 39 réfèrent à des comportements interpersonnels difficiles à faire (« Faire confiance aux autres » par exemple), et 25 réfèrent à des comportements interpersonnels ressentis comme étant trop faits (« Je me dispute trop avec les gens » par exemple). Au total, l'IIP-64 est composé de huit échelles comprenant chacune huit items qui sont mesurés à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points variant de 0 « pas du tout » à 4 « extrêmement » (voir Appendice L). Les résultats de la présente étude ont été dichotomisés (0 = 0) (1 = 0) (2 = 1) (3 = 1) (4 = 1) selon la recommandation de Bludworth (2007). Les huit échelles de l'IIP-64 représentent les octants du circomplexe interpersonnel ; dominant, intrusif, maternant, exploitable, soumis, évitant, froid, et vindicatif. L'IIP-64 permet d'obtenir deux types de scores, soit les scores moyens à chacune des échelles, ainsi qu'un score total de difficultés interpersonnelles à partir du calcul de la moyenne des moyennes aux huit échelles.

Considérations éthiques

La méthode de cueillette de données retenue assure l'anonymat et la confidentialité puisqu'aucun nom n'est inscrit ou associé aux questionnaires répondus en ligne. La lettre d'information (voir Appendice M), qui sert également de formulaire de

consentement, permet de s'assurer que les participantes se sont engagées de façon libre et éclairée. Elle contient entre autres des informations concernant les bénéfices de participer à l'étude, tels que la satisfaction de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques, de même qu'une occasion de réfléchir à différents aspects de sa vie et de sa personnalité, et de mieux se connaître. Les inconvénients pouvant découler de la participation y sont également présentés (p. ex., inconfort émotionnel). Les participantes ont d'ailleurs été informées qu'elles pouvaient cesser à tout moment de participer à l'étude. Le document contient aussi des informations concernant les objectifs de l'étude, les modalités de participation et de conservation des données, les coordonnées des personnes responsables de l'étude, l'accès à des professionnels en santé psychologique au besoin, de même que les informations traitant de l'approbation éthique. Enfin, ce projet a obtenu une certification éthique de la part du CER LSH.

Résultats

Cette section expose les résultats des analyses statistiques réalisées pour répondre aux hypothèses de l'étude. D'abord, les résultats des analyses préliminaires nécessaires à la réalisation des analyses principales sont détaillés. Les analyses principales visant à vérifier les trois hypothèses de la recherche sont ensuite présentées.

Analyses préliminaires

Analyses descriptives

Afin d'avoir un portrait de notre échantillon, des analyses descriptives ont été effectuées sur nos variables sociodémographiques. Celles-ci sont présentées dans le Tableau 1. Tel que mentionné dans la section méthode, l'indice de masse corporelle moyen révèle que la moyenne des participantes interrogées ont un poids normal santé, donc un IMC se situant entre 18,5 et 24,9.

Tableau 1

Analyses descriptives des variables sociodémographiques

Variables	Moyenne	Écart-type
Âge	25,82	4,78
IMC	24,61	6,29
Scolarité	16,81	3,12
Revenu	28 023,38	20 576,82

* N = 164

Variables		%
Régime		
Non	92	56,1
Oui	72	43,9
État civil		
Célibataire	54	32,9
En couple	110	67,1
Enfant		
Non	138	84,1
Oui	26	15,9
Emploi		
Non	38	23,2
Oui	126	76,8

* N=164

Le Tableau 2 présente maintenant les résultats des analyses descriptives effectuées sur les facteurs de chacun des instruments détaillés dans la section précédente. Pour le facteur quête de minceur, les participantes ont en moyenne répondu qu'elles étaient quelquefois habitées par une préoccupation d'être mince, pouvant générer de la culpabilité après avoir mangé, et motiver l'adoption de certains comportements tels que la restriction alimentaire. Une analyse plus approfondie de ces données nous permet d'observer que 31 % des participantes sont préoccupées par la minceur entre souvent et

toujours. Celles qui le sont toujours correspondent plus précisément à 1,86% de l'échantillon. Pour le facteur boulimie, la moyenne des participantes a répondu avoir rarement des comportements boulimiques tels que l'hyperphagie ou les vomissements. Toutefois, 5,5 % de l'échantillon adopterait ce type de comportements entre souvent et toujours. Enfin, au facteur d'insatisfaction corporelle, les participantes ont répondu en moyenne être souvent insatisfaites de leur corps. On voit ici que l'insatisfaction corporelle est forte au sein de notre échantillon. En effet, 41,5 % sont insatisfaites de leur corps entre souvent et toujours, et 9,2 % d'entre elles le sont toujours.

Tableau 2

Analyses descriptives des facteurs de chaque instrument

Facteurs	Moyenne	Écart-type
EDI-2		
Quête de minceur	22,23	8,00
Boulimie	14,20	6,46
Insatisfaction corporelle	33,10	11,09
QEAA		
Évitement de l'intimité	42,11	18,22
Anxiété d'abandon	63,64	21,37
DERS		
Refus des émotions	13,38	6,22
Fonctionnement difficile	17,21	5,64
Perte de contrôle	11,95	5,26
Inattention face aux émotions	12,69	4,18
Impuissance	14,59	6,29
Confusion	10,15	3,86
LEC		
Exposition à un trauma	2,02	2,09
LEQ		
Évènement de vie négatif	6,18	7,87
Évènement vie négatif X degré d'impact	11,65	7,87
ESV		
Satisfaction de vie	26,51	5,76
EQRI		
Qualité des relations	2,71	0,70
IIP-64		
Dominant	14,47	4,53
Vindictif	14,55	4,51
Froid	15,42	5,91
Évitant	17,85	6,61
Soumis	21,90	6,78
Exploitable	21,68	5,95
Maternant	22,02	6,07
Intrusif	16,88	5,40

Création de nouvelles variables

Afin d'augmenter la puissance des analyses, nous avons constitué des variables agrégées qui ont permis de résumer l'information de certaines variables qui contenaient plusieurs facteurs. D'abord, une analyse en composante principale a été effectuée sur les trois facteurs de préoccupations alimentaires, soit la quête de la minceur, la boulimie et l'insatisfaction corporelle. L'analyse en composante principale a généré un facteur global de préoccupations alimentaires, extrayant 70,7 % de la variance des données.

Tableau 3

Analyse en composante principale des facteurs de préoccupations alimentaires

Variables	Facteur 1 Préoccupations alimentaires	Communalités
Quête de la minceur	0,896	0,803
Boulimie	0,845	0,605
Insatisfaction corporelle	0,778	0,714
Somme du carré des coefficients de saturation (valeur propre)	2,122	
Proportion de variance	0,707	

$N = 164$

Une deuxième analyse en composante principale a ensuite été effectuée sur les six facteurs définissant les difficultés au niveau de la régulation émotionnelle. Une fois de plus, cette analyse nous a permis d'obtenir un seul facteur global de difficulté au niveau de la régulation émotionnelle, extrayant pour sa part 63,8 % de la variance des données.

Tableau 4

Analyse en composante principale des facteurs de dysrégulation émotionnelle

Variables	Facteur 1 Dysrégulation émotionnelle	Communalités
Refus des émotions	0,910	0,621
Fonctionnement difficile	0,872	0,587
Perte de contrôle	0,823	0,761
Inattention face aux émotions	0,788	0,357
Impuissance	0,766	0,828
Confusion	0,598	0,677
Somme du carré des coefficients de saturation (valeur propre)	3,831	
Proportion de variance	0,638	

$N = 164$

L'inventaire de problèmes interpersonnels d'Alden, Wiggins et Pincus (1990) a été développé à partir de l'approche du « circomplexe » interpersonnel, qui conceptualise et évalue les attitudes et comportements interpersonnels en les distribuant sur huit axes autour d'un cercle. L'inventaire de problèmes interpersonnels compte également huit facteurs, qui correspondent aux huit axes du « circomplexe » interpersonnel. Afin de résumer l'information contenue dans ces 8 variables en un nombre plus adapté à notre étude, nous avons choisi de projeter les scores des huit axes sur quatre axes à l'aide d'une projection géométrique, où les axes obliques ont été projetés sur les axes orthogonaux selon le théorème de Pythagore. C'est ainsi que nous avons obtenu les quatre facteurs de problèmes interpersonnels qui ont été utilisés pour les analyses

subséquentes. Ces facteurs sont dominant (formé de vindicatif, dominant et intrusif), soumis (formé de évitant, soumis et exploitable), maternant (formé de intrusif, maternant et exploitable) et froid (formé de vindicatif, froid et évitant).

Enfin, pour le LEQ, une dernière variable a été créée afin d'obtenir un score précis de l'impact subjectif associé à l'expérience d'un évènement de vie négatif. Chaque évènement négatif vécu a donc été multiplié par son degré d'impact rapporté par les participantes. Nous avons donc obtenu un terme d'interaction évènements de vie difficile X degré d'impact.

Normalité des distributions et transformations

Les indices d'asymétrie et d'aplatissement ont été calculés pour chaque facteur. Puisque certains s'éloignaient d'une distribution normale, nous avons dû procéder à quelques transformations. Des transformations logarithmiques ont été effectuées sur les variables évitement de l'intimité, dysrégulation émotionnelle, exposition à un trauma, ainsi que sur le terme d'interaction évènements de vie difficile X degré d'impact. Les variables satisfaction de vie et qualité des relations ont également subi une transformation. Nous avons d'abord inversé le sens de leur échelle respective et ensuite appliqué une transformation logarithmique. Conséquemment, ces variables seront dorénavant nommées insatisfaction de vie et insatisfaction relationnelle. Enfin, le calcul de l'inverse a été appliqué aux variables IMC, dominant et froid. Le sens de ces variables a donc été inversé. Après vérification, les nouvelles variables transformées se

distribuaient normalement. Elles pouvaient donc être utilisées dans les analyses subséquentes.

Corrélations entre les variables à l'étude

Le Tableau 5 présente la matrice de corrélations de Pearson effectuées entre les variables à l'étude. Les variables transformées ont été utilisées au lieu des originales lorsque cela s'appliquait.

Tableau 5

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

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Préoccupations alimentaires		0,402**	0,295**	0,412**	0,220**	0,307**
2. Anxiété d'abandon			0,456**	0,600**	0,269**	0,317**
3. Évitement de l'intimité				0,500**	0,282**	0,234**
4. Dysrégulation émotionnelle					0,176*	0,245**
5. Évènements de vie négatifs						0,761**
6. Évènement vie négatif X degré d'impact						
7. Insatisfaction de vie						
8. Exposition directe à un traumatisme						
9. Insatisfaction relationnelle						
10. Profil interpersonnel non dominant						
11. Profil interpersonnel soumis						
12. Profil interpersonnel maternant						
13. Profil interpersonnel non froid						

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

Tableau 5

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

Variables	7	8	9	10	11	12	13
1. Préoccupations alimentaires	0,378**	0,003	0,273**	-0,293**	0,166*	0,192*	-0,257**
2. Anxiété d'abandon	0,390**	0,002	0,339**	-0,317**	0,355**	0,358**	-0,381**
3. Évitement de l'intimité	0,484**	0,056	0,415**	-0,254**	0,287**	0,185*	-0,545**
4. Régulation émotionnelle	0,531**	-0,039	0,448**	-0,498**	0,460**	0,402**	-0,632**
5. Évènements de vie négatifs	0,223**	0,122	0,232**	-0,150	0,077	0,195*	-0,195*
6. Évènement vie négatif X degré impact	0,282**	0,188*	0,218**	-0,178*	0,079	0,152	-0,226**
7. Insatisfaction de vie		0,068	0,525**	-0,317**	0,296**	0,242**	-0,518**
8. Exposition directe à un traumatisme			0,054	-0,124	-0,098	0,155	-0,037
9. Insatisfaction relationnelle				-0,331**	0,307**	0,146	-0,492**
10. Profil interpersonnel non dominant					-0,184*	-0,340**	0,496**
11. Profil interpersonnel soumis						0,567**	-0,541**
12. Profil interpersonnel maternant							-0,295**
13. Profil interpersonnel non froid							

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

La majorité des variables à l'étude présentent des corrélations significatives dans le sens attendu. Tout d'abord, la variable dépendante préoccupations alimentaires est corrélée positivement et modérément avec les deux dimensions de l'attachement, soit l'anxiété d'abandon et le logarithme de l'évitement de l'intimité. Il semble que plus les participantes à l'étude sont insécures sur le plan de l'attachement, plus elles éprouvent de préoccupations alimentaires. Les préoccupations alimentaires sont également corrélées positivement et modérément avec le logarithme de la dysrégulation émotionnelle. Les participantes qui auraient du mal à identifier et/ou tolérer les émotions, à fonctionner ou contenir leurs agirs lorsqu'une tension émotionnelle se présente, ou encore à ne pas se laisser submerger par l'impuissance devant les émotions, seraient davantage aux prises avec des préoccupations alimentaires. Pour ce qui est des évènements de vie, le logarithme de l'exposition directe à un traumatisme n'est pas corrélée avec les préoccupations alimentaires, ni avec aucune autre des variables à l'étude. Cela signifie qu'au sein de notre échantillon, aucun lien significatif n'a été observé entre l'expérience d'un traumatisme au cours de sa vie et nos variables. Toutefois, la variable préoccupations alimentaires est corrélée positivement et modérément avec le logarithme du terme d'interaction évènement de vie X degré d'impact au cours de la dernière année. Nous pouvons en comprendre que le fait d'avoir vécu plusieurs évènements de vie ayant eu des impacts négatifs est davantage lié aux préoccupations alimentaires que le fait d'avoir vécu un évènement à potentiel traumatique au cours de sa vie. Les notions d'accumulation, de répétition et de chronicité entrent ici en ligne de compte. Ensuite, nous observons une corrélation

modérée et positive entre les préoccupations alimentaires et l'insatisfaction de vie. Cela signifie qu'au sein de notre échantillon, il y a un lien significatif entre l'intensité des préoccupations alimentaires et une insatisfaction face à sa vie. La corrélation positive mais faible entre les préoccupations alimentaires et l'insatisfaction relationnelle nous indique que plus les préoccupations alimentaires sont importantes chez nos participantes, plus elles évaluent négativement la qualité de leur relation interpersonnelle en général. Enfin, les préoccupations alimentaires sont corrélées faiblement avec les différents profils interpersonnels. Les corrélations sont négatives pour les profils interpersonnels non dominant et non froid, alors que pour les profils interpersonnels soumis et maternant, elles sont positives. Nous pouvons donc interpréter que pour chaque profil, plus les préoccupations alimentaires sont intenses, plus les attitudes de dominance, de soumission, de maternage ou de froideur seront présentes chez les participantes. Les profils interpersonnels se distribuent sur deux axes. Nous retrouvons l'axe dominant avec son contraire soumis, et l'axe maternant avec son contraire froid. Cette analyse préliminaire ne permet pas de dégager une composante en particulier associée aux préoccupations alimentaires chez nos participantes. Au contraire, elles seraient toutes corrélées avec notre variable dépendante. Nous pouvons donc en comprendre que plus les préoccupations alimentaires seront intenses, plus la façon d'entrer en relation de la personne sera marquée par une forme de contrôle, qui pourra s'exprimer par de la domination ou du maternage par exemple. La forme privilégiée dépendra de la structure de personnalité de la personne, de ses relations d'objets, de ses enjeux.

En somme, bien que plusieurs de nos variables soient significativement corrélées ensemble, les relations entre nos variables indépendantes ne sont pas trop fortes pour créer d'éventuels problèmes de multicollinéarité pour les analyses de régression. Nous pouvons toutefois observer une corrélation plus élevée entre nos variables indépendantes dysrégulation émotionnelle et nos deux dimensions de l'attachement, anxiété d'abandon et évitement de l'intimité, qui sont respectivement de ($r = 0,60$) et de ($r = 0,50$). Il serait possible de croire que l'instrument qui évalue les dimensions de l'attachement mesure en partie la façon de se réguler émotionnellement à l'intérieur des relations, ce qui se rapprocherait de ce qu'évalue l'instrument de régulation émotionnelle.

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

Afin d'examiner la pertinence d'utiliser certaines variables sociodémographiques dans les analyses principales, des analyses de corrélation de Pearson ont été effectuées entre les variables inverse de l'indice de masse corporel et régime, ainsi que nos variables de fonctionnement psychologique. Celles-ci sont présentées dans le Tableau 6.

Tableau 6

Matrice de corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques et les variables de fonctionnement interne

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Préoccupations alimentaires		-0,343**	0,414**	0,402**	0,295**	0,412**
2. Inverse de l'indice de masse corporelle (IMC)			-0,236**	-0,077	0,027	-0,024
3. Régime				0,175*	0,108	0,187*
4. Anxiété d'abandon					0,456**	0,600**
5. Évitement de l'intimité						0,500**
6. Régulation émotionnelle						

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

L'inverse de la variable indice de masse corporelle (IMC) est corrélé modérément et négativement avec les préoccupations alimentaires. Cela suggère que les participantes qui ont un IMC plus fort sont aux prises avec des préoccupations alimentaires plus intenses. La variable régime quant à elle est corrélée modérément et positivement avec les préoccupations alimentaires. Cela signifie que les répondantes qui ont déjà suivi un régime alimentaire éprouvent des préoccupations alimentaires plus importantes. Malgré qu'elles soient faibles, il nous apparaît pertinent de rapporter les corrélations positives entre les variables régime et anxiété d'abandon, et entre les variables régime et dysrégulation émotionnelle. Celles-ci suggèrent que les participantes qui auraient suivi

un régime éprouveraient davantage d'anxiété d'abandon et/ou de difficultés à réguler leurs émotions.

Analyses principales

Analyses de régression

Les postulats de base des analyses de régression qui font suite ont d'abord été vérifiés et sont dans tous les cas respectés. D'abord, l'équation de Tabachnick et Fidell (1989) a été appliqué afin de s'assurer que l'échantillon était de taille suffisante pour le nombre de prédicteurs dans l'analyse. L'échantillon de 164 femmes est amplement suffisant pour les quatre prédicteurs de l'analyse (anxiété d'abandon, évitement de l'intimité, dysrégulation émotionnelle et impact des évènements de vie négatif). En ce qui concerne le postulat de la multicolinéarité, le Tableau 6 montre que tous les coefficients de corrélation entre les prédicteurs sont inférieurs au seuil critique de 0,70. De plus, au sein de chacune des régressions, les indices de tolérance ont tous été supérieurs à 0,2. La normalité des variables continues a ensuite a été vérifiée à l'aide des indices d'asymétrie et d'aplatissement. Les variables continues de l'étude, dont certaines, tel que mentionné, ont été transformées, démontraient toutes une distribution normale. Le postulat d'homocédasticité et linéarité a également été rencontré. En effet, une répartition uniforme des résidus standardisés autour des Z prédits a été observée dans les graphiques de dispersion. Enfin, l'observation du tableau des statistiques des résidus standardisés a permis de confirmer l'absence de valeurs extrêmes multivariées dans la solution finale. Initialement, l'échantillon comprenait des données manquantes, et ces

dernières ont été préalablement éliminées avant de calculer la régression linéaire multiple.

Vérification de l'hypothèse 1

La première hypothèse suggère que l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la dysrégulation émotionnelle, ainsi que le degré d'impact d'évènements de vie négatifs sont liés positivement à l'intensité des préoccupations alimentaires. Cette première hypothèse a été vérifiée à l'aide d'une analyse de régression multiple. Les résultats de cette analyse (voir Tableau 7) démontrent que le fait de présenter certaines caractéristiques intrapersonnelles et d'avoir vécu difficilement des évènements de vie négatifs explique de façon plutôt importante l'intensité des préoccupations alimentaires ($R^2 = 0,23$). En effet, près du quart des préoccupations alimentaires serait prédit par la combinaison de ces variables. Il s'agit d'un modèle additif et non interactionnel puisque aucun effet d'interaction n'est significatif. Le rôle joué par les différents prédicteurs n'est cependant pas homogène. En effet, les variables dysrégulation émotionnelle ($\beta = 0,208$) et degré d'impact des évènements de vie négatif ($\beta = 0,187$) contribuent significativement au modèle. Pour sa part, la variable anxiété d'abandon ($\beta = 0,176$) n'est pas tout à fait significative mais elle présente une tendance statistique qui mérite d'être considérée. Finalement, la variable évitement de l'intimité ($\beta = 0,065$) ne contribue pas significativement au modèle. Selon la valeur du score $F(4,159)$, nous pouvons confirmer que ce modèle contribue à mieux prédire les préoccupations alimentaires que la simple moyenne, avec $p < 0,001$.

Tableau 7

Analyse de régression multiple des variables de fonctionnement intrapersonnel (dimensions de l'attachement et régulation émotionnelle) et de la variable événementielle degré d'impact d'évènements de vie négatif sur les préoccupations alimentaires

Variable	<i>B</i>	<i>ÉS B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>sr²</i>
Anxiété d'abandon	0,008	0,004	0,176	1,913	0,058	0,0177
Évitement de l'intimité	0,359	0,450	0,065	0,797	0,427	0,0030
Dysrégulation émotionnelle	1,582	0,697	0,208	2,270	0,025	0,0250
Degré d'impact des évènements de vie négatifs	0,459	0,181	0,187	2,528	0,012	0,0309
CONSTANTE	-2,733					

Note. $R^2 = 0,230$, $F(4,159) = 11,89$, $p < 0,001$.

Afin d'approfondir la compréhension de ces résultats, une seconde analyse de régression multiple mais cette fois-ci hiérarchique a été effectuée. Toujours en partant de la même hypothèse selon laquelle l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la dysrégulation émotionnelle, ainsi que le degré d'impact d'évènements de vie négatifs sont liés positivement à l'intensité des préoccupations alimentaires, nous avons trouvé pertinent d'ajouter l'inverse de l'IMC afin d'extraire de l'équation la portion qui lui est attribuable dans la prédiction des préoccupations alimentaires. Tel que mentionné précédemment, tous les postulats ont été respectés pour cette analyse. Dans le premier

bloc, l'inverse de l'IMC des participantes a été entré comme variable contrôle. Ce premier modèle de régression est significatif ($F(1,161) = 21,78, p < 0,001$) et il explique 11,9 % de la variance des préoccupations alimentaires. L'inverse de l'indice de masse corporelle ($\beta = -0,345$) prédirait à lui seul un peu plus du dixième de la variance des préoccupations alimentaires, et sa contribution est significative avec $p < 0,001$. Cela nous informe que plus le poids de la personne est élevé, plus elle est aux prises avec des préoccupations alimentaires. Dans le second bloc, l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la régulation émotionnelle ainsi que le terme d'interaction événements de vie difficile X degré d'impact ont été ajoutés simultanément. L'apport des variables du second bloc au-delà de celle du premier (inverse de l'IMC) est significatif ($F(4,157) = 12,09, p < 0,001$) et il explique 20,7 % de la variance des préoccupations alimentaires. Le modèle complet, qui inclut les 5 variables indépendantes, explique donc 32,7 % de la variance des préoccupations alimentaires, $F(5,157) = 10,59, p < 0,001$. Nous observons donc une augmentation significative de la variance avec l'inclusion des autres variables. Dans le modèle complet (voir Tableau 8), l'inverse de l'IMC continue de jouer le rôle le plus important ($\beta = 0,313, p < 0,001$), apportant une contribution unique de 9,5 % à l'explication des préoccupations alimentaires. Une fois de plus, l'évitement de l'intimité ne prédit pas de façon significative les préoccupations alimentaires ($\beta = 0,108, p = 0,168$). Comme dans l'analyse précédente, l'anxiété d'abandon présente une tendance statistique ($\beta = 0,151, p = 0,085$). Ensuite, les données démontrent que la dysrégulation émotionnelle explique positivement et significativement les préoccupations alimentaires ($\beta = 0,207, p = 0,018$), soit 2,5 % de leur variance de façon

unique. Enfin, le terme d'interaction événements de vie difficile X degré d'impact prédit également de façon significative et positive les préoccupations alimentaires ($\beta = 0,140$, $p = 0,048$), et cette variable explique 1,7 % de la variance unique des préoccupations alimentaires. En somme, en incluant l'indice de masse corporelle dans une analyse de régression multiple et en y insérant ensuite nos variables prédictives, nous observons que ces dernières prédisent les préoccupations alimentaires sensiblement de la même manière que dans l'analyse précédente, les pourcentages de variances expliquées étant respectivement de 23 % et de 20,7 %.

Tableau 8

Analyse de régression multiple hiérarchique des variables de fonctionnement intrapersonnel (dimensions de l'attachement et régulation émotionnelle) et de la variable événementielle degré d'impact d'évènements de vie négatif sur les préoccupations alimentaires, avec l'inverse de l'IMC comme variable contrôle

Variable	<i>B</i>	<i>ÉS B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>sr</i> ²
Inverse de l'IMC	-39,051	8,283	-0,313	-4,715	0,000	0,095
Anxiété d'abandon	0,007	0,004	0,151	1,733	0,085	0,013
Évitement de l'intimité	0,594	0,429	0,108	1,386	0,168	0,008
Dysrégulation émotionnelle	1,571	0,655	0,207	2,398	0,018	0,025
Degré d'impact des évènements de vie négatifs	0,343	0,172	0,140	1,994	0,048	0,017
CONSTANTE	-1,392					

Note. $R^2 = 0,327$, $F(5,157) = 10,59$, $p < 0,001$.

La première hypothèse de recherche est ainsi en majeure partie corroborée puisque la dysrégulation émotionnelle, le degré d'impact d'évènements de vie négatifs et, jusqu'à un certain point, la dimension de l'attachement anxiété d'abandon, prédisent l'intensité des préoccupations alimentaires. La seconde dimension de l'attachement évitement de l'intimité ne prédit pas significativement les préoccupations alimentaires. Cela nous permet de conclure qu'il y a une forme d'insécurité d'attachement particulière qui est

reliée aux préoccupations alimentaires des membres de notre échantillon. De plus, notre seconde analyse de régression multiple hiérarchique confirme que les préoccupations alimentaires ne sont pas seulement expliquées par la dimension corporelle, le poids. Les variables psychologiques jouent en effet un rôle encore plus important, contribution qui demeure par ailleurs pratiquement indépendante du poids.

Vérification de l'hypothèse 2

La seconde hypothèse de recherche a été vérifiée à l'aide d'une analyse de corrélation canonique entre un ensemble de variables de satisfaction et de préoccupations et un ensemble de variables de fonctionnement interne, d'évènements de vie et d'indice corporel. Plus précisément, le premier ensemble de variables inclut l'évaluation subjective de sa qualité de vie et de ses relations en général et les préoccupations alimentaires, alors que le second ensemble inclut l'inverse de l'indice de masse corporelle, l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la dysrégulation émotionnelle et l'interaction évènements de vie difficile X degré d'impact. Notre seconde hypothèse de recherche suggère que nos deux ensembles de variables sont significativement reliés. Plus précisément, nous nous attendons à ce que des scores plus élevés aux deux dimensions de l'attachement, à l'échelle de difficultés au niveau de la régulation émotionnelle ainsi que moins élevés à l'inverse de l'indice de masse corporelle prédisent une évaluation plus négative de sa satisfaction de vie et de ses relations en général, et une plus forte présence de préoccupations alimentaires.

Un postulat important de cette analyse est la présence de relations bivariées significatives entre les variables indépendantes et dépendantes. L'analyse de corrélation faite aux fins de la vérification de ce postulat (voir le Tableau 9) a indiqué que chacune des variables d'un ensemble est corrélée avec au moins une variable de l'autre ensemble. Nous pouvons donc conserver chacune de nos huit variables dans l'analyse de corrélation canonique. Afin d'améliorer la linéarité des relations entre les variables ainsi que la normalité de leur distribution, des transformations avaient été préalablement effectuées sur la grande majorité de ces variables à l'exception de l'anxiété d'abandon et des préoccupations alimentaires. Voir la section sur les transformations pour les détails.

L'intérêt de l'analyse de corrélation canonique est de permettre l'exploration d'interrelations entre deux ensembles de variables qui sont corrélées entre elles, puis d'extraire une variable canonique pour chacun de ces ensembles. Ces variables canoniques sont créées afin de maximiser la corrélation qui existe entre les deux éléments de la paire. L'analyse produit autant de corrélations canoniques que le plus petit nombre de variables dans un des deux ensembles; dans le cas présent, trois corrélations ont donc été calculées. Chaque corrélation produite est indépendante des autres et explique un pourcentage de variance unique.

Tableau 9

Matrice de corrélations de Pearson entre les deux ensembles de variables

Variabes	Indice de masse corporelle	Anxiété d'abandon	Évitement de l'intimité	Régulation émotionnelle	Impact des évènements de vie négatifs
Insatisfaction de vie	-0,144	0,390**	0,478**	0,531**	0,283**
Insatisfaction relationnelle	-0,032	0,347**	0,416**	0,452**	0,224**
Préoccupations alimentaires	-0,342**	0,388**	0,295**	0,389**	0,300**

** $p < 0,01$.

Le Tableau 10 présente, pour la première corrélation canonique, les coefficients standardisés des variables canoniques et la proportion de variance expliquée pour chaque ensemble de variables, soit par les variables le composant (proportion de variance intra), soit par les variables de l'autre ensemble (coefficient de redondance). Les résultats de cette analyse ont révélé que la première corrélation canonique atteint 0,71 (50,4 % de variance expliquée). Avec l'inclusion de chacune des trois équations canoniques, nous obtenons l'indice chi-carré suivant: $\chi^2(15) = 124,50$, $p < 0,0001$, et en retirant cette première équation, les subséquentes se révèlent non significatives: $\chi^2(8) = 15,25$, $p < 0,055$. Celles-ci ne seront donc pas rapportées, ni interprétées. La première corrélation canonique (0,71) démontre un lien fort entre nos deux ensembles de variables.

Tableau 10

Première corrélation canonique entre l'ensemble de VD et l'ensemble de VI

	Première équation canonique	
	Corrélation	Coefficient
Ensemble VD		
Insatisfaction de vie	-0,85	-0,53
Insatisfaction relationnelle	-0,69	-0,29
Préoccupations alimentaires	-0,75	-0,47
Proportion de variance intra	0,59	
Coefficient de redondance	0,30	
Ensemble VI		
Inverse de l'indice de masse corporelle	0,35	0,32
Anxiété d'abandon	-0,69	-0,11
Évitement de l'intimité	-0,72	-0,37
Dysrégulation émotionnelle	-0,84	-0,53
Impact des évènements de vie difficiles	-0,50	-0,21
Proportion de variance intra	0,41	
Coefficient de redondance	0,21	
Corrélation canonique	0,71	

Une proportion importante de la variance de chacune des trois variables de l'ensemble des VD a été prise en compte dans le calcul de la variable canonique. Le tableau 10 démontre que leur corrélation respective avec la première variable canonique se situe bien au-dessus de 0,3. L'observation de la proportion de variance intra nous indique que 59 % de l'information provenant de ces trois variables est reprise par l'équation de la corrélation canonique. De plus, le coefficient de redondance nous

informe que ce 59 % explique 30 % de l'information de l'autre ensemble de variables (VI). D'ailleurs, les quatre variables de cet ensemble ont également été utilisées dans le calcul de la seconde variable canonique, avec une proportion moindre que pour l'ensemble précédent, mais tout de même importante. L'observation de la proportion de variance intra nous indique que 41 % de l'information provenant de ces quatre variables est reprise par l'équation de la corrélation canonique, et que cette valeur explique 21 % de l'information de l'ensemble des VD. Le fort lien entre les deux ensembles de variables s'explique ainsi : moins l'indice de masse corporel est élevé, moins la personne éprouve d'anxiété d'abandon, moins elle tend à éviter l'intimité, moins elle éprouve de difficulté à réguler ses émotions, et moins elle a vécu d'évènements de vie difficiles avec de lourds impacts, moins elle est insatisfaite de sa vie et de ses relations en général, et moins elle éprouve de préoccupations alimentaires. Dit autrement, plus élevé est l'indice de masse corporel, plus la personne est habitée par de l'anxiété d'abandon, plus elle tend à éviter l'intimité, plus elle a de difficulté à réguler ses émotions et plus elle a vécu d'évènements difficiles, plus elle est insatisfaite de sa vie et de ses relations en général, et se trouve aux prises avec des préoccupations alimentaires. Notre deuxième hypothèse de recherche est donc confirmée.

Vérification de l'hypothèse 3

Notre dernière hypothèse est exploratoire. Nous nous questionnons à savoir si les symptômes alimentaires sont associés à un profil particulier de difficultés interpersonnelles. Nous souhaitons plus précisément dégager un patron de difficultés

interpersonnelles associé aux préoccupations alimentaires dans notre échantillon. La troisième hypothèse a été vérifiée à l'aide d'une analyse de régression multiple. Les prédicteurs sont les profils interpersonnels non dominant, soumis, maternant et non froid, et la variable dépendante reste toujours la même, soit les préoccupations alimentaires. Les postulats des valeurs extrêmes et d'homocédasticité sont respectés, les valeurs extrêmes ont été vérifiées à l'aide de la distance de Cook et se situent entre 0 et 0,067 (indices inférieurs à 1,00). Pour l'homocédasticité, les résidus standardisés présentent une répartition uniforme autour des valeurs prédites dans le diagramme.

Tableau 11

Analyse de régression multiple des variables de fonctionnement interpersonnel sur les préoccupations alimentaires

Variable	<i>B</i>	<i>ÉS B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>sr</i> ²
Non dominant	-16,475	0,648	-0,206	-2,196	0,030	0,0278
Soumis	0,005	7,502	0,036	0,329	0,742	0,0006
Maternant	0,011	0,015	0,072	0,731	0,466	0,0031
Non froid	-6,551	6,849	-0,100	-0,957	0,340	0,0053
CONSTANTE	0,789					

Note. $R^2 = 0,103$, $F(4,155) = 4,45$, $p < 0,002$.

Le modèle de régression est significatif et il explique 10,3 % de la variance des préoccupations alimentaires. Les profils interpersonnels soumis, maternant et non froid ne prédisent pas significativement les préoccupations alimentaires (voir Tableau 11). Par ailleurs, le profil interpersonnel non dominant est significatif ($\beta = -0,206$, $p = 0,030$) et il explique 2,8 % de la variance unique des préoccupations alimentaires. Rappelons que la valeur de β est négative et concerne l'inverse de l'échelle de dominance. C'est donc dire que plus la personne montre un profil dominant, plus elle rapporte éprouver des préoccupations alimentaires. Il est intéressant de constater que ce modèle de régression est significatif bien que le profil dominant soit le seul à avoir un impact unique significatif sur notre variable dépendante. En consultant les corrélations semi-partielles au carré, nous constatons que la variance partagée par les quatre profils inclus dans le modèle a une valeur de 6,6 %, ce qui est plutôt important. Cela contribue au fait que le

modèle global est significatif. Nous pouvons donc interpréter qu'au sein de notre échantillon, plus la personne a des attitudes et des comportements de contrôle et de manipulation dans ses relations, plus elle est aux prises avec des préoccupations alimentaires. Les autres profils ont une contribution moins spécifique sur les préoccupations alimentaires.

Cette troisième hypothèse de recherche exploratoire a permis de cibler lequel des profils interpersonnels prédisait les préoccupations alimentaires. Il s'agit en effet du profil dominant, qui se traduit par des attitudes et comportements contrôlants et de la manipulation. Plus la personne présente ce mode relationnel, plus elle est aux prises avec des préoccupations alimentaires.

Discussion

Cette section propose des pistes d'explication aux résultats présentés dans la section précédente, et fait le lien avec les résultats des études qui ont été menées sur le même sujet. Les implications cliniques et scientifiques de l'étude sont ensuite présentées. Cette discussion se termine enfin avec l'élaboration des forces et des limites de l'étude, ainsi que des pistes de recherches futures.

Retour sur les objectifs et hypothèses de recherche

L'objectif de cette étude était d'approfondir les connaissances sur les caractéristiques psychologiques associées aux préoccupations alimentaires et corporelles dans une population normale. Nous souhaitons plus précisément étudier les liens existant entre les préoccupations alimentaires et corporelles, le style d'attachement adulte, la dysrégulation émotionnelle, les événements de vie, l'insatisfaction de vie, ainsi que l'insatisfaction relationnelle. Cette étude avait également pour but de comparer les caractéristiques psychologiques associées aux préoccupations alimentaires dans une population normale et celles déjà reconnues comme étant associées aux TCA dans une population clinique. Cette comparaison devait nous permettre de vérifier si ces deux populations partagent les mêmes caractéristiques psychologiques, et donc de déterminer les facteurs qui peuvent influencer l'intensité des symptômes ainsi que l'évolution ou non vers un TCA.

Première hypothèse

La première hypothèse suggérait que l'anxiété d'abandon, l'évitement de l'intimité, la dysrégulation émotionnelle, ainsi que le degré d'impact d'évènements de vie négatifs sont liés positivement à l'intensité des préoccupations alimentaires. Les résultats de l'étude ont permis de corroborer partiellement cette hypothèse. Contrairement à ce que nous prédisions, l'évitement de l'intimité ne prédit pas les préoccupations alimentaires dans notre modèle. Toutefois, des résultats intéressants ont été obtenus avec les autres variables de cette hypothèse. En effet, le fait de présenter certaines caractéristiques psychologiques indiquant une difficulté à mentaliser et à réguler ses émotions, l'expérience d'évènements difficiles au cours de sa vie et, dans une moindre mesure, une peur d'être rejeté et/ou abandonné dans ses relations est associé, tel qu'attendu, à l'intensité des préoccupations alimentaires. L'introduction d'une variable contrôle, l'indice de masse corporelle, a permis de confirmer que l'effet de ces variables psychologiques sur les préoccupations alimentaires est indépendant des caractéristiques physiques. En effet, bien que les personnes dont le poids est plus élevé rapportent éprouver de plus grandes préoccupations alimentaires, le pourcentage de variance des préoccupations expliqué par les variables psychologiques est sensiblement le même (23 % vs 21 %) que l'indice de masse corporelle fasse ou non partie des prédicteurs.

Il n'est pas surprenant que nos résultats aient démontré qu'une difficulté à mentaliser et à réguler ses émotions, que l'expérience d'évènements difficiles au cours de sa vie et, dans une moindre mesure, qu'une peur d'être rejeté et/ou abandonné dans ses relations

expliquent, ensemble, l'intensité des préoccupations alimentaires, puisqu'il s'agit de variables qui s'influencent mutuellement. Effectivement, l'apprentissage de la régulation émotionnelle a lieu dans le cadre de la relation d'attachement, et la façon d'éprouver l'adversité dépendra de la qualité de l'attachement et de la régulation émotionnelle (Bowlby, 1969; Mikulincer & Shaver, 2007; Schore, 2003; Stern, 1977).

Nos résultats peuvent d'une part être expliqués par le fait que l'humain est un être de relation, et que la qualité de son fonctionnement repose en grande partie sur la qualité de la relation à soi et à l'autre qui prend forme dans les premières relations d'attachement. Lorsque ces relations primaires induisent de l'instabilité au niveau de l'amour et la disponibilité, cela génère de l'anxiété et des sentiments dépressifs chez l'enfant. En effet, celui-ci n'arrive pas à connaître un état de sécurité et de stabilité intérieur puisque les angoisses, autour du thème de l'abandon notamment, resurgissent à répétition. Dans ce contexte, certaines personnes développeront des préoccupations alimentaires et corporelles. Certes, les symptômes alimentaires pourraient initialement être motivés par un désir d'avoir une meilleure apparence et de plaire. Toutefois, tel qu'explicité ci-dessous, chez les personnes aux prises avec une anxiété d'abandon, les symptômes alimentaires auront davantage pour but d'apaiser une souffrance psychique, et plus cette souffrance psychique sera grande, plus les symptômes alimentaires seront importants. En plus de concorder avec les études précédentes sur le sujet qui démontrent un lien important entre l'insécurité d'attachement et les symptômes alimentaires (Barone & Guiducci, 2009; Broberg et al., 2001; Demindenko et al., 2010; Evans & Wertheim,

1998; Heesacker & Neimeyer, 1990; O’Kearney, 1996; Orzolek-Kronner, 2002; Pearlman, 2005; Steiger & Houle, 1991; Troisi et al., 2005; Ward et al., 2000b; Ward et al., 2000; Zachrisson & Skarderud, 2010), cette étude va plus loin et souligne le fait que les mécanismes psychologiques impliqués dans les TCA et ses présentations sous-cliniques, auxquelles nous référons dans la présente étude en tant que préoccupations alimentaires, semblent étroitement apparentés, voire de même nature.

Certains auteurs ont démontré que de l’insécurité d’attachement découle un concept de soi négatif ainsi qu’une difficulté à se différencier de l’autre, ce qui altère le développement identitaire (Demindenko et al., 2010). Il en résulte donc une relation à soi négative générant un certain mal-être, notamment ressenti dans les moments de séparation et d’individuation (Tasca et al., 2009). Par ailleurs, le contact à l’autre est également source d’inconfort puisqu’il réveille les sentiments d’insuffisance qui pourraient conduire à l’expérience du rejet et de l’abandon. Les symptômes alimentaires permettent d’apaiser la douleur et l’inconfort éprouvés par rapport aux représentations de soi et de l’autre (Brouwer, 2009; Steiger & Houle, 1991). Ces symptômes permettent également de couper le contact avec les sentiments d’abandon, d’insuffisance et de vulnérabilité qui seraient trop difficiles à gérer de l’intérieur, en les « externalisant » sur le corps (Heesacker & Neimeyer, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007).

Nous nous attendions initialement à ce que les deux dimensions de l’attachement soient significatives dans notre modèle et expliquent chacune une part importante de

l'intensité des préoccupations alimentaires. Toutefois, l'évitement de l'intimité s'est révélé non significatif. Une première explication à ces résultats est qu'il a pu y avoir un biais d'échantillonnage. En effet, les femmes dont les préoccupations alimentaires auraient pu être principalement en lien avec l'évitement de l'intimité ont peut-être choisi d'éviter de participer à l'étude. Pour elles, parler de préoccupations alimentaires pourrait revenir au même que de parler d'intimité, ce qu'elles tentent d'éviter d'ordinaire. Les questionnaires auto-révélés sont introspectifs, ils invitent la personne à réfléchir à des aspects de sa vie, à ses attitudes, comportements, émotions, difficultés, ce que les personnes évitantes s'efforcent de maintenir à distance. Ce type d'attachement s'accompagne effectivement d'un déni de ses sentiments de vulnérabilités et de ses difficultés, et privilégie l'inhibition des émotions comme moyen de se réguler (Harrison et al., 2009). Il se peut également qu'il y ait eu des biais dans les réponses de certaines participantes qui sont aux prises avec un attachement évitant étant donné leur faible capacité de mentalisation, leur diffusion identitaire, le fait qu'elles soient peu en contact avec leur soi réel, ainsi que leur tendance à idéaliser au lieu de s'avouer certaines réalités douloureuses (Tasca et al., 2011). Conséquemment, autant les biais d'échantillonnage que les biais de réponses ont pu amoindrir le lien entre l'intensité de l'inconfort avec l'intimité et des préoccupations alimentaires.

Il se peut par ailleurs que ces résultats soient en lien avec le fait qu'il s'agit d'un échantillon sous-clinique. Dans ce contexte, les perturbations de l'attachement et des comportements alimentaires sont moins prononcées que dans une population clinique.

Or, il est possible qu'une réduction de la variance des variables observées ait pu nuire à l'établissement de relations significatives, influençant les tailles d'effet à la baisse et requérant, par le fait même, une puissance accrue pour qu'elles deviennent significatives. Rappelons à cet effet que la corrélation bivariée entre les préoccupations alimentaires et l'évitement de l'intimité ($r = 0,30$), bien que significative, est plus faible que celles que les préoccupations alimentaires entretiennent avec l'anxiété d'abandon ($r = 0,40$). De plus, les corrélations substantielles entre l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon ($r = 0,45$) et la dysrégulation émotionnelle ($r = 0,50$) réduisent d'autant plus ses chances de jouer un rôle significatif dans l'équation de régression.

Il est enfin possible que l'absence de lien entre les préoccupations alimentaires et l'évitement de l'intimité soit véritablement caractéristique de la population à l'étude. Les résultats de Troisi et al. (2005) donnent un certain crédit à ce point de vue. Dans leur étude, ils ont comparé des groupes de femmes souffrant d'anorexie, de boulimie, et de TCA non spécifié à un groupe contrôle exempt de symptômes alimentaires. Leur but était d'établir des liens entre les dimensions de l'insécurité d'attachement et l'intensité des symptômes alimentaires pour chaque groupe. Leurs résultats démontrent une différence considérable au niveau de l'attachement entre le groupe contrôle et les groupes cliniques. L'insécurité d'attachement est nettement plus significative à l'intérieur des groupes cliniques. À l'instar de nos résultats, le lien entre l'anxiété d'abandon (angoisse de perte, besoin d'approbation) et les symptômes alimentaires s'est révélé plus important que le lien entre l'évitement de l'intimité (inconfort avec

l'intimité, importance moindre accordée aux relations) et les symptômes alimentaires. Les auteurs ne proposent toutefois pas d'hypothèse pour expliquer ce résultat. Troisi et al. (2005) soulignent davantage le besoin d'approbation éprouvé chez les femmes aux prises avec des symptômes alimentaires, qu'ils expliquent par une diffusion identitaire et une indifférenciation entre soi et l'autre. Les auteurs suggèrent également que l'insécurité d'attachement prédispose un individu à développer des préoccupations alimentaires et souffrir d'un TCA, et que d'autres facteurs tels que le tempérament et la personnalité viennent influencer la couleur que prendront les symptômes (Troisi et al., 2005).

Bref, il demeure difficile pour l'instant d'établir un portrait clair de la contribution réelle de l'évitement de l'intimité à l'égard des préoccupations alimentaires. Des études ultérieures avec une puissance accrue seront nécessaires pour ce faire, et devront miser sur un assemblage de regroupements relativement homogènes de problématiques (sous-clinique avec caractéristiques anorexiques, avec caractéristiques boulimiques, troubles anorexique et boulimique manifestes, etc).

Nous avons mentionné un peu plus haut que l'apprentissage de la régulation émotionnelle avait lieu dans le cadre de la relation d'attachement. Rappelons que les figures d'attachement permettent la régulation affective en contenant, reflétant, et encourageant l'élaboration des affects, ainsi que par modeling. Lorsque le parent ne remplit pas suffisamment bien ces fonctions, l'affect est éprouvé par l'enfant comme une

tension désagréable sur laquelle il a du mal à mettre des mots. Il est donc difficile pour lui de mentaliser ce qui l'habite et de s'apaiser (Roussillon, 2013). La capacité de mentalisation est fortement corrélée avec la qualité de l'attachement. Plus l'attachement est sécure, plus la personne est à même de se représenter ses états mentaux de même que ceux de l'autre, et de maintenir cette habileté indépendamment du niveau de difficulté des situations de vie rencontrées (Bateman & Fonagy, 2013). Certains auteurs (Skarderud, 2007; Bleiberg, 2001) considèrent qu'une mentalisation pauvre peut mener à l'attribution erronée d'une souffrance psychologique à des causes physiques. Ce phénomène serait particulièrement présent chez ceux qui souffrent de préoccupations alimentaires, qui privilégient alors des solutions liées à la nourriture, donc physiques, pour apaiser leur inconfort. Les TCA sont compris comme des troubles au niveau de la régulation du soi, et particulièrement des émotions. Cette dysrégulation traduit une difficulté de mentalisation, soit une difficulté à élaborer sur ses états intérieurs et ceux d'autrui. Conséquemment, tout est déplacé sur le corps. Le soi est objectivé par le corps, il n'est que corps. Le corps concrétise la réalité interne dû à un échec de symbolisation. Cela réfère au concept d'équivalence psychique (Bateman & Fonagy, 2012). Les symptômes alimentaires seraient donc compris comme un moyen que la personne aurait développé pour calmer son chaos intérieur (Steiger & Houle, 1991).

Tout comme ce qui est rapporté dans la documentation, les résultats de notre étude révèlent que les symptômes alimentaires s'accompagnent de difficultés au niveau de la régulation émotionnelle. Il s'agit plus précisément de difficultés à prendre conscience, à

comprendre et accepter ses émotions, à contrôler ses impulsions, et à poursuivre ses buts et maintenir un bon fonctionnement lorsqu'une émotion négative est éprouvée. Il est intéressant de constater que certains auteurs tirent les mêmes conclusions, soit que les symptômes alimentaires s'accompagnent de difficultés au niveau de l'identification, de l'acceptation, de l'expression des émotions, ainsi que de difficultés à maintenir ses activités en cohérence avec ses buts et objectifs lorsqu'une souffrance émotionnelle est éprouvée. Ils avancent même que cela pourrait contribuer au développement et au maintien des symptômes, ce qui rejoint notre pensée (Denisoff & Endler, 2000; Meyer et al., 2010; Tasca et al., 2009). Conséquemment à cela, nous pouvons comprendre les symptômes alimentaires comme des stratégies non adaptées de régulation émotionnelle qui permettent, au prix d'un appauvrissement du contact à soi et à l'autre, d'apaiser les tensions internes et l'activité pulsionnelle générées par les difficultés relationnelles. La douleur serait déplacée sur des sources externes, soit le corps et l'alimentation qui seraient contrôlés pour retrouver un sentiment de contrôle intérieur. Cela vient rejoindre les points de vue d'autres auteurs pour qui les symptômes alimentaires prennent une fonction d'apaisement lorsque des tensions internes sont éprouvées (Clinton, 2006; Harrison et al., 2009; Heesacker & Neimeyer, 1990; Steiger & Houle, 1991).

Tel que discuté précédemment dans notre contexte théorique, Harrison et al. (2009) ont associé certains types de symptômes alimentaires à des dimensions précises de la régulation émotionnelle. En quelques mots, les symptômes alimentaires de l'ordre de la boulimie sont associés à des difficultés au niveau de la tolérance des émotions

inconfortables et envahissantes et du contrôle des impulsions, alors que les symptômes alimentaires de l'ordre de l'anorexie sont associés à des difficultés au niveau de la conscience et de l'acceptation des émotions. Puisque dans notre étude nous avons choisi d'utiliser un facteur global de dysrégulation émotionnelle afin de faciliter les analyses, nous ne pouvons confirmer ou infirmer leurs propos. Il serait toutefois pertinent de l'étudier dans une entreprise de plus grande envergure, d'autant plus que cela permettrait d'émettre des hypothèses sur le type de TCA que la personne pourrait développer si ses préoccupations alimentaires et corporelles persistaient, tout dépendamment sa façon privilégiée pour réguler ses affects. Par extension, il semblerait donc que les préoccupations alimentaires jouent un rôle similaire aux symptômes des TCA en ce qui a trait à la régulation émotionnelle.

Enfin, plusieurs études ont étudié et confirmé le lien entre l'expérience d'un événement potentiellement traumatisant au cours de sa vie et les TCA. Par exemple, il a été démontré que les personnes aux prises avec un TCA avaient souvent subi des agressions sexuelles, de la violence physique et/ou psychologique, ou encore la mort soudaine d'un être cher (Smyth et al., 2008). Les analyses préliminaires effectuées dans le cadre de la présente étude n'ont toutefois décelé aucun lien significatif entre l'expérience d'un événement à potentiel traumatique et les préoccupations alimentaires et corporelles. Nous pouvons émettre certaines hypothèses afin d'expliquer cela, notamment le fait que notre instrument mesure l'expérience de traumatismes assez graves tels qu'une catastrophe naturelle, un grave accident, une agression armée, une

agression sexuelle, un enlèvement, une maladie, une mort, etc. et qu'en raison des caractéristiques de notre échantillon et du nombre de participantes à l'étude, il n'est pas surprenant que peu de ces expériences graves soient rapportées. Si nous avons interrogé une population clinique souffrant de TCA, le lien entre l'expérience d'un événement traumatisant et les symptômes alimentaires aurait potentiellement été significatif puisque cela est associé à un plus grand risque de développer une psychopathologie (Dohrenwend, 2006).

Nous avons toutefois obtenu des résultats intéressants au sujet des événements difficiles de la vie courante qui ne sont pas considérés comme traumatisants, mais ayant le potentiel de générer de l'anxiété et des impacts négatifs sur l'individu. Notre questionnaire sur les événements de vie touche des sphères variées, dont la santé, le travail, l'éducation, la résidence, les relations amoureuses, la famille et les amis, l'éducation des enfants, les activités et la vie sociale, les finances, ainsi que les crimes et les affaires légales. Les résultats de notre étude ont démontré que les symptômes alimentaires étaient plus intenses chez les femmes qui avaient vécu plusieurs événements difficiles au cours de la dernière année et dont les impacts avaient été importants (interaction fréquence x degré d'impact). Les événements difficiles peuvent avoir différentes qualités, soit prévus, imprévus, courts, longs, majeurs, mineurs, etc., mais ils génèrent dans tous les cas des tensions et de l'anxiété, et nécessitent certaines compétences adaptatives. Le style d'attachement ainsi que les stratégies de régulation émotionnelle vont prédisposer les individus à répondre de différentes façons aux

événements de vie qu'ils rencontrent. Conséquemment, la personne qui ne sera pas suffisamment sécurisée sur le plan de l'attachement, et qui n'aura pas appris à réguler ses émotions pourra éprouver l'adversité plus difficilement (Bowlby, 1969; Mikulincer & Shaver, 2007; Schore, 2003; Stern, 1977), et répondre aux difficultés rencontrées par une augmentation des symptômes alimentaires. Nos résultats concordent tout à fait avec ce que nous avons observé dans la documentation, soit que les femmes souffrant d'un TCA ou de symptômes alimentaires sous-cliniques avaient davantage été exposées à des événements de vie stressants et difficiles (Blaase & Elklit, 2001), et que l'intensité de leurs symptômes était étroitement corrélée avec le nombre d'événements de vie difficiles vécus (Loth et al., 2008). La séparation des parents, les stress relationnels, les difficultés au travail, les ruptures amoureuses, les transitions de vie tels un déménagement dans une nouvelle ville ou devenir mère, etc. sont des exemples d'événements qui peuvent être vécus difficilement, particulièrement chez une personne qui a du mal à réguler ses émotions. Blaase et Elklit (2001) démontrent que les femmes aux prises avec un TCA sont davantage affectées par les difficultés et imprévus qu'elles rencontrent, éprouvant des sentiments de débordement, de perte de contrôle et d'impuissance, et qu'elles ont l'impression de souffrir plus que les autres. Elles répondraient conséquemment à ces tensions par les différents symptômes alimentaires (Denisoff & Endler, 2000; Smyth et al., 2008). Les événements difficiles seraient également responsables de la réapparition des symptômes alimentaires suite à une rémission d'un TCA (Grilo et al., 2012). Les résultats suggèrent donc que les événements de vie difficiles semblent jouer un rôle chez celles qui présentent des préoccupations alimentaires, à l'instar de ce que l'on observe

chez celles qui présentent un TCA. Il semblerait par ailleurs que les préoccupations alimentaires soient associées à des événements de moindre gravité ou de moindre degré d'impact que ceux associés aux TCA, suggérant ainsi l'idée d'un continuum où se refléteraient tant la gravité des événements que celle des préoccupations alimentaires.

Deuxième hypothèse

Les résultats de cette étude soutiennent la deuxième hypothèse qui suggère qu'une femme qui a un indice de masse corporelle plus grand, qui éprouve de l'insécurité sur le plan de l'attachement, ainsi qu'une difficulté à réguler ses émotions, donc qui est davantage bouleversée par les événements quotidiens difficiles, est plus insatisfaite de sa vie et de ses relations en général, et est habitée par de plus fortes préoccupations alimentaires. Dans notre premier ensemble de variables, un regroupement statistique a été remarqué entre l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité, la difficulté à réguler ses émotions, ainsi que l'expérience d'évènements difficiles ayant eu un impact négatif. Autrement dit, l'insécurité d'attachement s'accompagne de difficultés au niveau de la régulation émotionnelle, ce qui a un impact sur la façon de répondre aux événements de vie. Au sein de notre second ensemble, nous avons également observé un regroupement statistique entre l'insatisfaction de vie, l'insatisfaction relationnelle, ainsi que les préoccupations alimentaires. Autrement dit, l'insatisfaction de vie s'accompagne d'insatisfaction sur le plan interpersonnel, ce qui est lié aux préoccupations alimentaires. Nos résultats ont permis de démontrer qu'il existe un lien considérable entre nos deux ensembles de variables. Plus précisément, ils confirment qu'il existe un fort lien entre le

fonctionnement psychologique interne de la personne, c'est-à-dire sa façon d'éprouver les relations, de réguler ses émotions et de répondre aux événements de vie qu'elle rencontre, et sa façon de percevoir sa vie et ses relations et les symptômes qu'elle présente. L'inverse de l'indice de masse corporelle ne joue qu'un rôle marginal dans l'équation de corrélation canonique. Ces résultats démontrent que cet indice compte pour beaucoup moins que les variables de fonctionnement interne dans l'explication des préoccupations alimentaires et de la satisfaction à l'égard de sa vie et de ses relations.

À notre connaissance, ces variables n'ont jamais été étudiées ensemble ni dans le cadre d'une analyse de corrélation canonique. Il est toutefois possible de faire des parallèles intéressants avec les écrits scientifiques qui traitent de ces aspects. En effet, il a été démontré que les préoccupations alimentaires s'accompagnent de difficultés interpersonnelles (Arcelus et al., 2013), et ces difficultés prendraient racine dans les premières relations d'attachement aux figures significatives (Bowlby, 1969). Arcelus et al. (2013) ciblent plus précisément la peur de l'intimité et la méfiance dans les relations interpersonnelles, la peur d'être évalué négativement et la tendance à se dévaluer en se comparant à autrui, la difficulté au niveau de la résolution de problèmes, ainsi que l'attitude négative face à l'expression de ses émotions comme étant les principaux facteurs participant à l'étiologie des difficultés interpersonnelles. Cela nous ramène au fait que l'insécurité d'attachement et les difficultés au niveau de la régulation émotionnelle seraient les principales causes des difficultés interpersonnelles que la personne connaîtra au cours de sa vie, et donc qui affecteront le degré de satisfaction

éprouvé à l'intérieur de ses relations et face à sa vie. Et, il a été démontré, tant dans les études précédentes sur le sujet (Arcelus et al., 2013; Steiger et al., 1990) que dans la présente étude, que la personne répondait à ces difficultés par des symptômes alimentaires.

Ensuite, l'intensité des symptômes alimentaires pourra exacerber l'insatisfaction de vie et relationnelle, bien qu'initialement leur fonction ait été d'apaiser la souffrance générée par les enjeux relationnels liés à l'attachement, les difficultés émotionnelles et de gestion de l'adversité. Tel que mentionné dans l'étude de Jenkins et al. (2011), les TCA ont été reconnus comme étant les psychopathologies qui affectent le plus la satisfaction de vie, parmi toutes psychopathologies confondues. Les personnes aux prises avec des symptômes alimentaires rapportent en effet une qualité de vie moindre, et ce plus précisément au niveau de la qualité de leur relations intimes, de leur réseau social, et de leurs réactions émotionnelles (Jenkins et al., 2011). Elles éprouveraient de l'insatisfaction au niveau de leur apparence physique et de leur personne en général et tendraient à s'isoler davantage, ce qui entraînerait des symptômes dépressifs (Matthews et al., 2012).

Tout dépendamment de leur intensité, les symptômes alimentaires peuvent également générer des problèmes d'ordre physique. Par exemple, la dénutrition occasionnée par une extrême restriction alimentaire peut entraîner un ralentissement du rythme cardiaque et parfois même causer la mort. En plus d'affecter le système digestif, les vomissements

quotidiens peuvent nuire au bon fonctionnement cardiaque puisqu'ils provoquent une baisse du potassium dans le sang (hypokaliémie), ce qui peut également causer des arrêts cardiaques. De plus, les femmes préoccupées par leur alimentation peuvent également boire de grandes quantités d'eau, ce qui peut avoir comme conséquence la diminution du niveau de sodium dans le sang (hyponatrémie), ce qui peut entraîner des convulsions et la mort (Wilkins, 2012). Pour résumer, les symptômes alimentaires de celles qui souffrent d'un TCA plus sévère peuvent être très agressifs pour le corps, et causer des dommages irréversibles, influençant la satisfaction de vie. Les femmes de notre échantillon qui ne présentent pas des symptômes alimentaires aussi extrêmes éprouvent tout de même une insatisfaction corporelle ainsi que des préoccupations par rapport à leur corps et à ce qu'elles mangent. Certaines s'engagent dans une quête de minceur qui peut être ardue, décourageante et culpabilisante, alors que d'autres adoptent des comportements boulimiques qui génèrent des sentiments de dégoût et de perte de contrôle de soi. Il a été démontré que ces symptômes s'accompagnent d'anxiété et de dépression, et qu'ils altèrent la satisfaction de vie (Zullig et al., 2007).

Ces résultats corroborent également ceux des études empiriques précédentes qui se sont intéressées au lien entre l'indice de masse corporelle, les symptômes alimentaires et la satisfaction de vie. Il a en effet été démontré qu'un indice de masse corporelle élevé s'accompagne d'insatisfaction corporelle, de symptômes dépressifs, de discrimination sociale et de stigmatisation. Ces éléments affectent la qualité du fonctionnement en

général ainsi que la satisfaction de vie, et sont reconnus comme étant un facteur de risque pour le développement d'un TCA (Rø, Bang, Reas, & Rosenvinge, 2012).

Troisième hypothèse

Enfin, la troisième hypothèse, de nature exploratoire, visait à déterminer si les préoccupations alimentaires peuvent être associées à un profil particulier de difficultés interpersonnelles. En fonction des résultats obtenus par les études antérieures, nous nous serions attendus à ce que l'intensité des préoccupations alimentaires varie en fonction de difficultés interpersonnelles se traduisant par des malaises éprouvés dans le rapport à l'autre, de l'anxiété relationnelle, une inhibition de ses besoins et de son affirmation, un renoncement à l'autorité et au contrôle au sein des relations interpersonnelles, ainsi qu'une trop grande accommodation à l'autre (Arcelus et al., 2003; Eldredge, Locke, & Horowitz, 1996; Miller, Schmidt, & Vaillancourt, 2008). Cela aurait correspondu au profil de difficultés interpersonnelles soumis, se résumant dans la présente étude par une combinaison des facteurs évitant, soumis et exploitable du « circomplexe » interpersonnel.

Le compte rendu d'Arcelus et al. (2013) sur le fonctionnement interpersonnel des personnes qui souffrent de TCA présente 35 études, dont la grande majorité ont utilisé l'*Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64) pour évaluer le profil de difficultés interpersonnelles de leurs participantes, tout comme dans la présente étude. Le profil soumis serait le plus représenté parmi les femmes aux prises avec des symptômes

alimentaires. Elles se percevraient d'une part plus inadéquates sur le plan des relations interpersonnelles, ce qui pourrait alimenter leurs comportements et attitudes de soumission, tels que le focus sur l'autre, l'inhibition de soi, et l'évitement des conflits et des difficultés interpersonnelles. Elles tendraient d'autre part à éprouver beaucoup d'anxiété sociale, ce qui nuirait à leur adaptation sociale. Évidemment, ces caractéristiques sont diamétralement opposées à la domination. Un dernier point important de leur recension est le lien proposé entre les symptômes alimentaires et le profil interpersonnel soumis qui s'accompagne de sentiments de solitude, d'affects dépressifs, et d'une difficulté à utiliser le réseau de soutien dans les moments difficiles. Les symptômes alimentaires seraient compris comme des moyens de réguler les symptômes anxieux et dépressifs liés au sentiment d'être seule.

D'autres études que celles examinées dans le compte rendu d'Arcelus et al. (2013) se sont également intéressées au fonctionnement interpersonnel des personnes aux prises avec des symptômes alimentaires. Plus les femmes seraient préoccupées par leur alimentation, plus elles seraient timides et auraient de la difficulté à socialiser, et plus elles seraient dépendantes de l'opinion d'autrui (Miller et al., 2008). Il est intéressant de constater que cette étude de Miller et al. (2008) a utilisé les mêmes facteurs de préoccupations alimentaires que dans la présente étude, soit la quête de minceur, la boulimie et l'insatisfaction corporelle. Il a également été démontré que le lien entre les préoccupations alimentaires et l'inconfort relationnel était renforcé par une mauvaise estime de soi (Lampard, Byrne, & McLean, 2001).

Enfin, les femmes aux prises avec des symptômes alimentaires auraient tendance à rejeter leurs sentiments négatifs (envie, amertume, hostilité, rivalité, etc.), ce qui expliquerait pourquoi elles répondent la plupart du temps au profil interpersonnel soumis, et qu'elles sont moins associées au profil dominant (Eldredge et al., 1996). Tel que mentionné dans l'étude de Meyer et al. (2010), les femmes aux prises avec des symptômes alimentaires rejettent leurs sentiments négatifs, soit en les invalidant ou en les inhibant puisqu'ils sont considérés comme étant inacceptables et susceptible d'entraîner des conséquences malheureuses tel l'abandon. Elles réguleraient donc leurs sentiments négatifs de façon passive et soumise, en retournant l'hostilité contre elles-mêmes par exemple (Eldredge et al., 1996). La restriction alimentaire, l'hyperphagie, les purges, etc. pourraient être comprises comme l'envie ou l'hostilité éprouvés dans le rapport à l'autre qui sont retournés contre soi. Il a été démontré que les symptômes alimentaires étaient plus intenses lorsque la soumission à autrui dominait la façon d'être en relation, et plus les sentiments négatifs étaient rejetés (Eldredge et al., 1996). En revanche, l'amélioration des symptômes alimentaires s'accompagnait d'une plus grande reconnaissance, acceptation et expression de ses sentiments négatifs, et d'une diminution de l'évitement social, donc de la soumission (Eldredge et al., 1996).

De façon intéressante, les moyennes de notre échantillon sur les huit dimensions de l'*Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-64) présentées au tableau 2 suggèrent que les femmes qui le composent tendent à être davantage soumises, exploitables et maternantes que dominantes, vindicatives, intrusives et froides. Ainsi, leurs caractéristiques les plus

marquées correspondent pratiquement en tous points à celles observées dans les études antérieures. Si nous avons comparé ces femmes à celles d'un éventuel groupe contrôle exempt de préoccupations alimentaires, il est probable que leurs caractéristiques soumise et exploitable se seraient révélées supérieures de sorte qu'on en aurait conclu que, conformément aux études antérieures, ces caractéristiques sont associées aux préoccupations alimentaires. Or, puisque nous avons recruté notre échantillon en sollicitant spécifiquement des femmes qui présentaient des préoccupations alimentaires, la question ne devient pas tant de mettre en relief ce qui les distingue des autres femmes de ce qui les distingue entre elles. En d'autres termes, sachant que dans l'ensemble les femmes de notre échantillon présentent des patrons de difficultés relationnelles similaires à ceux décrits dans les autres études, la question devient de déterminer si l'amplitude de chacun de ces patrons de difficultés relationnelles est liée à l'intensité de leurs préoccupations alimentaires.

À ce titre, les résultats des corrélations bivariées du tableau 5 sont intéressants. Ils montrent que l'amplitude des profils interpersonnels soumis et maternant est bel et bien liée positivement à l'intensité des préoccupations alimentaires. Cependant, la taille de ces liens est faible ($r < 0,2$). De façon intéressante, les liens avec les patrons dominant et froid sont plus marqués (r près de 0,3). Ils suggèrent ainsi que dans un groupe dont les patrons de difficultés principaux relèvent de la soumission, de l'exploitabilité et de la maternance, l'intensité des préoccupations alimentaires varie davantage en fonction de l'amplitude des difficultés liées à la dominance et à la froideur qu'en fonction de

l'ampleur de la soumission et de la maternance. Les résultats de la régression multiple du tableau 11 reflètent d'ailleurs la taille de ces liens, l'association ampleur du profil dominant et intensité des préoccupations alimentaires étant la seule qui ressort de façon significative.

En l'absence de mesures supplémentaires (on se rappellera que la troisième hypothèse a été introduite à titre exploratoire seulement), l'interprétation de nos résultats demeure relativement spéculative. Ainsi, dans un contexte où les patrons interpersonnels sont principalement marqués par la soumission et l'exploitabilité, l'intensité des préoccupations alimentaires varieraient en fonction de la tendance à la dominance, moins marquée et donc à l'arrière-plan. En lien avec ce constat, il a été démontré que les interactions familiales étaient plus hostiles et conflictuelles chez les personnes aux prises avec des troubles alimentaires (Ansell, Grilo, & White, 2012). Malgré qu'elles s'identifient au profil soumis, les femmes qui ont des comportements de restriction alimentaires sont décrites par leurs proches comme étant contrôlantes dans leurs relations (Hartmann, Zeeck, & Barrett, 2010).

À la lumière de ces résultats antérieurs, l'aspect sous-clinique de notre échantillon pourrait avoir influencé nos résultats. Il est en effet possible qu'en vertu de l'intensité moindre de leurs symptômes alimentaires, les femmes de notre étude aient pu bénéficier d'un degré de mentalisation, d'accès à leur propre expérience, plus grand que celles qui souffrent d'un TCA, et que cet accès relativement moins défensif à leur monde interne

ait pu se traduire par une reconnaissance accrue de leur attitude d'arrière-plan à la dominance. Ainsi, plus elles tendraient à contrôler leur monde interne par l'intermédiaire des symptômes alimentaires, plus elles auraient également tendance à contrôler leurs relations par l'adoption d'attitudes de dominance, même si celles-ci demeurent à l'arrière-plan, c'est-à-dire moins développées que les attitudes de soumission. Il apparaît ici pertinent de rappeler que les symptômes alimentaires ont souvent été interprétés en tant que tendances masochiques qui avaient pour but de « contrôler » l'autre ou, via certains mécanismes projectifs, de transformer l'autre en « mauvais objet » (Zerbe, 1992).

Implications cliniques et scientifiques

Sur le plan clinique, la présente étude propose une conception relationnelle des préoccupations alimentaires. Elle s'intéresse à la fonction de ces symptômes, à ce qui fait qu'une femme peut en venir à avoir des attitudes et comportements pathologiques à l'égard de l'alimentation. Étant donné qu'il s'agit d'un échantillon sous-clinique, nous pouvons émettre l'hypothèse que la majorité de ces femmes ne consulteront pas en psychothérapie. À ce titre, la diffusion d'une forme vulgarisée des résultats de l'étude pourrait être salutaire. La publicisation des conclusions pourrait piquer la curiosité de certaines personnes et les amener à prendre un peu plus conscience des processus à l'œuvre derrière leurs préoccupations alimentaires. De cette façon, elles pourraient débiter un processus de changement personnel, surtout si elles impliquent leur entourage immédiat dans le processus. La publicisation des conclusions pourrait même

s'accompagner d'un guide d'auto-traitement par exemple, complété par une liste de références bibliographiques et de ressources en psychothérapie si le besoin se fait sentir de pousser plus loin. En vertu de la similitude des caractéristiques qui leurs sont associées, il est plausible de croire que les préoccupations alimentaires constituent des précurseurs potentiels au développement d'un TCA. À ce titre, l'idée d'informer la population sur les mécanismes psychologiques sous-jacents aux préoccupations alimentaires est des plus pertinente. Cela pourrait encourager l'introspection, mener à des prises de conscience, et même donner l'envie à certaines de consulter, ce qui serait susceptible de minimiser les chances que leur condition mène à l'éclosion d'un TCA.

Cette étude peut également éclairer les cliniciens au sujet des aspects à considérer et à explorer lorsque leurs clientes sont aux prises avec des préoccupations alimentaires. En effet, la présence de ce type de préoccupations devrait mettre la puce à l'oreille du clinicien quant à la possibilité que la patiente dispose d'un attachement insécuré et d'une difficulté à réguler ses émotions, ainsi que de la présence d'événements négatifs dans un passé pas si lointain, même si la personne n'a jamais vécu d'événement « traumatique » au sens strict du terme. Plusieurs études ainsi que celle-ci ont démontré que le fond, le noyau des symptômes alimentaires était de nature relationnelle et qu'ils traduisaient une détresse liée à l'échec de l'internalisation de représentations de soi et de l'autre relativement positives et sécurées. Un travail au niveau des enjeux relationnels permettrait une prise de conscience de ses façons de se représenter et de représenter l'autre, du transfert des relations passées sur les relations actuelles, et des influences que

cela exerce sur les dynamiques relationnelles. Ainsi, la mentalisation serait augmentée, ce qui permettrait de transformer sa façon d'éprouver ses relations, donc de se représenter soi-même et de se représenter les autres, par quelque chose qui est davantage ancré dans une réalité actuelle et objective. Le travail des enjeux relationnels pourrait diminuer le besoin de s'agripper à une solution externe, soit le contrôle du corps, pour réguler ce qui est défaillant à l'intérieur. Les résultats de cette étude viennent donc corroborer la nécessité de s'intéresser à la fonction du symptôme alimentaire, et de comprendre celle-ci, davantage que de mettre l'emphase sur le comportement et d'essayer de l'enrayer.

Sur le plan scientifique, cette étude a permis de poursuivre l'approfondissement des liens entre certaines variables de fonctionnement psychologique, d'évènements de vie et de satisfaction, et les préoccupations alimentaires. Jusqu'à maintenant, la majorité des études avaient été réalisées auprès d'une population clinique, et, à notre connaissance, jamais le lien entre cette constellation de variables et les préoccupations alimentaires n'avaient été étudiées dans le cadre d'une même étude. Les résultats de la présente étude suggèrent que des enjeux relationnels non symbolisés peuvent s'exprimer par des préoccupations alimentaires chez certaines femmes, particulièrement lorsqu'elles ont vécu difficilement certains évènements de vie plus négatifs. Les résultats suggèrent également que les symptômes alimentaires s'accompagnent d'insatisfaction à l'égard de sa vie et de ses relations. Les résultats n'expliquent toutefois pas comment ces variables s'influencent. En effet, l'insatisfaction de vie et relationnelle ainsi que les symptômes

alimentaires semblent liés par une boucle de rétroaction qui rend difficile l'établissement de relations causales. Ces résultats permettront entre autres aux chercheurs de poursuivre l'examen systématique des facteurs pouvant contribuer à la présence et à l'intensité des préoccupations alimentaires des femmes adultes.

Forces, limites, et pistes de recherches futures

Considérant que le taux de prévalence des troubles de l'alimentation pourrait être d'environ 10 % lorsque des critères diagnostics moins sévères sont utilisés, le choix d'une population sous-clinique dans cette étude représente une de ses principales forces. La majorité des femmes connaîtront des préoccupations alimentaires au cours de leur vie. Elles seront transitoires pour certaines, alors que d'autres femmes plus vulnérables seront davantage préoccupées par leur corps et leur alimentation, et seront vraisemblablement plus à risque de développer un TCA. La prévalence des TCA non spécifiés est de 77,4 %, donc la grande majorité des femmes ne rencontrent pas les critères complets de l'anorexie ou de la boulimie (Machado et al., 2007). De plus, il est fort possible de croire que plusieurs femmes souffrent de symptômes alimentaires sans même rencontrer les critères diagnostic du TCA non spécifié. Cela amène à se questionner sur la prévalence des préoccupations alimentaires dans la population en général, d'où l'intérêt pour cette population dans la présente étude. Cette étude a permis de démontrer que les femmes aux prises avec des préoccupations alimentaires avaient des caractéristiques intrapersonnelles similaires aux femmes aux prises avec un TCA franc, soit les mêmes façons d'éprouver les relations et les événements difficiles qu'elles

rencontrent, et que tout comme les femmes qui souffrent d'un TCA, leur satisfaction à l'égard de leur vie et de leurs relations était amoindrie. Bien que le lien reste à démontrer de façon explicite, il est plausible de croire que la présence de préoccupations alimentaires représente un facteur de risque au développement d'un TCA. Cette étude a le bénéfice de pointer les éléments à travailler dès lors que des préoccupations alimentaires s'inscrivent au tableau clinique d'une cliente. Il se pourrait que le traitement des enjeux relationnels, des difficultés au niveau de la régulation émotionnelle, et qu'un travail de réappropriation subjective des traumatismes et événements difficiles puisse prévenir l'évolution des préoccupations alimentaires vers un TCA. Idéalement, il faudrait travailler sur deux fronts, soit sur la fonction psychologique du symptôme alimentaire, en s'intéressant aux aspects relationnels et émotionnels qui y sont associés, puis sur le symptôme même. Il est également très important d'en tenir compte et d'au moins le stabiliser puisqu'il a été démontré que l'intensité, la gravité et la chronicité des symptômes étaient associés à un pronostic défavorable (Costin, 2006).

Sur le plan statistique, les outils utilisés présentent tous de bonnes qualités psychométriques de façon générale ainsi qu'au sein de l'échantillon, ce qui représente également une force de cette étude.

En contrepartie, certaines limites de l'étude doivent être considérées. D'abord, l'utilisation de questionnaires auto-administrés peut amener les individus à répondre de façon socialement désirable, ou encore leurs réponses peuvent être limitées chez celles

qui ont une plus faible capacité d'introspection, c'est-à-dire un faible degré de conscience et de compréhension de ses difficultés. Il a d'ailleurs été démontré que les symptômes alimentaires chez les femmes aux prises avec des TCA sont généralement égocytotiques. Cela signifie que certains aspects de leur maladie sont perçus positivement, voire valorisés, et donc la gravité de leurs difficultés est niée (Jenkins et al., 2011; Newton, Boblin, Brown, & Cilisca, 2006). Par exemple, une femme pourra se valoriser par la restriction alimentaire et la maigreur. Il est possible que ce phénomène d'égocytotisme ait influencé les résultats de certaines participantes. Les biais liés à la désirabilité, à la faible capacité d'introspection et à l'égocytotisme pourraient être évités dans les études futures en employant plus d'une méthode de collecte de données. En ce sens, il serait pertinent que les études futures utilisent des mesures observationnelles, des entrevues ou des journaux quotidiens pour s'assurer que les liens obtenus ne sont pas uniquement dû à ces biais.

La taille de l'échantillon représente une autre limite de cette étude. L'estimation de la taille d'échantillon requise à l'aide de la formule d'Howell (2008) avait confirmé que celui de la présente étude était acceptable. La puissance statistique aurait toutefois pu être augmentée par un plus grand échantillon que celui-ci. Près de 100 participantes ont dû être exclues des analyses puisqu'elles n'avaient pas entièrement complété la batterie de questionnaires. Il se peut que ces désistements aient influencé la composition de notre échantillon. En effet, celles qui ont cessé de répondre auraient pu montrer des caractéristiques différentes (notamment sur les plans de l'attachement et du profil

interpersonnel) de celles qui ont complété l'étude. Il se peut que ces désistements soient dus au fait qu'il y avait plusieurs instruments et qu'il fallait beaucoup de temps pour les compléter. Une des forces de cette recherche se situe au niveau du grand nombre de variables dont elle tient compte pour enrichir la compréhension des préoccupations alimentaires, et également au niveau de la cohérence entre celles-ci. En revanche, il aurait été plus avantageux de diminuer le nombre d'instruments tout en gardant le même nombre de variables puisqu'en effet, certaines d'entre elles étaient mesurées par deux instruments. Il serait également judicieux dans un projet futur de plus grande envergure d'utiliser un groupe contrôle afin de comparer dans le cadre d'une même étude les caractéristiques des femmes ayant reçu un diagnostic de TCA et celles qui n'en ont pas. Puisque nous n'avions pas de groupe contrôle, nos résultats ont été comparés auprès de ceux des autres études.

Une autre limite de cette étude se situe dans l'impossibilité de conclure à des liens de causalité entre les variables étant donné qu'elle utilise un devis de recherche corrélationnel et transversal. Les liens obtenus doivent donc tous être interprétés comme bidirectionnels puisque ce devis de recherche ne permet pas de leur attribuer une direction. Le sens des liens dans cette étude sont toutefois interprétés en fonction de la théorie et de la documentation scientifique sur le sujet. Il serait des plus pertinent d'effectuer une étude de type longitudinale en plusieurs temps de mesure pour venir appuyer la séquence temporelle entre l'attachement, la régulation émotionnelle, la satisfaction à l'égard de sa vie et de ses relations, ainsi que les préoccupations

alimentaires. Une question demeure à savoir si ce sont les façons d'éprouver les relations ainsi que les événements de vie rencontrés qui amènent les préoccupations alimentaires, ou si ce sont les préoccupations alimentaires qui génèrent des difficultés relationnelles et émotionnelles, et qui altèrent la satisfaction de vie. L'absence d'étude longitudinale dans ce domaine exacerbe cette confusion, et nous amène à envisager que les deux directions sont possibles. Une autre question qui devrait être approfondie dans les recherches futures concerne la cause première des préoccupations alimentaires. On semble en effet avoir peu de connaissances relatives aux ingrédients spécifiques requis pour le développement des préoccupations alimentaires et d'un TCA. On retrouve un parcours développemental ainsi qu'un patron de difficultés analogues chez les femmes aux prises avec un TCA et celles aux prises avec un trouble de la personnalité limite (d'où d'ailleurs leur grande comorbidité), mais ce ne sont pas toutes celles qui ont un trouble de la personnalité limite qui présentent des symptômes alimentaires, et vice-versa. Cela nous amène à nous questionner sur ce qui distingue celles qui vont développer un TCA de celles qui vont plutôt développer un trouble de la personnalité limite.

Ceci dit, il existe différents modèles de compréhensions des TCA qui mettent en relief certains éléments considérés comme essentiels au développement de ces troubles. Les éléments qui sont les plus souvent considérés comme étant impliqués dans l'apparition des symptômes alimentaires sont la pression culturelle, la transmission héréditaire de certains gènes, la transmission intergénérationnelle de la souffrance tels

que des enjeux au niveau du corps et de l'alimentation, le parcours développemental (ce sur quoi a porté cette étude), ainsi que la neurochimie du cerveau, et plus précisément son activité sérotoninergique. Il se pourrait que ces éléments soient les conditions nécessaires pour que dans un environnement donné, les préoccupations alimentaires éclosent.

Conclusion

En conclusion, cette étude a permis de démontrer que les femmes aux prises avec des préoccupations alimentaires disposent de difficultés liées à des sphères de fonctionnement spécifiques, dont l'attachement, la régulation émotionnelle, et la façon d'éprouver les événements difficiles. Cette étude démontre également qu'on rencontre chez cette population une satisfaction à l'égard de sa vie et de ses relations amoindrie. Comme l'avaient suggéré plusieurs études auparavant, il est important de mieux comprendre les liens existants entre les systèmes d'attachement et les facteurs qui y sont associés, soit la régulation émotionnelle, la satisfaction de vie et relationnelle, et l'intensité des symptômes alimentaires. À notre connaissance, très peu d'études avaient exploré le lien entre ces facteurs et les symptômes alimentaires dans une population non clinique, c'est-à-dire au sein d'une population normale qui présente des préoccupations alimentaires, mais sans rencontrer l'ensemble des critères d'un TCA. Cela appuie la pertinence de ce choix de population dans la présente étude. Tel qu'attendu, les résultats ont démontré que les femmes aux prises avec un TCA et celles aux prises avec des préoccupations alimentaires sans avoir de trouble présentent des caractéristiques qui sont largement similaires.

Les résultats de cette étude renforcent l'importance de s'intéresser à l'histoire développementale, aux représentations internalisées de soi et de l'autre, à la façon

d'éprouver les événements difficiles, ainsi qu'au degré de satisfaction éprouvé face à sa vie et ses relations dans le travail clinique auprès de femme aux prises avec des préoccupations alimentaires, puis de se questionner sur la fonction des symptômes alimentaires au sein de leur organisation psychique. Il semble en effet que les symptômes alimentaires témoignent de la présence d'une souffrance sous-jacente qui n'a pas eu la chance de s'exprimer, et qui se répète par le biais de la restriction ou de la compulsions alimentaires.

Références

- Ackard, D. M., Richter, S., Frish, M. J., Mangham, D., & Cronemeyer, C. L. (2013). Eating disorder treatment among women forty and older: Increases in prevalence over time and comparisons to young adult patients. *Journal of Psychosomatic Research, 74*, 175-178.
- Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, k. A., Bryson, S. (2009). A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorders syndromes. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 565-570.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant–mother relationship. *Child Development, 40*, 969–1025.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment, 55*, 521–536
- Alfonzo, V. C., Allison, D. B., Rader, D. E., & Gorman, B. S. (1996). The extended satisfaction with scale: Development of psychometric properties. *Social Indicators Research, 38*, 275–301.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* (4^e éd., Texte Révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the Interpersonal Model of Binge Eating and Loss of Control Over Eating in Women. *International Journal of Eating Disorders, 45*, 43-50.
- 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.

- Archinard, M., Rouget, P., Painot, D., & Liengme, C. (2002). Inventaire des troubles alimentaires 2. Dans M. Bouvard, & J. Cottraux (Éds), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, (3^e éd., pp. 249-251). Paris :Masson.
- Attia, E., Becker, A. E., Bryant-Waugh, R., Hoek, H. W., Kreipe, R. E., Marcus, M. D. et al. (2013). Feeding and Eating Disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, *170*, 1237-1239.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, *11*, 223–263.
- Barone, L., Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the adult attachment interview. *Attachment & Human Development*, *4*, 405-417.
- 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.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, *33*, 595-613.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing
- Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: Permanent or transient features? *Scandinavian Journal of Psychology*, *42*, 467-478.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with life scale». *Canadian Journal of Behavioural Science*, *21*, 210-223.
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescent: A relational approach*. New-York: Guilford Press.
- Bludworth, J. L. (2007). A structural investigation and revision of the inventory of interpersonal problems using item response theory (Thèse de doctorat, Arizona State University). ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 3287914.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement and loss, Vol. 1: Attachement*. London: Pimlico.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New-York: Guilford press.
- Brenning, K. M., Soenens, B., Braet, C., & Bosmans, G. (2012). Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment. *Personal Relationship, 19*, 445-464.
- 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.
- Brouwer, A., Mirabel-Sarron, C., & Pham-Scottez, A. (2009). Les troubles des conduits alimentaires. Dans Editions Mardaga « PSY-Émotion, intervention, santé », *Les addictions comportementales*, (pp. 133-203).
- Cain, A. S., Epler, A. J., Steinley, D., & Sher, K. (2010). Stability and Change in Patterns of Concerns Related to Eating, Weight, and Shape in Young Adult Women: A Latent Transition Analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 255-267.
- Candelori, C., & Ciocca, A. (1998). Attachment and eating disorders. In *Psychotherapeutic issues in eating disorders: Models, methods, and results*. Roma: Societa Universo.
- Clinton, D. (2006). Affect regulation, object relations and the central symptoms of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 14*, 203-211.
- Corcos, M., Lamas, C., Pham-Scottez, A. & Doyen, C. (2008). *L'anorexie mentale, déni et réalités*. Rueil-Malmaison: Doin.
- Costin, Carolyn. (2006). *The Eating Disorder sourcebook*. McGraw-Hill professional Publishing.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-76.

- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. E. (2004). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In P. T. Costa & I. C. Siegler (Éds), *The psychology of aging* (pp. 320–341). New York: Elsevier.
- Demidenko, N., Tasca, G. A., Kennedy, N., & Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*, 1131-1152.
- Denisoff, E., & Endler, S. N. (2000). Life experiences, coping and weight preoccupation in young adult women. *Canadian Journal of Behavioural Science, 32*, 97-103.
- Dohrenwend, P. B. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin, 132*, 477-495.
- Duriez, N. (2011). Thérapie familial et troubles de la régulation émotionnelle. *Thérapie Familiale, 32*, 41-58.
- 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.
- Eldredge, K. L., Locke, K. D., & Horowitz, L. M. (1996). Patterns of Interpersonal Problems Associated with Bonge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 383-389.
- Evans, L., Wertheim, E. H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 355-365.
- Evans, L., Wertheim, E. H. (2005). Attachment style in adult intimate relationships: Comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review, 13*, 285-293.
- Favez, N. (2001). La régulation par la mère des émotions narrées par les petits. *Enfance, 53*, 349-362.
- Ferriter, C., Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2010). Depressive symptoms and social functioning in peer relationships as predictors of eating pathology in the transition to adulthood. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*, 202-227.
- Garber, J., & Dodge, K. A. (1991). *The development of affect regulation and dysregulation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory 2 professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Gauvin, L., Steiger, H., & Brodeur, J. M. (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.
- 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.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L. & Lombardo, T. W. (2004). The psychometric properties of the life events checklist. *Assessment, 11*, 330-341.
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Pinto, A. et al. (2012). Stressful Life Events Predict Eating Disorder Relapse Following Remission: Six-Year Prospective Outcomes. *International Journal of Eating Disorders, 45*, 185-192.
- Gura, T. (2007). *Lying in weight: The hidden epidemic of eating disorders in adult women*. New-York: HarperCollins.
- Halvorsen, I. & Heyerdahl, S. (2006). Girls with Anorexia Nervosa as Young Adults: Personality, Self-Esteem, and Life Satisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 285-293.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*, 348-356.
- Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2010). Interpersonal Problems in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 619-627
- Heesacker, R. S., Neimeyer, G. J. (1990). Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 419-426.

- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., et al. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year-follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*, 829–837.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of interpersonal problems: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris : De Boeck Université.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Attachment Dimensions and Groupe Climate Growth in a Sample of Women Seeking Treatment for Eating Disorders. *Psychiatrie*, *74*, 255-269.
- Isomaa, R., Isomaa, A., Marttunen, M, Kaltiala-Heino, R, & Björkqvist, K. (2010). Psychological distress and risks for eating disorders in subgroups of dieters. *European Eating Disorders Review*, *18*, 296-303.
- Jeammet, P. (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, *41*, 235-244.
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, *31*, 113-121.
- Joos, A. A. B., Cabrillac, E., Hartmann, A., Wirsching, M., & Zeeck, A. (2009). Emotional Perception in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *42*, 318-325
- Kitsantas, A, Gilligan, T. D., & Kamata, A. (2003). College Women With Eating Disorders: Self Regulation, Life Satisfaction and Poaitive/Negative Affect. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *137*, 381-395.
- 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.
- Lamas, C., & Corcos, N. M. (2010). Addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires) et suicide. *Annales Médico-Psychologiques*, *168*, 528-532.
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., & McLean, N. (2011). Does Self-Esteem Mediate the Relationship between Interpersonal Problems and Symptoms of Disordered Eating? *European Eating Disorders Review*, *19*, 454-458.

- Landa, C. E., Bybee, J. A. (2007). Adaptive element of aging: self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Developmental Psychology, 43*, 83-93.
- Laverdière, O. (2009). La pathologie de la personnalité : Contributions du tempérament, de l'attachement, des traumatismes et médiation de la compréhension émotionnelle. Thèse de Doctorat. Université Laval, Canada.
- Léonard, S. (2012, septembre). Les manifestations cliniques des troubles alimentaires. *Psychologie Québec, 29*, 28.
- Loth, K., Van den Berg, P., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Stressful life events and disordered eating behaviors: Findings from project EAT. *Journal of Adolescent Health, 43*, 514-516.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 212-217.
- Mallion, Y. (2009). Celles par qui le changement arrive ou réflexion sur l'évolution du travail institutionnel avec les anorexiques. Dans Editions ERES, *Soigner les anorexies graves – la jeune fille et la mort*, (pp. 89-103).
- Matthews, M., Zullig, K. J., Ward, R. M., Horn, T., & Huebner, E. S. (2012). An Analysis of Specific Life Satisfaction Domains and Disordered Eating among College Students. *Social Indicators Research, 107*, 55-69.
- McEwen, C., Flouri, E. (2009). Father's parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: the role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*, 206-216.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., & Vaillancourt, T. (2008). Shyness, sociability, and eating problems in a non-clinical sample of female undergraduates, *Eating Behaviors, 9*, 352-359.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry, 187*, 573-578.
- Meyer, C., Leung, N., Barry, L., & De Feo, D. (2010). Emotion and eating psychopathology: Links with attitude toward emotional expression among young women. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 187-189.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. A (2007). *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Sapir-Lavid, Y., Avihou-Kanza, N. (2009). What's inside the minds of securely and insecurely attached people? The secure-base script and its associations with attachment-style dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*, 615–633.
- Newton, N., Boblin, S., Brown, B., & Ciliska, D. (2006). Understanding Intimacy for Women with Anorexia Nervosa: A Phenomenological Approach. *European Eating Disorders Review*, *14*, 43-53.
- Norbeck, J. S. (1984). Modification of recent life event questionnaires for use with female respondents. *Research in Nursing and Health*, *7*, 61-71.
- O’Kearney, R. (1996). Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *International Journal of Eating Disorders*, *20*, 115-127.
- O’ Mahony, J. F., & Hollwey, S. (1995). Eating problems and interpersonal functioning among several groups of woman. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 345-351.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child & Adolescent Social Work Journal*, *19*, 421-435.
- Pearlman, E. (2005). Terror of desire: The etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. *Psychoanalytic Review*, *92*, 223-235.
- Pinto, A., Torres, N., Verissimo, M., Maia, J., Fernandes, M., & Santos, O. (2001). Modèles internes opérants de l’attachement et relations d’objet internalisées : l’analyse du devenir des relations «attachement par les récits à compléter». *Devenir*, *23*, 145-159.
- Rø Ø., Bang, L, Reas, D. L., & Rosenvinge, J. H. (2012). The impact of age and BMI on impairment due to disorder eating in a large female community sample. *Eating Behaviors*, *13*, 342-346
- Roussillon, R. (2013). La fonction médium malléable et les pathologies du narcissisme. Dans A. Brun, B. Chouvier, & R. Roussillon (Éds), *Manuel des médiations thérapeuthiques*, (pp.198-202). Dunod : Paris.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Schore A. N. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*, W.W. Norton & Company, New York. Trad. fr. (2008) : *La régulation affective et la réparation du Soi*, Les Editions du CIG, Montréal.
- Schwitzer, A. M. (2012). Diagnosing, Conceptualizing, and Treating Eating Disorders Not Otherwise Specified: A Comprehensive Practice Model. *Journal of Counseling & Development, 90*, 281-290.
- 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.
- Sénécal, C., & Richardson, J. (2012, septembre). Hyperphagie Boulimique : L'émergence d'un nouveau trouble de l'alimentation. *Psychologie Québec, 29*, 40-43.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., Crago, M., Taylor, C. B. (1996). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 39-44.
- Skarderud, F. (2007). Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa-theory. *European Eating Disorders Review, 15*, 243-252.
- Smyth, J. M., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Thompson, K. M. (2008). The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 195-202.
- Steiger, H., Goldstein, C., Mongrain, M., & Van der Feen, J. (1990). Description of eating disordered, psychiatric, and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 129-140.
- 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., Stotland, S., Ghadirian, A. M., & Whitehead, V. (1995). Controlled study of eating concerns and psychopathological traits in relatives of eating-disordered probands: Do familial traits exist? *International Journal of Eating Disorders, 18*, 107-118.
- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J., & Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders, 19*, 147-157.

- Stern, D. N. (1977). *The first relationship : Infant and mother*. London: Open Books.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stice, E., Marti, N. C., & Rohde, P. (2013). Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 445-457.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.
- 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.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krynski, 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.
- Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., McKnight, K. M., Crago, M., Kraemer, H. C., Killen, J. D. (1996). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 24*, 31-42.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Brisith journal of Clinical Psychology, 44*, 89-97.
- Turner, H., Bryant-Waugh, R., & Pelever, R. (2009). An Approach to Sub-grouping the Eating Disorder Population: Adding Attachment and Coping Style. *European Eating Disorders Review, 17*, 269-280.
- 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.
- Ward, A., Ramsay, R., Treasure, J. (2000) Attachment research in eating disorder. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 35-51.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., Treasure, J. (2000b) Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 370-376.

- Wilkins, J. (2012). *Adolescentes anorexiques ; Plaidoyer pour une approche clinique humaine*. Les presses de l'Université de Montréal.
- Zachrisson, H. D., & Skarderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Disorders Review*, 18, 97-106.
- Zerbe, K. J. (1992). Eating disorders in the 1990s: Clinical challenges and treatment implications. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 56, 167-187.
- Zullig, K. J., Pun, S. M., & Huebner, E. S. (2007). Life Satisfaction, Dieting Behavior, and Weight perceptions among College Students. *Applied Research in Quality of Life*, 2, 17-31.

Appendice A

Invitation à participer à l'étude transmise sur Facebook

Le thème des préoccupations alimentaires vous intéresse ? Vous êtes une femme âgée entre 18 et 40 ans ? Si oui, vous rencontrez tous les critères pour participer à une étude qui s'intéresse aux aspects interpersonnels et aux événements vécus dans le passé associés aux préoccupations alimentaires.

Pour participer, il suffit de cliquer sur le lien suivant où les détails de l'étude sont expliqués ainsi que les instructions précises pour y participer. La participation est anonyme et dure approximativement 1h.

Merci infiniment !

Julie Dufour, candidate au Doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke.

<https://www.surveymonkey.com/s/2XT6ZRS>

Appendice B

Message de relance envoyé aux invitées de l'évènement Facebook

Bonjour à toutes,

Un petit mot pour vous informer que l'étude sur les aspects personnels et interpersonnels associés aux préoccupations alimentaires est toujours ouverte.

Ça m'aiderait beaucoup dans la réalisation de ma thèse de doctorat si celles qui n'ont pas encore eu le temps d'y répondre et qui sont intéressées par le sujet prennent quelques minutes pour remplir le questionnaire. J'ai eu des commentaires de certaines participantes qui m'ont confirmé que cela avait pris environ 40-45 minutes de leur temps, et que cela avait été un exercice de réflexion personnelle intéressant. De plus, il n'est pas nécessaire d'être aux prises avec des préoccupations alimentaires pour y participer. Il suffit d'être intéressé par le sujet !

C'est un sujet qui nous touche toutes de près ou de loin. Un très grand nombre de femmes sont aux prises avec ce type de préoccupations, et cela évolue parfois malheureusement vers un trouble des conduites alimentaires. Même si ce n'est pas votre cas, votre participation aidera assurément à mieux saisir ce phénomène et pourra contribuer à l'amélioration du dépistage, de la prévention et de la distribution des ressources pour les personnes présentant des comportements alimentaires à risque.

J'en profite pour remercier toutes celles qui ont participé, c'est extrêmement apprécié !

Merci aussi d'avoir pris le temps de lire ce message !

Julie Dufour, candidate au doctorat en psychologie

<https://www.surveymonkey.com/s/2XT6ZRS>

Appendice C

Courriel de recrutement

Bonjour,

Je suis étudiante au Doctorat en psychologie clinique de l'Université de Sherbrooke. Dans le cadre de mes études, je dois réaliser une thèse de recherche et j'ai choisi comme sujet les aspects personnels et interpersonnels associés aux préoccupations alimentaires chez les femmes. Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi (N/Réf. : 2011-88/Dufour/).

Je suis présentement à la recherche de femmes de 18-40 ans intéressées par le thème des préoccupations alimentaires, et qui accepteraient de participer à mon étude. Je vous écris donc aujourd'hui afin de vous demander s'il serait possible pour vous d'envoyer ce message aux étudiants de votre programme d'études. Si vous acceptez, le message à envoyer à vos étudiants ainsi que le lien menant au sondage se trouve à la fin de ce message.

Si vous avez des questions n'hésitez pas à me contacter, il me fera plaisir de vous répondre. Je vous remercie de me laisser savoir si vous acceptez ou refusez d'envoyer ce message à vos étudiants.

Je vous prie d'agréer mes salutations distinguées,

Julie Dufour

Le thème des préoccupations alimentaires vous intéresse ? Vous êtes une femme âgée entre 18 et 40 ans ? Si oui, vous rencontrez tous les critères pour participer à une étude qui s'intéresse aux aspects interpersonnels et aux événements vécus dans le passé associés aux préoccupations alimentaires.

Pour participer, il suffit de cliquer sur le lien suivant où les détails de l'étude sont expliqués ainsi que les instructions précises pour y participer. La participation est anonyme et dure approximativement 1h.

Merci infiniment !

Julie Dufour, candidate au Doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke.

<https://www.surveymonkey.com/s/2XT6ZRS>

Appendice D

Lettre d'information

LETTRE INFORMATIVE

Cette étude s'adresse aux femmes âgées entre 18 et 40 ans. Vous êtes invitées à participer à un projet de recherche portant sur les aspects personnels et interpersonnels associés aux préoccupations alimentaires. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet.

Titre du projet

Tel que mentionné ci-haut, cette étude vise à approfondir les connaissances sur les préoccupations alimentaires en explorant les aspects personnels et interpersonnels qui peuvent y être associés.

Personnes responsables du projet

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre de la thèse de Julie Dufour, candidate à l'obtention du doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke. Coordonnées : XXX.XXX.XXXX ou XXX@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 (1-800) XXX-XXXX poste XXX, ou lui écrire à l'adresse XXX@usherbrooke.ca

Objectifs du projet

Le principal objectif du projet de recherche est de vérifier s'il existe des liens entre les préoccupations alimentaires, certains aspects interpersonnels ainsi que des événements vécus dans le passé. Les aspects interpersonnels réfèrent aux façons habituelles d'entrer en relation avec les autres, de tenir compte des émotions et d'éprouver de la satisfaction dans ce contexte. Les événements du passé réfèrent aux situations difficiles rencontrées au fil du temps.

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 interpersonnels ainsi que des événements vécus dans le passé. Cette participation demandera environ une heure de votre temps.

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 personnels et interpersonnels qui leur sont associés, et contribuez ainsi à l'amélioration du dépistage, de la prévention et de la distribution des ressources pour les personnes présentant des comportements alimentaires à risque.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs. Elle requiert toutefois un minimum d'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 contacter le CSSS de votre région (<http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/csss/>) qui vous orientera vers une ressource psychologique extérieure à la présente recherche ou encore, consulter le site de l'Ordre des Psychologues du Québec (<http://www.ordrepsy.qc.ca>).

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et retourné le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu'aucune information permettant d'identifier les répondantes n'aura été recueillie.

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 seront informatisées et conservées en lieu sûr, sous clé, et détruites à l'expiration de la période de conservation (maximum 5 ans).

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 en communiquant avec Julie Dufour ou son directeur de thèse monsieur Jean Descôteaux aux coordonnées ci-haut.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi (numéro de certificat d'approbation éthique de la recherche). Si vous rencontrez un problème éthique lors de votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez contacter directement la responsable principale du projet (Julie Dufour) ou son directeur de thèse (Jean Descôteaux). Si vous le préférez, vous pouvez également exprimer vos préoccupations à M. Olivier Laverdière, président par intérim du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au 1-800-267-8337 poste 62644, ou par courriel à : cer_Lsh@USherbrooke.ca.

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

Appendice E

Questionnaire sociodémographique

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice F

Version française du Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice G

Questionnaire d'évitement et d'anxiété d'abandon (QEAA)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice H

Version française du Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice I

Version française du Life Events Checklist (LEC)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice J

Version française du Questionnaire sur les événements de vie (LEQ)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice K

Échelle de satisfaction de Vie (ESV)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice L

Échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur

Appendice M

Version française de l'Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64)

Ces pages ont été retirées par
respect pour le droit d'auteur