

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLISSA MONTPETIT

RESTRICTION ALIMENTAIRE À L'ADOLESCENCE :
CONTRIBUTION DE LA DÉPRESSION ET DES RELATIONS D'ATTACHEMENT

JUIN 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La recherche de minceur et les conduites alimentaires inadaptées à l'adolescence connaissent une croissance et un alourdissement depuis les dernières années. Ces conduites précèdent souvent l'apparition de pathologies alimentaires spécifiques. L'anorexie mentale primaire constitue, dans cette lignée, la forme la plus sévère des troubles de l'alimentation. Ses retombées sont importantes, tout autant que ses répercussions sur le développement.

Face à l'accroissement et à l'alourdissement du trouble alimentaire à l'adolescence, plusieurs études ont cherché à comprendre, voire à expliquer le phénomène. Dans la vision étiologique actuellement multifactorielle de l'anorexie, l'importance des facteurs familiaux a maintes fois été remise en question, référant à un manque de données empiriques fiables. Au contraire, la dépression a été reconnue comme étroitement liée à son développement.

Un des principaux objectifs de la présente recherche est de vérifier empiriquement l'influence des facteurs familiaux sur la restriction alimentaire. Précisément, d'analyser si la perception des liens d'attachement à la mère et au père influence la présence d'attitudes alimentaires restrictives s'apparentant à l'anorexie mentale. Elle vise aussi l'étude du rôle médiateur de la dépression sur la relation entre l'attachement et la restriction alimentaire.

Six cent quatre-vingt-quatorze adolescentes de deux écoles secondaires privées de la région Mauricie Bois-Francs ont participé à l'étude. Leur âge fluctue entre 13 et 17 ans. Au cours de périodes classe, les adolescentes ont rempli individuellement un questionnaire sociodémographique, ainsi que les versions françaises du *Eating Attitudes Test*, du *Beck*

Depression Inventory, de l'*Inventory of Parent Adolescent Attachment* et du *Relationship Questionnaire*. Les traductions de ces instruments ont été reconnues valides et fiables.

En se basant sur les scores du *Eating Attitudes Test*, deux groupes de comparaison ont été formés pour étudier les adolescentes restrictives et non restrictives sur l'ensemble des variables choisies. Des analyses de moyennes ont montré des différences significatives entre les groupes sur les variables dépression, perception et style d'attachement. En fait, les adolescentes restrictives ont obtenu des scores significativement plus élevés à l'échelle de dépression, en comparaison aux adolescentes non restrictives, et des scores de perceptions d'attachement à la mère et au père significativement plus faibles. Elles ont finalement été plus nombreuses à montrer des styles d'attachement insécurisant que les non restrictives.

Dans un deuxième temps, une analyse de régression multiple de type hiérarchique a été effectuée dans le but d'examiner l'effet médiateur de la dépression sur la relation entre la perception d'attachement et la restriction alimentaire. Les résultats de l'étude ont montré que suite à l'introduction des scores de dépression, la perception d'attachement ne prédisait plus la restriction. Le lien entre la dépression et la restriction alimentaire est prépondérant.

Les résultats obtenus montrent la relation étroite unissant la restriction alimentaire, la dépression et l'attachement, et mettent en lumière l'interdépendance de ces variables. Ils précisent l'apport des perceptions d'attachement au modèle étiologique de la restriction, et surtout, ils montrent l'importance de l'effet médiateur de la dépression dans le modèle.

Table des matières

Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	4
Désir de minceur et conduites alimentaires inadaptées	5
Anorexie mentale.....	6
Définitions de l’anorexie mentale	6
Critères diagnostiques de l’anorexie mentale primaire.....	7
Triade symptomatologique de l’anorexie mentale à l’adolescence	7
Prévalence et aspects épidémiologiques de l’anorexie mentale primaire	11
Modèles étiologiques de l’anorexie mentale.....	12
Modèle étiologique de nature biologique.....	12
Modèle étiologique de nature psychologique	13
Modèle étiologique de nature sociale.....	15
Modèle étiologique de nature familiale.....	16
Principes théoriques et observations cliniques	16
Perspective multidimensionnelle.....	20
Données empiriques.....	22
Rôle du père	28
Théorie de l’attachement	30
Attachement à l’adolescence.....	33

Attachement et ajustement à l'adolescence.....	34
Styles d'attachement après l'enfance	35
Attachement et anorexie mentale.....	38
Données empiriques	40
Dépression à l'adolescence.....	44
Aspects épidémiologiques et classification de la dépression	44
Modèle étiologique de nature familiale.....	48
Dépression et anorexie mentale	51
Anorexie, attachement et dépression	54
Objectifs et hypothèses de recherche.....	55
Méthode	56
Échantillon.....	57
Déroulement	58
Instruments de mesure	59
Le Eating Attitudes Test.....	59
L'Inventaire de Dépression de Beck	61
L'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e)	62
Le Relationship Questionnaire	64
Résultats.....	65
Analyses préliminaires.....	66
Analyses descriptives.....	67
Analyses inférentielles.....	71

Relation entre la restriction alimentaire et la dépression	71
Relation entre la restriction alimentaire et la perception d'attachement.....	73
Relation entre la restriction alimentaire et le style d'attachement	74
Rôle médiateur de la dépression sur la relation entre la perception d'attachement et la restriction alimentaire	77
Discussion.....	79
Analyses descriptives.....	80
Analyses inférentielles.....	82
Restriction alimentaire et dépression	82
Restriction alimentaire et perception d'attachement.....	83
Restriction alimentaire et style d'attachement	85
Rôle médiateur de la dépression	86
Avenues futures de recherche	87
Forces et limitations de l'étude.....	88
Conclusion	91
Références.....	93
Appendices	
Appendice A : Exemple du Eating Attitudes Test.....	108
Appendice B : Exemple de l'Inventaire de Dépression de Beck	111
Appendice C : Exemple de l'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e) version mère et version père	115
Appendice D : Exemple du Relationship Questionnaire	120

Liste des tableaux

Tableau 1	Anorexie mentale primaire Critères diagnostiques de Feighner et al. (1972)	8
Tableau 2	Anorexie mentale primaire Critères diagnostiques de Garfinkel et Garner (1982).....	8
Tableau 3	Anorexie mentale Critères diagnostiques du DSM-IV (1994).....	9
Tableau 4	Caractéristiques des familles anorexiques (Minuchin et al., 1978).....	19
Tableau 5	Modèle quadrifide de l'attachement adulte de Bartholomew (1991).....	37
Tableau 6	Épisode dépressif majeur Critères diagnostiques du DSM-IV (1994).....	46
Tableau 7	Distribution des adolescentes par niveau scolaire et école fréquentée ...	58
Tableau 8	Distribution des adolescentes en fonction du score au EAT-26	67
Tableau 9	Distribution des adolescentes restrictives en fonction du niveau scolaire	68
Tableau 10	Distribution des adolescentes restrictives en fonction de l'âge	69
Tableau 11	Distribution des adolescentes sur les variables socio-démographiques en fonction du critère de restriction alimentaire	70
Tableau 12	Distribution des adolescentes sur les niveaux de dépression de Beck en fonction du critère de restriction alimentaire	72
Tableau 13	Distribution des adolescentes restrictives et non restrictives en fonction des styles d'attachement	75
Tableau 14	Résultats de l'analyse de moyennes et de l'écart type des adolescentes restrictives et non restrictives sur les variables dépression et perception d'attachement à la mère et au père.....	75
Tableau 15	Analyses corrélatives entre la restriction alimentaire, la dépression et la perception d'attachement à la mère et au père.....	76
Figure 1	Résumé de la régression multiple hiérarchique	78

Remerciements

*« Il n'est si longue nuit qui atteigne l'aurore »
Shakespeare*

L'auteure tient à exprimer sa reconnaissance à sa directrice de recherche, Madame Diane Marcotte, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son expertise, sa rigueur et son respect.

Elle tient aussi à remercier Madame Danielle Leclerc, professeur au Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son appui technique dans l'exécution des analyses statistiques.

Des remerciements chaleureux sont adressés aux adolescentes, à la direction ainsi qu'aux professeurs des Collèges Notre-Dame-de-l'Assomption et Marie-de-l'Incarnation. Sans leur concours, la concrétisation de ce projet n'aurait pu voir le jour.

Des remerciements particuliers à Geneviève et à Jacques pour la lecture attentive de ce document et pour leurs précieux conseils.

Finalement, un merci tout spécial à Christiane, Richard et Benoit, qui ont toujours généreusement et tendrement laissé l'espace suffisant à cette réflexion.

Cette étude a reçu le support de l'Institut universitaire sur les jeunes en difficultés.

INTRODUCTION

Les critères féminins de beauté se sont largement modifiés au travers des époques. La corpulence féminine qui symbolisait jadis la fertilité a laissé place, suivant l'arrivée du récent siècle, à la renonciation aux rôles féminins traditionnels et à l'association nouvelle entre minceur, indépendance et réussite sociale (Guillemot & Laxenaire, 1993). Et depuis une trentaine d'années, on assiste à une recrudescence de l'attention portée à la minceur. Les sources actuelles de pressions sociales sont devenues importantes et préoccupantes. Outre l'augmentation du nombre de diffusions traitant de diététique dans les émissions et les revues populaires (Garner & Garfinkel, 1985), il faut penser au pouvoir de l'attraction physique dans l'image du succès social et à la validité culturelle accordée aux industries de la mode. Les plus récentes données épidémiologiques laissent croire que ces nouveaux critères de beauté ont entre autres contribué à l'augmentation des cas d'anorexie mentale des dernières années (Pauzé, Charbouillot-Mangin, & Saint-Pierre, 1996).

L'anorexie constitue à ce jour la troisième maladie chronique en importance chez les adolescents, après l'obésité et l'asthme (Golden, 1997). En tenant également compte de l'accroissement continu des attitudes et comportements alimentaires inadaptés à cette période, il est crucial de se questionner sur l'ampleur et la persistance de ce phénomène.

L'anorexie est la conséquence de l'interaction de divers facteurs. En considérant cette évidence, mais dans la visée de cerner la complexité de la pathologie et d'en mieux saisir certains éléments, la présente étude restreint son champ de recherche à la période

adolescente et porte intérêt aux dimensions familiales du syndrome. Plus spécifiquement, elle s'intéresse à la qualité des relations d'attachement comme cadre théorique à l'étude, et à la dépression pour son lien étroit à la pathologie. Peu d'études ont à ce jour vérifié les relations entre ces variables. En fait, nombreuses ont été les études à examiner la relation entre les troubles alimentaires et la dépression, et nombreuses ont été celles à questionner la contribution des facteurs familiaux dans la pathologie. Notre étude vise donc à vérifier empiriquement le lien entre la qualité des relations d'attachement et la restriction au plan alimentaire. Plus encore, elle cherche à examiner l'effet médiateur de la dépression sur la relation entre la restriction alimentaire et l'attachement à l'adolescence.

Les pages qui suivent sont subdivisées en quatre sections distinctes. Une première section propose le cadre théorique et empirique entourant l'étude des variables. Elle traite précisément de l'anorexie mentale à l'adolescence et explique ses particularités cliniques, son épidémiologie et son étiologie. Elle présente également la théorie d'attachement sous une perspective générale, ainsi que comme cadre théorique utile à la compréhension de la perspective familiale dans l'anorexie mentale. Elle propose aussi le concept de dépression à l'adolescence et montre les liens entre la dépression et l'anorexie. Elle met finalement en lumière les relations entre l'anorexie, la dépression et l'attachement, puis expose les divers objectifs de l'étude et les hypothèses de recherche retenues.

La seconde section décrit la méthode utilisée tout en présentant le déroulement de l'expérience. La troisième section présente les résultats obtenus aux analyses statistiques. Et enfin, la quatrième section discute les résultats et propose des pistes de réflexions.

CONTEXTE THÉORIQUE

Désir de minceur et conduites alimentaires inadaptées

Au cours des deux dernières décennies, les études cliniques et empiriques traitant de l'anorexie se sont accrues devant l'intérêt croissant porté à la minceur. Actuellement, l'insatisfaction corporelle et le désir de courbes fines touchent une grande proportion de femmes et d'adolescentes (Foreyt, Carlos Poston, Winebarger, & McGavin, 1998).

Le plus récent rapport de l'Institut National de la Nutrition (1998) révèle que 80% des jeunes filles âgées de 18 ans et plus ont déjà suivi un régime amaigrissant et que 50 % d'entre elles ont entrepris une diète malgré un poids idéal. Le rapport de l'enquête sociale et de santé (1998) corrobore ces résultats et ajoute que 56 % des adolescentes âgées entre 15 et 19 ans montrent un désir de perte de poids en vue d'une amélioration de l'apparence physique dans 82 % des cas. Les données révèlent également que 21 % des jeunes filles de l'étude présentent un poids jugé insuffisant.

Dans une étude portant sur les comportements alimentaires de 1 162 adolescents de la région de Montréal, Bolduc, Steiger et Leung (1993) vont dans le même sens face à cette idée d'envie de minceur. Essentiellement, les résultats de l'étude montrent que 33 % des adolescentes sont insatisfaites de leur corps, que 42 % vivent la crainte de présenter un excès pondéral et que 41 % sont préoccupées par un désir de minceur. Au total, 70 %

souhaitent perdre du poids, malgré un excès pondéral réel chez seulement 2 % des sujets. Enfin, 7 % disent que la nourriture contrôle leur vie.

Dans cette recherche de minceur, des comportements alimentaires inadaptés sont présentés. Onze pour cent des adolescentes étudiées par Bolduc et al. (1993) évitent de manger malgré la faim, 15 % font état d'un ressenti de culpabilité suite à l'ingestion de nourriture, 30 % font de l'exercice physique dans un but de dépenses caloriques et 36 % présentent des épisodes d'orgie alimentaire. Un pour cent font enfin l'usage de laxatifs ou se purgent. Fairburn et Wilson (1993) confirment que dans nos sociétés occidentales, au moins 10 % des filles d'âge scolaire ont des conduites alimentaires significativement mal adaptées. Et ces conduites mènent dans plusieurs cas au développement de pathologies de toutes sortes, dont au développement de l'anorexie mentale.

Anorexie mentale

Définitions de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale est définie par Dumas (1999) comme un refus de maintenir un poids corporel normal en utilisant des mesures intentionnelles et extrêmes visant à perdre du poids ou à ne pas en prendre. Pour leur part, Steiger et Séguin (1999) définissent ce syndrome comme un trouble polysymptomatique, caractérisé par une conduite active de restriction alimentaire, des attitudes et des comportements inadaptés en lien au poids et au corps, et typiquement accompagné par des perturbations dans la perception de l'image du corps, de l'humeur et du fonctionnement interpersonnel.

Deux types d'anorexie sont précisément présentés : l'anorexie mentale primaire et l'anorexie mentale secondaire. La première renvoie essentiellement à des préoccupations corporelles et à la manifestation d'efforts acharnés pour réduire le poids physique, malgré l'émaciation. La seconde est caractérisée par une perte de poids associée à la présence de troubles psychiatriques, tels la dépression ou la schizophrénie. La présente étude traite de l'anorexie mentale primaire à l'adolescence.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale primaire

Différents chercheurs ont proposé des critères cliniques visant à définir l'anorexie. Feighner et ses collègues (1972), Garfinkel et Garner (1982) et l'Association Américaine de Psychiatrie (1994) présentent des grilles diagnostiques reconnues et validées (Wilkins, 1995). Les tableaux 1, 2 et 3 montrent les critères de ces différentes grilles.

Triade symptomatologique de l'anorexie mentale à l'adolescence

La rencontre précise des critères diagnostiques de l'anorexie est parfois complexe. Wilkins (1995) suggère donc une triade symptomatologique permettant la suspicion juste des troubles alimentaires à l'adolescence, triade inspirée des travaux de Jeammet (1985).

La conduite anorexique constitue souvent le premier symptôme de l'apparition de l'anorexie mentale à l'adolescence. Cette conduite renvoie essentiellement à des attitudes actives de restriction alimentaire, en lien à une peur de prendre du poids et à un désir de maigrir. La faim est vécue comme une pulsion répugnante et une victoire sur elle procure

Tableau 1

Anorexie mentale primaire
Critères diagnostiques de Feighner et al. (1972)

A-	Age d'apparition : avant 25 ans
B-	Perte de poids excédant 25 % à partir du poids de départ
C-	Distorsion de l'attitude par rapport à l'alimentation se manifestant par : <ul style="list-style-type: none"> - négation de l'état de maigre - engouement apparent pour la perte de poids et plaisir excessif pris au refus de la nourriture - désir d'atteindre une minceur extrême et de s'y maintenir - manipulation excessive des apports alimentaires (calculs de calories, diminution radicale des quantités ingérées, etc.)
D-	Absence de maladie somatique pouvant expliquer la perte de poids
E-	Absence de troubles psychiatriques primaires tels que la schizophrénie, la névrose obsessionnelle-compulsive ou la névrose phobique
F-	Au moins deux des manifestations suivantes : aménorrhée, bradycardie, épisodes de boulimie, lanugo, périodes d'hyperactivité, vomissements induits volontairement ou abus de laxatifs

Tableau 2

Anorexie mentale primaire
Critères diagnostiques de Garfinkel et Garner (1982)

Ces auteurs suggèrent l'utilisation des critères de Feighner et al. (1972) avec adaptations :

A-	Aucune restriction pour l'âge
B-	Aucune restriction pour la perte d'appétit ou l'anorexie (le pourcentage de perte de poids peut ne correspondre qu'à 15 % du poids original)

Tableau 3

Anorexie mentale
Critères diagnostiques du DSM-IV (1994)

A-	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu)
B-	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale
C-	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle
D-	Chez les femmes postpubères, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple d'œstrogènes

Type restrictif :	Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou aux purgatifs
Type avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs :	Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou aux purgatifs

un sentiment de puissance. La restriction alimentaire est habituellement accompagnée de périodes de jeûne, de calculs des calories, de tris des aliments, de manœuvres purgatives, d'utilisation de laxatifs et d'excès d'exercices physiques.

Face à la restriction alimentaire imposée au corps, l'amaigrissement devient alors le second symptôme lié à l'apparition de l'anorexie à l'adolescence. Cet amaigrissement

correspond cependant au premier signe objectif du début de la maladie. La perte de poids est importante et peut dépasser plus de 50 % du poids initial (Jeammet, 1985). Sa rapidité est d'ailleurs un facteur de risque. L'amaigrissement impose des conséquences physiques et psychologiques qui sont dommageables à court et à long terme.

Aux conduites anorexiques et à l'amaigrissement vient s'ajouter l'aménorrhée, qui constitue le troisième symptôme permettant de dépister l'anorexie. L'aménorrhée renvoie à l'interruption des règles menstruelles pendant au moins trois cycles consécutifs. Elle est associée à un effondrement du taux d'hormones sexuelles résultant de la non stimulation ovarienne par l'hypothalamus. Elle peut être primaire, si la jeune fille n'a jamais eu ses premières règles. L'aménorrhée persiste souvent longtemps après la reprise pondérale.

La triade symptomatique proposée par Jeammet (1985) est un repère de base utile à l'identification des manifestations générales de l'anorexie. Dès la présence de conduites anormales face à la nourriture, au poids et à la silhouette, l'évaluation de ces éléments est nécessaire. Dans un contexte de recrudescence des comportements alimentaires inadaptés à l'adolescence, la rencontre stricte des critères diagnostiques n'est plus l'unique option à envisager dans la suspicion des troubles. Chaque cas est individuel et donc susceptible de présenter des typologies différentes (Garner & Garfinkel, 1988).

La présente étude renvoie à ces manifestations générales du syndrome anorexique. L'emploi du terme restriction alimentaire au cours de ce mémoire se traduit d'ailleurs par le caractère non clinique de certaines manifestations ou conduites anorexiques.

Prévalence et aspects épidémiologiques de l'anorexie mentale primaire

De façon générale, une incidence accrue des troubles alimentaires est notée depuis les dernières années (Latouche & Henry, 1998). Alvin (2001), l'Association Américaine de Psychiatrie (1994) et Hobbs et Johnson (1996) évaluent la prévalence de l'anorexie mentale sévère variant entre 0,5 % et 2 % chez les adolescentes âgées entre 12 et 18 ans. Des cas plus légers sont toutefois rapportés chez 5 % des jeunes filles. Nezelof et Bonin (1990) indiquent qu'environ 2 % de la population adolescente occidentale répondrait aux critères diagnostiques de l'anorexie. Divers auteurs croient à une triple augmentation de la prévalence de la maladie depuis les années soixante (Steiger & Champagne, 1999). Il faut toutefois évaluer avec prudence cet accroissement, puisque les progrès effectués dans la détection des cas d'anorexie et la meilleure identification possible de la pathologie sont également des facteurs susceptibles d'expliquer l'augmentation observée.

Connors et Johnson (1987) et Fairburn et Beglin (1990) font parallèlement état d'une prévalence sous-clinique de l'anorexie mentale oscillant entre 5 et 24 %, statistique indicative d'une tendance à l'accroissement portée par un contexte social plus large. Dans le même sens, Ratté, Pomerleau et Lapointe (1989) mettent en lumière la présence de caractéristiques renvoyant à l'anorexie chez 16,3 % des 1 144 collégiennes québécoises retenues dans leur étude. Ils indiquent que 8 % des jeunes filles interrogées ont vécu des problèmes alimentaires d'intensité clinique au cours des trois dernières années, alors que 1,5 % ont présenté une anorexie mentale véritable. Ainsi, malgré qu'il soit impossible de

parler d'anorexie dans plusieurs cas, les premières manifestations du trouble alimentaire sont non négligeables et méritent une attention sérieuse.

L'anorexie se développe dans une proportion de 90 à 95 % chez les femmes et les adolescentes (Steiger & Champagne, 1999). L'âge des toutes premières manifestations du syndrome est variable, mais correspond au début ou au milieu de l'adolescence, soit entre 13-14 ans ou 16-17 ans (Jeammet, 1993). Une distribution égale de la pathologie sur tous les niveaux socio-économiques est retrouvée. La thèse associant les troubles alimentaires aux classes sociales favorisées est de plus en plus infirmée (Steiger & Champagne, 1999).

Modèles étiologiques de l'anorexie mentale

Divers modèles théoriques ont été proposés pour expliquer le développement de l'anorexie mentale. Pour la majorité des chercheurs, l'intégration de facteurs biologiques, psychologiques, familiaux et sociaux est nécessaire à une juste explication de la maladie. Un consensus tient d'ailleurs à l'effet que l'étiologie de l'anorexie serait multifactorielle (Steiger & Champagne, 1999; Garfinkel & Garner, 1982). En reconnaissant l'importance de chacun de ces facteurs, la présente étude vise à vérifier spécifiquement les dimensions familiales dans l'anorexie. Préalablement, une brève description des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux est toutefois revue et proposée.

Modèle étiologique de nature biologique

Les études s'attardant aux facteurs biologiques impliqués dans le développement de l'anorexie suggèrent la présence de vulnérabilités liées à une prédisposition génétique.

Les recherches de l'Association Américaine de Psychiatrie (1994) avancent la probabilité ou le risque plus élevé de développer un trouble alimentaire chez les membres immédiats d'une famille lorsqu'un trouble de même nature est déjà présent dans la famille. D'autres études, effectuées sur des jumelles monozygotes et dizygotes, suggèrent une concordance de 20 à 50 % des troubles alimentaires chez les jumelles monozygotes et de 10 % chez les jumelles dizygotes (Treasure & Holland, 1995). Ces résultats démontrent bien que le rôle de l'hérédité dans le risque de développer les troubles alimentaires est présent, mais que la trop grande importance des facteurs environnementaux empêche de voir l'anorexie consacrée maladie purement génétique.

D'un point de vue neurobiologique, la perturbation des neurotransmetteurs, tels la dopamine et la sérotonine, semble également contribuer au développement de l'anorexie (Treasure & Holland, 1995). Un faible taux de noradrénaline pourrait aussi s'associer à la pathologie. Ces hypothèses manquent toutefois d'appuis scientifiques. L'impossibilité de reconnaître avec certitude la part de transmission génétique dans l'anorexie mentale rend les conclusions plus difficiles. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs l'aspect réductionniste de l'unique étiologie biologique.

Modèle étiologique de nature psychologique

Les auteurs de l'approche psychologique notent des traits de personnalité souvent associés à l'anorexie. Entre autres, la présence d'une faible estime de soi, de difficultés dans l'expression des émotions, de conflits dans les relations interpersonnelles, ainsi que d'une hypersensibilité à la critique et à l'opinion d'autrui (Bruch, 1973).

De manière générale, les chercheurs soulèvent aussi la présence de dépendance, d'anxiété, de discipline, de perfectionnisme, de contrôle excessif et de complaisance. Des recherches cliniques utilisant des tests psychologiques standardisés ont d'ailleurs mené à des caractérisations associées à des états névrotiques et introverties chez les anorexiques (Steiger & Champagne, 1999).

Comme le soulignent Garner, Garfinkel et Bemis (1982), les anorexiques ont de la difficulté à établir des relations au plan social. Elles se sentent incapables, insignifiantes, inférieures aux autres et excessivement sensibles à l'influence extérieure. Elles éprouvent plus de difficulté à s'insérer dans un groupe de pairs et se sentent difficilement capables de se détacher de l'emprise familiale pour faire face aux réalités caractérisant la période adolescente (Selvini-Palazzoli, 1978). Ainsi, pour Bruch (1973) de même que pour Pausé et Lacharité (1994), les anorexiques font souvent face à l'isolement au cours de l'année qui précède les manifestations du syndrome. Et dans ce contexte, la minceur, par l'intérêt qu'elle suscite, représente un atout facilitant leur insertion sociale (Pausé et al., 1996).

Certaines anorexiques présentent également un déficit dans l'acquisition des bases liées au développement de sentiments de compétence et d'autonomie (Bruch, 1973). Elles éprouvent de la difficulté à fonctionner avec indépendance, en raison d'inhabiletés à faire confiance à leurs expériences personnelles (Bruch, 1973).

Quoiqu'il en soit, il demeure primordial de tenir compte des effets secondaires de la malnutrition sur l'ajustement psychologique des anorexiques. Des études ont démontré que les troubles alimentaires causaient la détérioration du fonctionnement psychologique

(Garfinkel & Garner, 1982; Sohlberg & Strober, 1994) mais que la restauration pondérale conduisait à la normalisation significative de cet état (Steiger & Champagne, 1999).

Modèle étiologique de nature sociale

Les facteurs sociaux jouent également un rôle important dans le développement et le maintien de l'anorexie. La pression des sociétés occidentales pour la minceur constitue un facteur pouvant expliquer la prévalence élevée des conduites restrictives. Les valeurs prônées associent la minceur au pouvoir, au succès et au contrôle de soi (Gordon, 1990). La minceur est gage de réussite sociale, de moralité et de jeunesse éternelle (Guillemot & Laxenaire). Les femmes minces sont ainsi plus positivement évaluées dans leurs relations personnelles, professionnelles et sociales. Il en résulte une utilisation intense des régimes amaigrissants et une préoccupation obsessionnelle de l'image du corps (Steiger & Champagne, 1999). La publicité, les médias et la médecine donnent aussi appuis à la poursuite de ces idéologies. Dans cette lignée, l'anorexie pourrait s'associer à l'image sociale attendue de la femme moderne actuelle (Guillemot & Laxenaire, 1997).

Spécifiquement à l'adolescence, l'aspect social associé aux conduites alimentaires restrictives doit être considéré avec attention. Le développement physique à cette période est étroitement lié à l'élaboration de l'image personnelle et sociale (Cloutier, 1996). Pour l'adolescente, la minceur, élément de beauté physique important, répondrait à des critères de désirabilité, de valorisation et de compétence. Le corps svelte inviterait à la popularité, à l'appartenance au groupe et à l'attribution d'une image positive de soi. La recherche de minceur à l'adolescence serait aussi étroitement liée à des représentations intériorisées, à

des modèles de référence promus et adoptés, à des normes et à des pressions médiatisées ou directement spécifiques au groupe de pairs. Force est de tenir compte impérativement du contexte socioculturel dans l'apparition de l'anorexie mentale à cette période.

Modèle étiologique de nature familiale

Divers auteurs ont souligné l'importance du rôle de la famille dans l'apparition et l'évolution des troubles alimentaires à l'adolescence. Ces auteurs partagent cependant des points de vue différents devant l'idée que la structure et le fonctionnement familial soient des éléments clés dans l'explication de l'anorexie. Notre étude vise à investiguer la nature des liens établis entre l'anorexie et ces différentes caractéristiques familiales. Plus encore, elle cherche à examiner non seulement l'effet du système familial sur le développement de l'anorexie, mais aussi l'impact en boucles de la pathologie sur le système familial. Les pages qui suivent dégagent les principes essentiels des études théoriques et cliniques, tout en présentant l'évolution ayant mené à la perspective multidimensionnelle actuelle.

Principes théoriques et observations cliniques. Chronologiquement, Laseque (1873) et Gull (1874) ont été les premiers à rendre compte d'un rôle négatif joué par les familles dans l'apparition et le maintien de l'anorexie. Comme Charcot (1889), ils ont soutenu que la famille se posait comme un obstacle majeur dans la maladie et ont avancé la nécessité que soit retirée la patiente de son milieu familial. Dans leurs propres observations, Bliss et Branch (1960) ont vu que certaines mères inhibaient le développement de l'adolescente par leur surprotection alors que d'autres étaient plus distantes et inefficaces. Bruch (1973) a poursuivi dans ce sens, en précisant qu'une relation mère-enfant particulière, où la mère

ne répondait pas adéquatement aux besoins de son enfant, était au cœur de la maladie. La mère agissait en fonction de ses propres désirs de se sentir en contrôle et différenciait peu les besoins de l'enfant. Au moment de l'adolescence, la jeune fille se trouvait alors moins en mesure de répondre aux exigences des tâches de séparation-individuation inhérentes à son développement, sa mère n'ayant pas su lui fournir les gratifications et le sentiment de sécurité nécessaire (Orbach, 1986). L'état intérieur de confusion rendant l'anorexique peu capable de distinguer ses besoins alimentaires de ses besoins émotifs était d'ailleurs en lien à ses interactions négatives avec la figure maternelle (Bruch, 1973).

Force est de constater que le rôle négatif joué par la mère est prépondérant dans les justifications données à l'époque pour parler de l'anorexie. Les explications attribuaient à la mère la grande responsabilité de l'apparition et du maintien de la maladie, et rendaient ainsi compte d'un système de cause à effet simple et à sens unique, garant de l'anorexie.

Plus tard, Selvini-Palazzoli (1974) et Minuchin (1975,1978) ont adopté une vision parallèle axée sur les interactions familiales. Ils ont identifié les caractéristiques associées aux familles anorexiques en se détournant du modèle suggérant des défaillances propres à un individu unique. Dans les spécificités familiales prédisposant et perpétuant l'anorexie, Selvini-Palazzoli et ses collègues ont entre autres mis l'emphase sur les défaillances de la communication entre les membres de la famille. Ils ont noté les faiblesses de la résolution des conflits familiaux, l'attitude d'abdication des parents à l'égard de leur rôle initiateur dans cette résolution de conflits et la cachette de coalitions entretenues avec l'anorexique. Ils ont aussi rapporté un état de tensions dans les interactions, la présence de blâmes entre

les membres et de disputes conjugales. La distance ou l'absence du père et la dominance de la mère ont finalement été décrits comme des facteurs associés à la pathologie.

D'autres auteurs ont aussi examiné la nature des interactions familiales rattachées à l'anorexie mentale. Sours (1980) a décrit la famille anorexique comme fonctionnelle en superficie. Elle a observé que les familles se voyaient rigides, surprotectrices, manquaient d'habiletés dans la résolution de conflits et impliquaient leurs enfants dans les désaccords parentaux. Les auteurs ont développé une vision des parents d'anorexiques revenant à ces mêmes stéréotypes: mère dominante et autoritaire, père inefficace (Szrynski, 1973).

Dans un sens similaire, Minuchin et ses collègues (1978) ont expliqué l'anorexie comme un trouble découlant de dysfonctions familiales. Ils ont vu la patiente anorexique prise dans un système familial où les frontières maintenaient les membres surimpliqués les uns aux autres, fortement séparés du monde extérieur et où les limites étaient diffuses et affaiblies. Concrètement, l'étude de Minuchin et al. (1978) a permis l'identification de cinq caractéristiques reliées aux familles anorexiques. Ces caractéristiques sont reconnues et retrouvées dans la majorité des études familiales traitant de ce syndrome.

Outre ces cinq caractéristiques, le modèle de Minuchin et al. (1978) explique que l'enfant est physiologiquement vulnérable, qu'il joue un rôle majeur dans l'évitement des conflits familiaux et que son rôle est source de renforcement de ses symptômes. Qu'il est donc plus à risque de répondre difficilement aux demandes adolescentes. Divers auteurs affirment que les travaux de Minuchin et ses collègues proposent les explications les plus justes sur les multiples caractéristiques familiales impliquées dans le trouble alimentaire.

Tableau 4

Caractéristiques des familles anorexiques (Minuchin et al., 1978)

1.	<i>L'enchevêtrement</i> , une forme extrême de proximité et d'intensité dans les interactions familiales, marquée par des frontières floues et fragiles entre les sous-systèmes et une mauvaise différenciation interpersonnelle des fonctions et des rôles des membres
2.	<i>La rigidité</i> , caractérisée par une forte résistance au changement, pôle pathologique de la dimension d'adaptabilité familiale. Les interactions habituelles sont maintenues, même lorsque les stress externes et internes rendent le changement nécessaire. Cette organisation familiale stable peut convenir à la période précédant l'adolescence mais devient inadaptée à l'adolescence
3.	<i>La surprotection</i> se traduit par une attention excessive au bien-être de l'autre, avec une hypersensibilité aux signaux de détresse indiquant l'approche de tensions ou de conflits. De manière circulaire, la surprotection parentale gêne l'autonomisation de la patiente dont les symptômes protègent également la famille du changement
4.	<i>L'absence de résolution des conflits</i> découle des autres caractéristiques. L'harmonie étant valorisée et les désaccords évités, les problèmes restent non résolus et menacent en permanence de réapparaître, de sorte que des mécanismes d'évitement des conflits sont constamment réactivés. Les membres de ces systèmes se mobilisent rapidement pour interrompre les thèmes conflictuels avant qu'ils soient ouvertement exprimés. La tolérance aux conflits est faible
5.	<i>L'implication de l'enfant symptomatique dans le conflit parental</i> (par détournement du conflit ou par coalition) finit par donner à celui-ci la fonction d'absorbant, fonction nécessaire à ces familles trop proches et rigides risquant d'exploser à tout moment

Des éléments communs se dégagent des avancées théoriques de Selvini-Palazzoli, Minuchin et Bruch (Shugar & Krueger, 1995). Leurs descriptions indiquent que les mères sont surprotectrices et dominatrices, que les pères sont distants ou absents, que les divers membres sont enchevêtrés et peu en droit à l'intimité et à l'autonomie, que la discipline et

le succès sont plus valorisés que la maturité et l'indépendance, que les conflits sont évités et les coalitions cachées, que les interactions sont généralement rigides et que le maintien d'une harmonie apparente est nécessaire à préserver la stabilité familiale. Ces auteurs ont permis de voir que le système familial est bien plus qu'un système d'influence, mais qu'il est lui-même influencé. L'effet en boucles de la maladie sur la famille a été considéré.

Ces observations cliniques rapportées permettent l'éclaircissement de la nature du fonctionnement familial anorexique. Mais malgré que ces études soient persuasives, elles tendent à rendre un portrait incomplet et à sens unique de l'apport des facteurs familiaux dans les troubles alimentaires (Eisler, 1995).

Perspective multidimensionnelle. Garfinkel et Garner (1982) ont choisi de ne pas adhérer à ce concept de structures et de relations familiales spécifiques à l'anorexie. Dans leur vision, multiples difficultés familiales et facteurs de risque prédisposent à la maladie. Et malgré la présence de perturbations communes dans les interactions familiales au plan de la communication, des attentes de performance et de l'expression affective, les auteurs soutiennent que le rôle étiologique de la famille dans l'anorexie est imprédictible.

Strober et Yager (1985) ont à leur tour avancé la notion de variabilité des modèles familiaux. Ils ont identifié deux types dominants de familles anorexiques. D'une part, un système familial à cohésion excessive et d'autre part, un système à faible cohésion. Dans le premier cas, les relations sont teintées de peu de permissivité, ce qui réduit l'expression émotive et appauvrit les contacts au monde extérieur. Dans le second cas, les relations

sont conflictuelles avant même l'apparition des symptômes anorexiques. Les interactions sont teintées d'insatisfaction, de dépendance, de peur d'abandon et d'absence de limites.

De loin le plus articulé, le modèle familial multidimensionnel défendu par Garner & Garfinkel (1982) décrit bien la constante interaction entre les composantes du système familial et le développement du trouble alimentaire. La causalité est décrite en des termes de circularité et de mouvance. Les facteurs familiaux sont interactifs les uns aux autres et apparaissent aussi en réponse aux troubles alimentaires. Les causes et les effets sont donc impossibles à distinguer dans l'explication du trouble. Garfinkel et Garner (1982) pensent résolument que les facteurs familiaux doivent s'associer à plusieurs autres facteurs pour bien mettre en lumière l'étiologie des troubles alimentaires.

Ces différents modèles théoriques ont grandement contribué au développement de l'approche familiale dans l'anorexie mentale. Bien que ces constructions aient été remises en question, elles exercent toujours un impact notable (Cook-Darzens, Doyen & Mouren-Simeoni, 2000). Peu d'études empiriques ont toutefois objectivement examiné ces aspects familiaux impliqués dans le syndrome (Eisler, 1995). Des données indirectes proviennent d'études rétrospectives sur les soins dans l'enfance et sur les relations familiales actuelles de patientes souffrant d'anorexie (Eisler, 1995). Les difficultés méthodologiques liées à l'échafaudage d'études observationnelles capables de fournir des informations fiables et cliniquement significatives sont telles que les chercheurs ont adopté une approche portant sur des comptes rendus faits par les patients et par d'autres membres de la famille (Eisler, 1995). Les études empiriques proposées à ce jour sont donc souvent inconsistantes et sont

le reflet de conclusions peu généralisables. En posant cependant un regard critique sur ces résultats et en considérant le modèle multidimensionnel de Garfinkel et Garner (1982) en arrière plan, il est possible de rendre ces études éclairantes.

Données empiriques. Certains auteurs se sont intéressés à vérifier empiriquement les liens entre les troubles alimentaires et les facteurs socio-démographiques des familles.

La classe sociale a longtemps été vue comme un facteur descripteur important des familles anorexiques. Plusieurs études basées sur des échantillons cliniques ont montré la présence plus grande de troubles alimentaires dans les classes sociales supérieures (Crisp, Hsu, Harding, & Hartshorn, 1980; Morgan & Russell, 1975; Garfinkel & Garner, 1982). Des études plus récentes ont cependant questionné l'universalité de ces résultats (Rastam & Gillberg, 1991). Les auteurs ont démontré une absence de différence significative entre les divers niveaux économiques. Les troubles alimentaires sont retrouvés dans les classes sociales sur une distribution égale (Steiger & Champagne, 1999).

Le rang de naissance et la composition familiale sont des facteurs qui ont souvent été vus associés à l'anorexie. Des études montrent cependant l'inconsistance des résultats observés (Rastam & Gillberg, 1991; Gowers, Kadambari, & Crisp, 1985; Hall, 1978).

La perte d'un parent due à la mort ou à l'éclatement de la famille n'apparaît pas non plus liée au développement des troubles alimentaires (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992; Rastam & Gillberg, 1991). La mort parentale est retrouvée chez moins de 5 % des adolescentes présentant des syndromes alimentaires (Schmidt, Tiller & Treasure,

1993). Ainsi, en considérant la séparation parentale, la mort parentale et le pensionnat, les anorexiques ne vivent pas plus de pertes que les adolescentes sans trouble alimentaire.

Les facteurs précédemment traités sont généraux et malgré qu'ils aient été associés aux troubles alimentaires, il est discutable qu'ils y soient spécifiques. D'autres auteurs se sont intéressés à vérifier empiriquement la nature du fonctionnement familial anorexique.

Les recherches empiriques des dix dernières années montrent des résultats parfois contradictoires quant au fonctionnement des familles anorexiques. La plupart s'accordent pourtant à noter que ces familles sont plus perturbées que les familles normales. Aucune ne considère cependant les effets rétroactifs de la maladie sur le fonctionnement familial.

Dans leur étude, Waller, Calam et Slade (1989) et Steiger, Liquornik, Chapman et Hussain (1991) vont dans le sens d'un fonctionnement familial anorexique plus perturbé. En comparant ces familles à des familles normales sur six variables (différentiation des rôles, implication affective, sensibilité affective, résolution de problèmes, communication et contrôle) les chercheurs ont observé que les familles anorexiques affichaient une plus pauvre qualité de fonctionnement au niveau de la communication et de la sensibilité.

Les résultats de l'étude de Felker et Stivers (1994) abondent en ce même sens. En comparant un groupe qui rencontrait les critères de trouble alimentaire sous-clinique à un groupe normal, les chercheurs ont vu que des caractéristiques spécifiques étaient liées au fonctionnement familial anorexique et boulimique. Les étudiants, classés dans le groupe à trouble alimentaire par les auteurs, rapportaient des niveaux d'organisation, de cohésion

et d'expressivité plus faibles et des niveaux de conflits et de contrôle plus élevés. Ces caractéristiques ont été reconnues liées à un risque accru de développer de réels troubles alimentaires à l'adolescence.

Ces résultats sont supportés par les observations cliniques de Shugar et Krueger (1995) qui suggèrent la présence de défenses rigides, de comportements agressifs cachés, de surprotection, d'apparente harmonie, ainsi que de minimisation, voire de négation des conflits dans ces familles. L'étude va plus loin en soutenant l'idée que les comportements anorexiques et le style de communication familiale sont interdépendants et que le style de communication est prédictif du pronostic de l'anorexie mentale.

Comme précédemment mentionné, toutes ces études envisagent le fonctionnement familial dans les troubles alimentaires sur une base unidimensionnelle et linéaire. Aucune ne réfléchit en terme de mouvance et de circularité, ce qui constitue une critique majeure.

D'autres études empiriques se sont également intéressées à vérifier les perceptions spécifiques des anorexiques face à la qualité de leurs relations familiales.

Des études ont noté que les femmes qui avaient des troubles alimentaires voyaient leurs interactions familiales significativement moins saines que les femmes sans trouble alimentaire (Calam, Waller, Slade, & Newton, 1990; Waller, Slade, & Calam, 1990; Kog & Vandereycken, 1989; Waller, Calam, & Slade, 1989).

L'enquête menée par Prigent (1988) auprès de jeunes filles anorexiques va aussi vers cette idée de perceptions familiales plus négatives chez ces dernières. Leurs résultats

indiquent que les anorexiques décrivent leur milieu familial comme dépourvu de chaleur affective, interdisant l'expression émotive et rendant la performance préalable aux gestes d'affection. L'environnement familial est vu comme surprotecteur et laissant peu de place à l'affirmation de soi et à l'autonomie personnelle.

Reeves et Johnson (1992) notent aussi que les femmes qui présentent des troubles alimentaires rapportent une faible ouverture de leur famille à l'expression des émotions et des pensées, à l'empathie, à la résolution de conflits et à la prise de responsabilités. Les résultats de Stern, Dixon, Jones, Lake, Nemzer et Sansone (1989) vont aussi dans ce sens, puisque leurs résultats montrent que les femmes aux prises avec des troubles alimentaires parlent de leur famille comme limitant l'expression de leurs émotions et comme étant peu supportante. Elles décrivent leurs interactions familiales comme ayant un niveau élevé de rigidité, de surprotection, d'enchevêtrement et de conflits non résolus.

Les adolescentes anorexiques rapportent des sentiments de malaise et d'inconfort en lien à la relation entretenue avec leurs parents (Swarr & Richards, 1996). Précisément, les filles aux prises avec des problèmes alimentaires paraissent se sentir moins proches de leurs parents que celles du groupe contrôle. Elles rapportent une pauvre communication (Waller, Calam, & Slade, 1989) et disent sentir de leurs deux parents moins d'empathie et de chaleur dans les soins (Calam, Waller, Slade, & Newton, 1990). Les adolescentes qui présentent des troubles alimentaires semblent se sentir moins acceptées et plus critiquées. Humphrey (1986) spécifie qu'elles voient également leurs parents comme plus blâmants, rejetants, voire négligeants. Humphrey (1987) soutient que ces mères tendent à être plus

contrôlantes et demandantes, et plus critiques face au poids et à l'apparence physique de leur fille (Pike & Rodin, 1991).

En utilisant le Parental Style Questionnaire (PSQ), Waller et Hartley (1994) ont démontré empiriquement que les femmes présentant des troubles alimentaires rapportent généralement que leurs parents sont plus désapprobateurs. Ils ont aussi noté que les filles anorexiques soutiennent que leur mère impose des critères de performance élevés.

Ces dernières études sont intéressantes puisqu'elles tiennent largement compte de la perception des anorexiques sur la qualité de leurs relations familiales. Ces perceptions sont toutefois généralisées et omettent de considérer l'influence de la maladie comme un facteur important d'altération et de mutation de ces perceptions.

De sens opposé, d'autres études ne corroborent pas certains principes théoriques et cliniques proposés sur les familles anorexiques. Les conclusions de l'étude de Dare, Le Grange, Eisler et Rutherford (1994) discutent la théorie de Minuchin (1978). Les résultats montrent que les familles testées à l'aide du EE Scales et du FACES, deux questionnaires souvent utilisés pour mesurer le fonctionnement familial des anorexiques, n'affichent pas de rigidité, d'enchevêtrement ni de surprotection. Leurs résultats vont cependant dans le sens du modèle de Minuchin quant au faible degré d'expression affective, d'hostilité, de critique et de chaleur. L'étude offre des nuances cliniques pertinentes et éclairantes.

Cook-Darzens, Doyen et Mouren-Simeoni (2000) offrent des résultats semblables et complémentaires à ceux de l'étude de Dare et al. (1994). Avec la version française du

FACES III (Tubiana-Rufi, Moret, Bean, Mesbah, Fear, Deschamps, Czernichow, & Chwalow, 1991), les auteurs visaient à évaluer la vision de seize familles anorexiques sur leur dynamique transactionnelle et à déterminer le degré de convergence entre le vécu de ces familles et les modèles théoriques généralement proposés. Leurs résultats démontrent que les familles anorexiques ont un fonctionnement familial diversifié et globalement non pathologique. En plus, aucune famille ne se retrouve dans les sections dysfonctionnelle et rigidement enchevêtrée au contraire du modèle avancé par Minuchin (1978). Les résultats indiquent aussi que les familles anorexiques se sentent plus distantes et moins cohésives que les familles de la population générale. Mais elles se voient finalement plus adaptables que les familles normales. Quant à leur idéal de cohésion et de flexibilité, il rejoint celui des familles normales, avec un désir de plus de cohésion. Pour l'adaptabilité, les familles anorexiques sont plus nombreuses à se voir flexibles plutôt que structurées.

L'étude de Russell, Kopec-Schrader, Rey et Beumont (1992) fait état de résultats n'appuyant pas non plus les observations cliniques proposées sur les soins et la protection parentale. En utilisant le Parental Bonding Instrument, les chercheurs ont montré que les adolescentes anorexiques n'évaluaient pas plus de contrôle ou de contrainte affective de la part de leurs parents que les filles sans trouble alimentaire. Elles évaluaient les soins et la protection maternelle et paternelle comme optimaux. Elles affichaient aussi la tendance à percevoir moins de surprotection. Devant ces contradictions, les auteurs soulignent que leurs observations cliniques démontrent que les anorexiques tendent à nier ou à bien mal interpréter la surprotection, puisque de façon générale, la majorité des études ayant utilisé le Parental Bonding Instrument ont montré que les anorexiques percevaient un plus faible

niveau de soins et un plus haut niveau de protection chez leurs parents lorsque comparées aux sujets sans trouble alimentaire (Calam, Waller, Slade, & Newton, 1990; Steiger, Van der Feen, Goldstein, & Leichner, 1989; Palmer, Oppenheimer, & Marshall, 1988). Pour les chercheurs, leur étude reflète la tendance des anorexiques à l'idéalisation. Elles sont d'ailleurs les seules patientes, pathologies confondues, à évaluer les soins reçus avec plus de positivisme que les sujets de groupes normaux (Russell et al., 1992).

Rôle du père. Le rôle du père comme facteur étiologique dans la pathologie a peu souvent été traité (Fitzgerald & Lane, 2000). Les essais sur le sujet ont toutefois noté que la qualité et le degré d'implication du père auprès de sa fille jouaient un rôle important dans le développement de l'anorexie et influençaient la qualité du passage de l'enfance à l'âge adulte (Fitzgerald & Lane, 2000). En fait, que son rôle favorisait le développement de bases de sécurité dans l'enfance, facilitait l'autonomie et la transition à l'indépendance au cours de l'adolescence. La qualité de l'implication paternelle agirait en somme comme un facteur de risque ou de protection au développement de la maladie (Swarr & Richards, 1996). Le rôle du père est donc plus éminent que l'ont laissé entendre les études produites à ce jour. La nécessité de s'attarder à son importance ne fait plus de doute.

Dans leur étude, Cole-Detke et Kobak (1990) ont évalué les pères d'anorexiques comme plus critiques, perfectionnistes, colériques et indisponibles que les pères de filles sans trouble alimentaire. Lewis (1986) a aussi ajouté que les anorexiques évaluaient leurs pères comme moins aimants, plus hostiles et plus agressifs que les filles sans syndrome. Elle a démontré que les pères fournissaient une importante source d'identification et de

support à l'adolescente et que l'enchevêtrement fréquemment observé entre cette dernière et sa mère devait partiellement être compris, comme une réaction à ce manque d'attention et de support du père, tant pour la mère que pour la fille. Elle a ajouté que la disponibilité du père influencerait aussi la perception des transformations physiques de l'adolescence. Le manque d'investissement du père pourrait amener sa fille à percevoir ses changements physiques comme inacceptables et effrayants. Au contraire, son implication et son appui pourraient rendre les transformations plus positives et diminuer le risque d'apparition des troubles de l'alimentation. Il semble que l'investissement du père auprès de sa fille agirait comme un facteur de protection de premier ordre (Swarr & Richards, 1996).

Conclusion. Les observations cliniques et les diverses études empiriques s'offrent mutuellement des nuances éclairantes. Ces échanges sont utiles à plus de finesse dans les conclusions apportées. La force des études cliniques ne peut pas être remise en doute par le manque d'appuis empiriques et les résultats non concordants ne doivent pas réfuter les principes avancés. Ils ne peuvent pas à eux seuls, déterminer l'importance des facteurs familiaux dans l'explication de l'anorexie mentale.

Il est clair que l'environnement familial influence et agit comme facteur de risque dans le développement de la maladie (Felker & Stivers, 1994). Mais il est une évidence qu'un seul facteur ne peut être associé à son apparition. Pour des raisons de constantes interactions entre les composantes du système familial, même si une organisation type est observée chez les familles anorexiques, il n'y a pas de lien direct entre ces observations et l'étiologie complexe des troubles alimentaires à l'adolescence.

Pour une investigation plus détaillée des aspects familiaux rattachés à l'anorexie, l'attachement servira de modèle théorique. Les travaux menés sur l'attachement à ce jour, ont d'ailleurs présenté la pertinence du modèle dans l'explication et la compréhension des phénomènes relationnels normaux et pathologiques.

Théorie de l'attachement

Initialement énoncée par John Bowlby (1958, 1969, 1973 et 1980), la théorie de l'attachement fait référence au lien affectif développé par l'enfant envers ses pourvoyeurs de soins, ainsi qu'à l'impact de ces interactions sur le développement social et affectif de ce dernier. Elle repose sur un ensemble de propositions et d'observations qui montrent les processus par lesquels se développent et se maintiennent les liens affectifs significatifs au cours des cycles de la vie, allant de l'enfance à l'âge adulte.

La qualité du lien aux figures parentales est vue comme un facteur central associé au développement affectif, cognitif et social du jeune (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999). Des études ont démontré que la qualité des premiers liens affectifs, déterminée par la disponibilité émotionnelle et la sensibilité de la mère aux besoins de son enfant, jouait un rôle majeur dans l'édification de la personnalité (Sroufe, Egeland, & Kreutzer, 1990).

Dans les faits, le parent qui répond adéquatement aux besoins de son enfant donne à ce dernier la possibilité de développer une image positive de lui-même et de son parent, et facilite indirectement l'adaptation à la vie. Cette saine relation d'attachement procure à l'enfant un sentiment de sécurité qui soutient l'exploration rassurante de l'environnement

(Sroufe & Waters, 1977), facilite la recherche d'autonomie et la traverse des processus de séparation-individuation, assure la confiance dans les rapports aux autres (Bowlby, 1973) accroît le sentiment de compétence, la flexibilité et la capacité d'adaptation affective et cognitive (Matas, Arend & Sroufe, 1978), influence l'adaptation psychologique (Bowlby, 1980; Lyddon, Bradford, & Nelson, 1993) et favorise la poursuite du développement.

En sens contraire, une relation affective négative aux figures d'attachement invite au développement d'une pauvre image de soi et de fragilités accrues (Bowlby, 1988). Les enfants de parents peu sensibles et disponibles réagissent à la séparation avec davantage de peur, d'hostilité et d'évitement (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Aussi, une pauvre qualité d'attachement serait associée à des difficultés de comportements (Bates & Bayles, 1988; Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985), à une pauvre estime de soi, à un faible sentiment de compétence sociale (Sroufe, 1983) et à des symptômes psychopathologiques (Sroufe, 1988). Et ces expériences négatives dans l'enfance influencent le développement de psychopathologies futures (Scott Brown & Wright, 2001). Il faut toutefois préciser que ces influences positives ou négatives dans l'enfance ne sont pas directement corrélées à la poursuite du développement. De la même manière que tout individu n'est pas protégé des difficultés, il est aussi perméable à de nouvelles influences positives.

Ainsworth et ses collaborateurs (1978), par l'entremise de la situation étrangère et par l'élaboration d'une typologie sur la qualité des relations d'attachement, ont permis de consolider les propositions théoriques sur le concept. Ils ont identifié trois types possibles d'attachement: sécurisant, anxieux-ambivalent et évitant. Essentiellement, les enfants du

type sécurisant se distinguent par la capacité à utiliser les figures parentales comme bases de protection en situation stressante. Les enfants du type anxieux-ambivalent sont plutôt difficiles à rassurer en moment de détresse, vivent de l'anxiété et de la colère. Les enfants du type évitant sont finalement caractérisés par des comportements de détachement et de fuite lors des situations de détresse.

Lorsque le concept de modèle de représentations internes a été proposé, une autre perspective s'est jointe à celles existantes sur les théories de l'attachement. Le concept est devenu central dans les études sur le sujet (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Il a été défini par John Bowlby (1973) comme renvoyant aux représentations mentales, inconscientes et conscientes, du monde extérieur et de soi, à partir desquelles un individu compose avec les événements et entrevoit le futur. Bowlby (1973) a noté l'importance de la qualité des modèles de relation élaborés pour saisir l'attachement sous un plan développemental.

En assentiment avec la théorie de Bowlby et la typologie d'Ainsworth, plusieurs études ont démontré que les relations d'attachement développées dans l'enfance tendaient à se maintenir tout au cours de la vie (Weiss, 1994; Frey & Rothlisberger, 1996; Armsden & Greenberg, 1987). La stabilité des représentations d'attachement est toutefois tributaire de la stabilité des conditions familiales et environnementales. D'autres études ont montré cette possibilité de changement des représentations (Bowlby, 1973; 1988) sans cependant élaborer sur les conditions et les circonstances permettant ces modifications.

Peu importe l'âge, les fonctions de l'attachement restent les mêmes : recherche de sécurité, capacité d'exploration, capacité de référer aux figures d'attachement en période

de détresse. Les rôles de ces figures demeurent aussi les mêmes: disponibilité, sensibilité, source de confiance. Mais en dépit de ces similarités, des distinctions importantes sont à considérer en fonction du développement spécifique à la période de l'adolescence. Entre autres, le niveau d'autonomie, les habiletés cognitives accrues, le réseau social plus large et la maturité, sont des éléments qui modifient le rapport aux figures d'attachement.

Attachement à l'adolescence

Même si les comportements d'attachement sont plus observables durant l'enfance, ils restent des mécanismes d'adaptation importants aussi au long de l'adolescence (Weiss, 1994), puisque cette période de développement est pavée de nombreux stressors liés aux transformations physiques, émotionnelles et aux demandes venant de l'extérieur (Wenz-Gross, Siperstein, Untch, & Widaman, 1997; Crockett, Petersen, Graber, Schulenberg, & Ebata, 1989; Johnson, 1986). L'adolescence est reconnue pour être une période de grands changements et donc, plus à risque pour le développement de problèmes de santé mentale (Aseltine & Gore, 1993; Sherrod, Haggerty & Featherman, 1993; Burke, Burke, Regier & Rae, 1990). Même si la majorité des adolescents traversent avec succès et confiance cette période, une minorité significative fait cependant l'expérience d'incertitude et de détresse à des niveaux élevés (Cauce, Mason, Gonzales, Hiraga, & Liu, 1994). Un des principaux facteurs permettant de distinguer les adolescents naviguant au travers cette période avec succès de ceux qui ne le font pas est la qualité de la relation entretenue entre l'adolescent et ses parents (Laible, Carlo, & Raffaelli, 2000). Malgré l'accroissement de la confiance accordée aux pairs pour du support au cours de cette période, les adolescents continuent,

dans une grande majorité, à compter également sur leurs parents pour recevoir du support émotionnel (Maccoby & Martin, 1983). Les liens d'attachement aux parents continuent à exercer une influence importante et significative aussi à l'adolescence (Ainsworth, 1989). Même si durant des temps de plus en plus longs, le soutien immédiat de ces figures n'est plus nécessaire, la confiance en ce lien reste vitale (Laible, Carlo & Raffaelli, 2000). La relation aux pairs et le support social deviennent toutefois des facteurs de protection aussi significativement importants.

Attachement et ajustement à l'adolescence

Quoique l'adolescent montre un désir d'indépendance dans sa quête de séparation et d'individuation, ses efforts dans cette voie doivent être accompagnés par une assurance et une confiance en un lien de sécurité capable d'offrir du support émotionnel et des soins satisfaisants (Bowlby, 1988; Armsden & Greenberg, 1987). Avec un support parental réel et des représentations cognitives et affectives d'une structure d'attachement sécurisante, l'adolescent est plus apte à rencontrer adéquatement les exigences de son développement. Au contraire, un adolescent dont l'attachement parental est plus anxieux peut manquer de support nécessaire à une saine adaptation. Un individu est plus enclin à développer des pathologies lorsque les stress dépassent ses habiletés d'adaptation. Donc, les adolescents sont davantage vulnérables dans l'adversité lorsqu'une sécurité parentale capable d'offrir le support et l'encouragement nécessaire n'est pas présente (Bowlby, 1988).

Le concept précédemment exposé est également significatif lorsqu'on le considère dans l'étude des maladies physique et psychologique. Diverses investigations ont suggéré

que malgré que le stress puisse jouer un rôle important dans la genèse ou la récurrence de diverses pathologies, la présence ou l'absence de support est prédictif de conséquences positives ou négatives dans la maladie (Barrera & Garrison-Jones, 1992).

Aussi, Benson, Harris et Rogers (1992) et Armsden et Greenberg (1987) ont noté que les adolescents ayant un attachement sécurisant affichent un bien-être émotionnel et une bonne estime de soi. Ils sont également moins sujets à vivre de l'anxiété sociale et de la dépression (Papini, Roggman, & Anderson, 1991).

Styles d'attachement après l'enfance

Des différences importantes sont notées entre les procédures utilisées pour évaluer l'attachement dans l'enfance et à l'adolescence. C'est l'organisation cognitive du système d'attachement qui est le point central de cette évaluation après l'enfance. Deux approches permettent les mesures: une plus qualitative, où l'individu est appelé à faire la narration de son histoire d'attachement (Entrevue d'Attachement Adulte; George, Kaplan, & Main, 1984) et d'autres plus quantitatives, où l'individu complète des questionnaires portant sur la perception de ses relations d'attachement. La typologie de Bartholomew (1991) permet cette analyse de la qualité des liens après l'enfance. Les styles d'attachement sont divisés en deux catégories : styles sécurisant ou insécurisant. Trois styles distincts précisent la catégorie insécurisant : les styles préoccupé, autosuffisant et craintif. Ces styles sont vus comme des manières de lutter contre le stress ou de satisfaire un besoin de sécurité. Les descriptions sont tirées de l'étude de Bartholomew et Horowitz (1991).

Cette typologie, différente de celle de Ainsworth et ses collaborateurs (1978), est inspirée et tirée des travaux d'Hazen et Shaver (1987). Ce modèle quadrifide systématise le concept de modèles mentaux de Bowlby, et organise les patrons d'attachement adulte en terme d'interactions entre les modèles de soi et des autres. Les travaux ont permis de dégager des caractéristiques propres à chacun des styles, en permettant l'enrichissement des connaissances sur le rôle joué par ces styles après l'enfance. Le tableau 5 présente les patrons d'attachement, dérivés de la combinaison des dimensions positives et négatives, de l'image de soi et des autres.

Le style sécurisant se traduit par une image positive de soi et des autres. Ces gens sont confortables avec l'intimité et font preuve d'autonomie. Ils ont une bonne estime de soi, une absence de problèmes relationnels sévères et sont très satisfaits au plan social. Ils décrivent leurs parents favorablement et disent entretenir avec eux un lien satisfaisant.

Le style préoccupé est caractérisé par une image négative de soi mais positive des autres. Ces gens sont préoccupés dans leurs relations aux autres et affichent une tendance à l'intrusion. Ils présentent une dépendance, un surengagement dans les relations intimes, une quête continuelle d'approbation et une tendance à l'idéalisation des autres. Ils ont un besoin d'attention important et se sentent indignes d'amour et de mérite. Ils doutent d'eux et se sentent incompris. Ils ont une estime de soi instable. Ils disent leurs parents intrusifs et injustes et sont insatisfaits des relations entretenues avec eux.

Le style craintif est caractérisé par une image négative de soi et des autres. Les individus de ce type évitent l'intimité, montrent de l'appréhension dans l'engagement aux

autres, affichent une insécurité personnelle et se protègent du rejet anticipé des autres. Ils présentent de nombreux problèmes d'inhibition sociale, une non assurance et de fortes dépendances aux autres pour maintenir un regard positif de soi.

Le style autosuffisant est caractérisé par une image positive de soi mais négative des autres. Ces individus fuient l'intimité et se disent contre la dépendance, en montrant des attitudes d'invulnérabilité. Ils affichent une indifférence devant les relations intimes, une expression limitée des émotions et une protection contre la déception. Ils ignorent ou nient le stress et sont sujets à montrer des symptômes psychosomatiques. Ils disent leurs parents rejetants et froids, et rapportent entretenir une pauvre relation avec eux.

Tableau 5

Modèle quadrifide de l'attachement adulte de Bartholomew (1991)

	Modèle de soi	
	Positif	Négatif
Modèle des autres		
Positif	Sécurisant	Préoccupé
Négatif	Autosuffisant	Craintif

L'attachement insécurisant ne conduit pas nécessairement à une psychopathologie pas plus que l'attachement sécurisant met à l'abri de toutes inadaptations (Sroufe, 1988). Les recherches sont cependant unanimes à dire que la présence de relations insécurisantes représente un facteur de risque dans le développement humain. Au contraire, les relations

sécurisantes agissent comme facteur de protection. De ce fait, l'adulte qui aura développé une sécurité interne en regard à ses premières relations d'attachement sera plus en mesure d'affronter les difficultés de la vie (Zimmermann, 2000).

À la lumière des aspects théoriques abordés, un attachement insécurisant constitue potentiellement un facteur de risque en lien à l'évolution de symptômes dépressifs ou de symptômes anorexiques au cours de la période adolescente (Cole-Detke & Kobak, 1996; Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990). Les études qui suivent font état des travaux théoriques et empiriques qui ont vérifié l'hypothèse de relations entre les troubles alimentaires et un attachement insécurisant.

Attachement et anorexie mentale

Les recherches proposant un lien entre la qualité des relations d'attachement et le développement de l'anorexie sont actuellement à un stade embryonnaire. L'évaluation de l'attachement repose sur des conceptualisations et des principes incertains, les démarches sont peu documentées et les instruments de mesure sont peu précis. Il est dès lors difficile de rapporter des conclusions solides et structurées. Les pages qui suivent font état des nombreuses études traitant conjointement de l'attachement et des troubles alimentaires.

Bruch, Selvini-Palazzoli et Masterson ont été les auteurs les plus influents dans le rôle central joué par l'attachement dans l'explication du trouble alimentaire (O'Kearney, 1996). Ils ont nommé le sentiment d'insécurité envers les relations parentales, la quête de minceur et les demandes d'autonomie comme des noyaux pathologiques dans l'anorexie.

Swift et Stern (1982) ont résumé les éléments clés de la théorie de Bruch : échecs dans le développement de l'autonomie envers les figures parentales, surtout la mère en raison des attitudes intrusives et de contrôle; investissement social exagéré en réaction à l'intrusion parentale; faible estime de soi à l'enfance découlant des attitudes parentales; réactivation de cette faible estime de soi à l'adolescence en réaction aux demandes d'indépendance.

Dans le même sens, Sugarman et Kurash (1982) ont vu que l'insensibilité envers l'enfant au stade de séparation individuation, menait à une relation ambivalente et hostile entre l'enfant et son corps et à un lien plus fragile entre l'enfant et sa mère. Et la vague de changements à l'adolescence, visant une meilleure autonomie physique et psychologique, ramenait ces sensations d'ambivalence et d'hostilité (Sugarman & Kurash, 1982).

Armstrong et Roth (1989) proposent une étude qui montre les spécificités dans les processus de séparation associées à la présence de troubles alimentaires. Ils soulèvent que les patientes qui souffrent de troubles alimentaires ont des difficultés plus sévères au plan de la séparation et de l'attachement que ce qui est normalement attendu à l'adolescence. Ils notent une hypersensibilité à la séparation maternelle au moment de l'apparition des troubles alimentaires et identifient les difficultés comme des facteurs de risque importants dans l'apparition plus particulière de l'anorexie. En dépit de ces évidences, les difficultés de séparation et d'attachement ne jouent pas un rôle central dans l'explication du trouble alimentaire selon les auteurs de l'étude.

Dans l'anorexie, l'emphase étant mise sur l'échec à développer l'autonomie, il y a lieu de comprendre la poursuite de minceur comme une protection face aux demandes de

l'adolescence, visant plus d'indépendance face aux figures parentales (O'Kearney, 1996). Aussi, l'hypothèse de l'intrusion et de la protection maternelle sans limite dans l'anorexie pourrait faire état de cette difficulté à développer les compétences adaptatives, permettant de tolérer les perturbations et l'anxiété de la menace de séparation (O'Kearney, 1996). Le développement de l'autonomie équivaut, dans la théorie de l'attachement, à l'exploration libre de l'environnement physique et social. Il est prédit par la qualité de l'attachement et par le sentiment de sécurité (Hazan & Zeifman, 1994). Cette atteinte de l'autonomie, qui implique des dimensions d'auto-régulation émotionnelle, de compétences interpersonnelles et de séparation, est un enjeu central dans les troubles alimentaires (O'Kearney, 1996).

Données empiriques

Les résultats de l'étude de Armstrong et Roth (1989) montrent que les patients qui présentent des troubles alimentaires ont des relations d'attachement insécurisantes. Qui plus est, 96% de ces femmes adultes présentent un attachement anxieux et 85% présentent une dépression de séparation extrême. Elles ont des réactions dysfonctionnelles en situations de séparation, réactions qui excèdent celles d'individus en développement identitaire. Les profils socio-émotionnels des femmes incluent un niveau élevé d'anxiété, provoqué par la séparation, un faible sentiment d'efficacité et de valeur propre, de fortes croyances face au rejet social, et du déni et de la colère devant la souffrance associée à la séparation. Ces résultats concordent avec les recherches empiriques et cliniques rapportant des lacunes au plan de l'estime de soi, du sentiment d'inefficacité et de valeur au plan social, présents chez les gens souffrant de troubles alimentaires (Bruch, 1973, 1978; Garner & Garfinkel,

1985; Strober, Freeman, & Morrell, 1997). Armstrong et Roth (1989) préviennent que ces attachements insécurisants peuvent découler du contrôle du poids amenant une évaluation des relations affectives différente, voire plus négative, en raison de la malnutrition.

L'étude de Ramacciotti, Sorbello, Pazzagli, Vismara, Mancone et Pallanti (2001) démontre que l'attachement anxieux et insécurisant, les problèmes d'autonomie et la peur d'abandon différencient significativement les jeunes femmes aux prises avec des troubles alimentaires de celles sans trouble de l'alimentation.

L'étude de Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele et Treasure (2001) a cherché à vérifier le style d'attachement associé aux adolescentes anorexiques. Leurs résultats ont entre autres souligné que suite à l'utilisation du *Adult Attachment Interview*, dix-neuf des vingt patientes anorexiques de l'échantillon ont démontré un attachement insécurisant, et que quinze d'entre elles ont spécifiquement montré un attachement évitant.

Noe (2001) appuie les études précédentes en examinant le lien entre les troubles alimentaires et les relations d'attachement. Dans son étude qualitative, les comportements d'attachement des jeunes femmes ayant des troubles alimentaires sont comparés à celles sans symptôme de trouble alimentaire. Les résultats montrent que les jeunes femmes avec des troubles alimentaires présentent plus souvent des styles d'attachement insécurisants, comparativement aux jeunes femmes asymptomatiques. Les résultats sont toutefois moins clairs quant au type d'attachement en lien à l'anorexie, la tendance est au style évitant.

Dans leur étude, Friedberg et Lyddon (1996) ont vérifié, à l'aide du *Bartholomew Scale*, les modèles de soi et des autres de patientes présentant des troubles alimentaires en les comparant à des jeunes femmes sans trouble alimentaire. Leurs résultats ont démontré que les styles préoccupé et sécurisant s'associaient significativement aux patientes prises avec des troubles alimentaires.

Les résultats de l'étude de O'Kearney (1996) montrent aussi la présence évidente de perturbations d'attachement chez les personnes souffrant de troubles alimentaires. Qui plus est, ils montrent que ces perturbations d'attachement influencent un large éventail de fonctions psychologiques reliées aux troubles alimentaires, dont la régulation des affects, la perception de compétences interpersonnelles et le maintien de l'estime de soi.

Dans une autre étude, Rhodes et Kroger (1992) ont également évalué la qualité de l'attachement de patientes présentant des troubles alimentaires. Leurs résultats montrent que les femmes aux prises avec des troubles de l'alimentation évaluent leur mère comme significativement moins aimante et plus protectrice, comparativement aux femmes sans trouble alimentaire. Aucune différence significative n'est cependant retrouvée quant à la perception paternelle. Leur étude a aussi permis de relever des différences significatives sur les mesures d'anxiété de séparation et de négation de la dépendance.

Kenny et Hart (1992) ont montré que les patientes aux prises avec des troubles de l'alimentation obtiennent des scores significativement plus faibles que les patientes sans trouble alimentaire sur le *Parental Attachment Questionnaire*. La perception de la qualité de l'attachement aux parents, de même que le degré de promotion de l'autonomie par ces

derniers sont des variables négativement associées aux préoccupations à la minceur, aux comportements boulimiques et au sentiment d'inefficacité.

Prises ensemble, ces études supportent l'idée de perturbations d'attachement dans les troubles alimentaires. Elles suggèrent que l'attachement de style insécurisant, la peur d'abandon et les difficultés liées à l'autonomie distinguent les groupes de jeunes femmes présentant des troubles de l'alimentation.

Mais, en dépit de cette évidence de perturbations d'attachement dans les troubles de l'alimentation, et de corrélations entre ces perturbations et les caractéristiques clés des troubles alimentaires, les conclusions se voient limitées par les défauts méthodologiques des études (O'Kearney, 1996).

L'obstacle le plus frappant au sérieux des conclusions des études est le manque de groupes de comparaison adéquats. Presque aucune de ces recherches n'a utilisé de groupe psychologiquement perturbé pour renforcer les conclusions montrant les liens spécifiques entre les perturbations d'attachement et les pathologies alimentaires. L'hypothèse voulant que les difficultés d'attachement soient liées à des taux élevés de dépression ou d'anxiété, fréquemment observés dans les troubles alimentaires (O'Kearney, Gertler, Conti, & Duff, 1995), n'ont pas été prises en compte par l'ensemble des études citées. Qui plus est, les études n'ont pas essayé, dans leur sélection de groupes contrôle, de limiter les confusions sur les liens possibles entre les mesures d'attachement et les aspects problématiques des comportements alimentaires souvent observés chez les individus sans trouble alimentaire.

Comme autre limite, il faut aussi nommer la quasi absence de considération portée aux enjeux spécifiques à l'adolescence. Les études ont traité les aspects relationnels mère enfant sans tenir compte des multiples autres facettes de la vie relationnelle à cet âge.

Dépression à l'adolescence

Aspects épidémiologiques et classification de la dépression

La présence de symptômes de dépression à l'adolescence est en croissance depuis les vingt dernières années. Des données récentes montrent d'ailleurs que le syndrome est devenu un phénomène inquiétant et un problème social majeur (Marcotte, 1999).

La dépression est vue comme le trouble émotif le plus important dans l'enfance et dans l'adolescence (Reynolds, 1992). Ses manifestations spécifiques ne sont actuellement plus considérées comme des épisodes normaux du développement. La reconnaissance de la dépression comme entité diagnostique aussi caractéristique de la période adolescente a permis l'émergence de recherches dans le domaine et la précision de la symptomatologie.

Trois niveaux d'évaluation et de classification de la dépression sont actuellement à distinguer : le sentiment dépressif, la dépression clinique et le trouble dépressif majeur. Ces niveaux sont classés en ordre croissant de sévérité des symptômes dépressifs.

Le sentiment dépressif ou humeur dépressive renvoie à la présence d'irritabilité ou de tristesse situationnelle sans aspect dysfonctionnel ou même pathologique. Petersen,

Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey et Grant (1993) évaluent la prévalence de l'humeur dépressive comme oscillant entre 25 et 40 % chez les adolescentes.

La dépression clinique ou syndrome dépressif renvoie à la présence de symptômes dépressifs constellés, tels la dysphorie, l'auto-dépréciation, la perte d'appétit, la perte de sommeil. Elle est observée chez 8 à 18 % des adolescents (Reynolds, 1994). Des taux de dépression clinique variant entre 6,43 et 26 % sont trouvés au Québec (Baron, 1993). Les jeunes filles entre 13 et 15 ans et celles âgées entre 17 et 18 ans sont les plus touchées par le phénomène (Angold, 1988; Radloff, 1991). Leurs symptômes dépressifs prédominants sont la distorsion de l'image corporelle, la diminution du poids, de l'appétit et le manque de satisfaction personnelle.

Le trouble dépressif majeur se caractérise par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. L'épisode dépressif majeur se rapporte aux critères diagnostiques du DSM-IV, en ajoutant les dimensions d'intensité et de durée des symptômes dépressifs. Dans une revue critique de 14 études épidémiologiques portant au total sur 18 418 enfants âgées de 6 à 19 ans, Fleming et Offord (1990) ont observé une prévalence du trouble oscillant entre 0,4 et 6,4 %. Selon Peterson et al. (1993), 7 % des adolescents de la population non clinique présentent un trouble dépressif majeur alors que 42 % des adolescents vus en santé mentale affichent les mêmes indices. Ces divergences s'expliquent en partie par la différence des critères d'inclusion retenus par les chercheurs. Plus récemment, l'AACAP (1998) a noté un taux de prévalence des troubles dépressifs

majeurs comme oscillant entre 4 et 8 %. Le tableau 6 présente les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur.

Tableau 6

Épisode dépressif majeur
Critères diagnostiques du DSM-IV (1994)

-
- A- Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir
- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et tous les jours
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir dans les activités habituelles
 - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime
 - (4) Insomnie ou hypersomnie
 - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
 - (9) Pensées suicidaires ou tentatives de suicide
- B- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte
- C- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines
- D- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'un abus de substance ou d'une affection médicale générale
- E- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil; après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou de ralentissement psychomoteur
-

Malgré que ces classifications servent davantage à l'évaluation des symptômes de dépression à l'âge adulte, les critères proposés sont aussi applicables à l'adolescence. Des modifications mineures assurent l'application du diagnostic du trouble dépressif majeur à cette période. Elles incluent la substitution de l'humeur dépressive par l'irritabilité. Cette nouvelle conception considère les facteurs développementaux dans la phénoménologie du trouble. Ainsi, les adolescents dépressifs sont spécifiquement caractérisés par un manque d'énergie, des problèmes de concentration, de sommeil et par une irritabilité menant à des comportements agressifs. Leur vécu dépressif se manifeste souvent de manière atypique, par des sentiments de vide, d'ennui, d'indifférence et de solitude. La symptomatologie à l'adolescence paraît associée à d'autres problèmes de fonctionnement comme les troubles anxieux, les troubles des conduites et les difficultés dans la relation aux figures parentales (Peterson et al., 1993).

D'autres auteurs ont distingué la répartition de la dépression en fonction du sexe. Un résultat demeure constant: les filles dépressives sont plus nombreuses que les garçons, tout âge confondu (Petot, 1999). Radloff (1991) situe cette hausse particulière au cours de l'adolescence entre 13 et 15 ans, pour atteindre un sommet vers l'âge de 17 ou 18 ans. Au tour de 15 ans, deux fois plus de filles que de garçons ont vécu un épisode dépressif. La présence de taux plus élevés de dépression chez les filles semble davantage liée au statut pubertaire qu'à l'âge chronologique (Marcotte, 1999). Chabrol, Chouicha, Montovany, & Callahan (2001) ont observé, pour une population non clinique de 1 140 adolescents âgés

de 14 à 21 ans, que 18,6 % des garçons et 34,7 % des filles rencontraient les critères qui pouvaient laisser croire à une dépression majeure probable.

En regard à l'évolution spécifique du syndrome à l'adolescence, les auteurs notent que la dépression est marquée d'épisodes dépressifs intenses entrecoupées de périodes où le fonctionnement est amélioré (Angst, Merikangas, Scheidegger, & Wicki, 1990). Aussi, Devine, Kempton et Forehand (1994) ont vu que l'évolution de la dépression au cours de l'adolescence était reliée à une faible estime de soi et à de pauvres compétences sociales. La dépression à l'adolescence constitue en fait un important prédicteur de complications futures en santé mentale et du fonctionnement psychosocial (Reynolds, 1994). La durée moyenne des épisodes dépressifs d'adolescents déprimés de la population générale était de un à deux mois, et de sept à neuf mois pour les adolescents en suivis (AACAP, 1998). Environ 90 % des dépressions majeures sont en rémission un à deux ans après leur début.

Modèle étiologique de nature familiale

Différents facteurs étiologiques ont été étudiés pour expliquer la dépression. Sans nier l'importance des facteurs biologiques, psychologiques, développementaux et sociaux reconnus associés au trouble, les pages qui suivent font état d'études traitant des modèles familiaux. Bien qu'usuellement reconnue, l'influence du milieu familial sur la dépression est complexe en raison de l'opérationnalisation difficile des interactions parent-adolescent.

Diverses études portant sur la dépression au cours de l'adolescence ont cherché à établir l'étiologie familiale de la maladie. Parmi les caractéristiques familiales reconnues

pour leur influence sur le développement et le maintien de la dépression à l'adolescence, il faut compter la structure de la famille, la présence de psychopathologies dans la famille et les événements de vie négatifs (Kaslow, Deering, & Racusin, 1994). Les recherches de Hammen (1997) supportent aussi que la famille joue un rôle majeur dans l'explication de la dépression à l'adolescence, mais ajoutent des nuances, en spécifiant que le lien entre la dépression et le contexte familial demeure complexe. La dépression peut en fait se voir la conséquence des difficultés familiales, tout autant que la cause de ces perturbations. Cette notion de relations et d'impacts en boucles est donc primordiale dans l'étiologie.

Les études rétrospectives effectuées auprès d'adultes dépressifs ont généralement rapporté des liens familiaux difficiles. Les figures parentales ont été décrites comme plus rejetantes, contrôlantes et hostiles. Les échanges semblaient aussi plus tendus et punitifs. La communication dans la famille a d'ailleurs été vue comme un facteur de prédiction de la dépression (Pharand, 1990). Un style parental pourvu de peu d'affection et d'un grand contrôle a également été mis en relation constante à la dépression (Marcotte, 1999). Ce style parental précis a été reconnu en lien à une apparition précoce de la dépression.

Dans son étude, Reicher (1993) est allé jusqu'à affirmer que l'augmentation de la prévalence de la dépression était intimement liée à de mauvaises relations familiales. Il a en effet été démontré que les rapports conflictuels et difficiles avec les parents étaient un facteur de risque important dans l'apparition de symptômes dépressifs (Hops, Lewinsohn, Andrews, & Roberts, 1990). De leur côté, Barrera et Garrison-Jones (1992) ont soutenu qu'un bon soutien familial était associé à la faible présence de dépression.

Fait notable, Patten, Gillin, Farkas, Gilpin, Berry et Pierce (1997) ont observé que si le père était seule source de soutien, des taux plus élevés de dépression étaient relevés chez les jeunes filles. En ajoutant également la présence d'un faible soutien maternel, une augmentation significative des symptômes dépressifs chez l'adolescente était notée (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994).

Outre à l'environnement et au style parental, plusieurs études se sont intéressées à l'impact des stressors pendant la petite enfance. Kessler et Magee (1993) ont identifié différents stress familiaux comme étant des prédictors de l'apparition de la dépression. Ils ont relevé entre autres l'alcoolisme, la violence conjugale, les problèmes conjugaux, la mortalité de la mère ou du père, la maladie mentale et l'absence de relation de proximité avec un adulte. Au contraire, le soutien, la cohésion et l'aide dans la famille ont été vus comme facteurs de protection à l'apparition de la dépression. Certains auteurs ont même été jusqu'à avancer que la relation au père avait un effet plus important sur la dépression que la relation à la mère, particulièrement pour l'adolescente. Les conflits au père étaient de plus importants prédictors de la dépression que les conflits à la mère. La perception d'une faible affection maternelle a également été vue associée au diagnostic.

Bowlby (1980) s'est particulièrement interrogé sur l'origine de l'absence d'espoir des enfants et des adolescents dépressifs. Il a émis le constat que les sentiments dépressifs étaient liés à des expériences familiales vécues au cours de l'enfance et de l'adolescence. Trois propositions ont été faites pour expliquer les symptômes dépressifs: échec à établir un lien sécurisant envers les parents durant l'enfance; discours dévalorisants adressés à

l'enfant quant à son incompetence, son insuffisance ou son incapacité à susciter l'amour; perte réelle d'un des parents dans l'enfance. Bowlby (1980) a précisé que ces expériences dans l'enfance contribuaient à déterminer la forme de la symptomatologie dépressive. La représentation interne de modèles d'attachement imprévisibles ou instables favoriserait en fait, l'apparition de syndromes dépressifs à l'enfance ou à l'adolescence.

En considérant les diverses caractéristiques familiales associées à la dépression, il est possible d'y associer certains aspects à l'étiologie familiale de l'anorexie. Ces facteurs communs dans l'étiologie amènent à examiner en parallèle ces deux problématiques. Les pages qui suivent font donc état du lien entre la dépression et l'anorexie mentale.

Dépression et anorexie mentale

Les études cliniques et non cliniques sur la dépression et les troubles alimentaires ont noté avec consistance une association répandue entre les deux problématiques (Wade, Bulik, Neale & Kendler, 2000). La dépression constitue en effet, le trouble affectif le plus associé à l'anorexie (Herzog, Nussbaum & Marmor, 1996). Diverses études ont d'ailleurs estimé que 35 à 40 % des anorexiques auraient connu une dépression mineure, alors que 50 à 68 % auraient vécu une dépression majeure (Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin, & Green, 1977; Herzog, 1984; Piran, Kennedy, Garfinkel, & Owens, 1985). L'étude de Kennedy, Kaplan, Garfinkel, Rockert, Toner et Abbey (1994) corrobore ces résultats et indique que 43 % des anorexiques et boulimiques de leur échantillon affichent les symptômes de dépression majeure. Elles obtiennent aussi des scores de dépression au Beck significativement plus élevés que celles sans trouble alimentaire. Guilbaud, Corcos,

Chambry, Paterniti, Loas et Jeammet (2000) confirment que la dépression serait associée au diagnostic d'anorexie mentale. Quarante sept pour cent des anorexiques de leur étude affichent la symptomatologie dépressive. Leurs résultats montrent également qu'un score élevé de dépression est prédictif de l'anorexie mentale.

La comorbidité entre l'anorexie et la dépression est soumise à de multiples débats. Certes la présence évidente d'un lien entre les variables est reconnue, mais la nature de ce lien reste obscure. Trois schèmes conceptuels sont proposés par Devlin et Walsh (1989) pour expliquer la nature de cette relation entre l'anorexie et la dépression.

Le premier schème attribue aux effets psychologiques et biologiques de la perte de poids, la présence de symptômes dépressifs dans l'anorexie. Les symptômes dépressifs tels l'humeur dépressive, l'irritabilité et le manque de concentration sont rapportés dans l'ensemble des études traitant des effets secondaires de la privation alimentaire.

La deuxième thèse soutient que l'apparition de l'anorexie mentale est secondaire à celle de troubles dépressifs et qu'elle représente en fait une forme masquée de dépression. La modification de l'aspect physique dans l'anorexie serait un remède à la dépression.

La troisième thèse avance l'idée de prédispositions ou de vulnérabilités génétiques qui rendent inévitable le développement conjoint des deux syndromes.

Pour Ivarsson, Rastam, Wentz, Gillberg et Gillberg (2000), cette réflexion quant à la nature de la comorbidité dans la dépression et l'anorexie est de premier ordre. Si les symptômes dépressifs suivent l'apparition des troubles alimentaires, alors ces symptômes

ne nécessiteraient pas de traitement particulier. Par contre, si la dépression est un trouble séparé qui suit sa propre course, alors un traitement de la dépression est aussi nécessaire. D'autre part, il est possible que l'apparition de la dépression influence l'apparition des troubles alimentaires et exige un traitement adapté. Enfin, la dépression peut précéder les troubles alimentaires et il faut alors considérer ces troubles comme des troubles affectifs.

Les auteurs ont des positions qui abondent dans un sens ou l'autre de ces modèles explicatifs. Strober et Katz (1987) prétendent que la dépression prédispose aux troubles alimentaires. Wade et al. (2000) soutiennent que la comorbidité des troubles est liée à des facteurs génétiques communs qui influencent leur apparition simultanée. Toner, Garfinkel et Garner (1988) indiquent que la dépression majeure et l'anxiété sont développées avant les troubles de l'alimentation, dans 50 et 75 % des cas respectivement.

La plus récente et consistante étude longitudinale (Ivarsson et al., 2000) examine la prévalence et la poursuite de la dépression chez les adolescentes anorexiques, sur une période de plus de dix ans. Cinquante et une adolescentes anorexiques et cinquante et une adolescentes sans trouble de l'alimentation sont appariées en fonction du sexe et de l'âge, pour former l'échantillon de recherche. Les évaluations sont effectuées à 16, 21 et 24 ans. Les troubles dépressifs sont évalués par le DSM-III-R alors que l'anorexie est déterminée par diagnostic médical. Les résultats de l'étude montrent une augmentation dramatique de la prévalence de la dépression chez les adolescentes anorexiques suite à l'apparition de la maladie. Quatre-vingt-quatre pour cent des adolescentes anorexiques de l'échantillon ont

au moins un épisode de dépression suivant le début de l'anorexie. Le taux de prévalence de la dépression diminue graduellement suivant l'amélioration de l'anorexie.

Les résultats révèlent aussi que le risque de troubles dépressifs entre 21 et 24 ans est prédit par le diagnostic d'anorexie et par la présence de dépression entre 16 et 21 ans. Le risque de dépression entre 16 et 21 ans est lui prédit par la présence de l'anorexie à 16 ans. Ces résultats appuient l'idée que l'apparition des troubles alimentaires déclencherait le début des troubles dépressifs et que la résolution à long terme des troubles alimentaires serait associée à l'absence de troubles dépressifs.

Anorexie, attachement et dépression

Peu d'études ont examiné les liens entre l'anorexie, l'attachement et la dépression. Pourtant, à la lumière des pages précédentes, l'investigation semble pertinente. Le présent mémoire s'intéresse à mettre en interaction ces différentes variables. Les peu nombreuses études existantes actuellement à ce propos sont antérieurement présentées.

L'étude de Cole-Detke (1998) a observé le rôle de l'attachement dans l'apparition de la dépression et des troubles alimentaires chez des jeunes femmes. Soixante-six jeunes femmes sélectionnées en fonction de leur niveau de dépression et de troubles alimentaires ont répondu au *Adult Attachment Inventory*. Les résultats ont démontré que la dépression était associée à un attachement de type insécurisant et préoccupé. L'analyse de régression a précisé que la personnalité et les stratégies d'adaptation étaient d'importants médiateurs aux effets de l'attachement sur la dépression.

Wonderlich et Swift (1990) a examiné comment l'humeur dépressive influence les anorexiques dans leur évaluation de leurs relations parentales. Les résultats montrent que lorsque le niveau des troubles de l'humeur est statistiquement contrôlé, il n'existe pas de différence entre l'évaluation des relations parentales chez les anorexiques, boulimiques et sujets sans trouble alimentaire. Les chercheurs proposent trois explications. La première hypothèse postule que les femmes souffrant de troubles alimentaires et ayant une histoire de relations familiales hostiles sont particulièrement enclines à développer des troubles dépressifs. La seconde hypothèse avance l'effet de l'humeur dépressive sur la perception des liens familiaux. Enfin, la troisième hypothèse questionne que la mesure de dépression ne soit pas une mesure précise, mais bien le reflet du niveau général de psychopathologie.

Objectifs et hypothèses de recherche

La présente étude vise différents objectifs. De manière générale, elle cherche à:

1. Confirmer la relation existante entre la dépression et la restriction alimentaire.
2. Vérifier la relation possible entre l'attachement et la restriction alimentaire.

Les hypothèses en lien à ces divers objectifs de recherche se formulent ainsi :

1. Les adolescentes rencontrant les critères de restriction alimentaire obtiendront un score de dépression significativement plus élevé, un score de perception d'attachement à la mère et au père significativement plus faible et seront plus nombreuses à montrer des styles d'attachement insécurisant que les adolescentes non restrictives.

2. Le rôle médiateur de la dépression sur la relation entre la restriction alimentaire et la perception d'attachement sera examiné.

MÉTHODE

Le présent chapitre propose la description des divers aspects méthodologiques liés à la réalisation de l'étude. Dans les pages qui suivent, les caractéristiques de l'échantillon, le déroulement de l'expérimentation et les instruments de mesure utilisés sont présentés.

Échantillon

La population à l'étude se compose de 694 adolescentes provenant de deux écoles secondaires privés pour jeunes filles de la région Mauricie Bois-Francs. Dans la visée de préserver la confidentialité, les institutions retenues sont nommées *école 1* et *école 2*. Au total, 385 adolescentes proviennent de l'école 1 alors que 309 sont issues de l'école 2. Les classes se répartissent sur les niveaux secondaires II à V. L'âge varie entre 13 et 17 ans. Les cinq participantes de 18 ans ont été retirées pour plus d'homogénéité. La taille élevée de l'échantillon est justifiée par la prévalence des troubles alimentaires oscillant entre 5 et 24 % dans la population générale (Connors & Johnson, 1987; Fairburn & Beglin, 1990). Le choix de ne retenir que des filles est expliqué par la tendance marquée de l'apparition des conduites restrictives chez ces dernières (Steiger & Champagne, 1999; APA, 1994).

Le tableau 7 met en lumière la distribution des adolescentes en fonction du niveau scolaire et de l'école fréquentée. L'échantillon est composé d'adolescentes se répartissant de manière homogène sur les quatre niveaux scolaires. Un nombre légèrement plus élevé de participantes provient cependant de la première école.

Tableau 7

Distribution des adolescentes par niveau scolaire et école fréquentée

Niveaux scolaires	Écoles fréquentées		Total par niveau scolaire
	<i>École 1</i>	<i>École 2</i>	
Secondaire II	94 (24 %)	57 (18 %)	151 (22 %)
Secondaire III	88 (23 %)	80 (26 %)	168 (24 %)
Secondaire IV	106 (28 %)	77 (25 %)	183 (26 %)
Secondaire V	97 (25 %)	95 (31 %)	192 (28 %)

Dérroulement

La direction de chacune des deux écoles a été clairement informée de la nature du projet de recherche. Suite à la proposition de collaboration, la planification des rencontres en classe a été effectuée. Une séance d'information a aussi été proposée visant à présenter l'étude aux différents professeurs impliqués dans le projet.

Les adolescentes ont été rencontrées en groupe au cours de période de 50 minutes. Vingt-cinq classes ont au total été évaluées. La participation était anonyme et volontaire. Le projet de recherche a été présenté comme une étude cherchant à cibler les opinions des adolescentes de niveau secondaire. L'autorisation parentale assurait la participation des adolescentes de moins de quatorze ans.

La période entière a été rendue disponible pour compléter les questionnaires et la confidentialité a été assurée tout au long de l'expérimentation. Aucun nom n'apparaissait sur les documents et les adolescentes ont pu choisir de mettre fin à leur participation en tout temps. Deux semaines ont été nécessaires au déroulement de l'expérimentation.

Instruments de mesure

Quatre instruments de mesure ont été administrés pour évaluer les variables mises à étude : la version française du *Eating Attitudes Test*, l'Inventaire de dépression de Beck, l'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e) et la version française du *Relationship Questionnaire*. Un questionnaire sociodémographique a également aidé à la cueillette de renseignements généraux. Un exemplaire de chacun des questionnaires est disponible en appendices pour consultation.

Le Eating Attitudes Test

Le *Eating Attitudes Test* (EAT-26) originalement de Garner et Garfinkel (1979), a été traduit et validé auprès d'un échantillon québécois francophone, par Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault et Gottheil (1994). Il est l'un des instruments les plus souvent utilisé pour l'identification de l'anorexie et de la boulimie dans des populations cliniques et générales (Leichner et al., 1994). Cet instrument auto-évaluatif se compose de 26 items formant trois sous-échelles; la diète, groupant 12 items associés à une préoccupation pour la minceur; la boulimie, groupant 5 items liés aux orgies alimentaires, aux vomissements provoqués et aux purgations; et le contrôle oral, groupant 8 items associés à une attitude

d'autocontrôle devant la nourriture et à une perception de pressions sociales encourageant un gain de poids (Leichner et al., 1994).

Un score égal ou supérieur à 20 est considéré comme un indice de pathologie. Un classement juste de 84 % des cas d'anorexie et de non-anorexie a été obtenu par ce score-seuil (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). L'utilisation du EAT-26 auprès de populations adolescentes non cliniques démontre une sensibilité de 88%, une spécificité de 96%, ainsi qu'une valeur de prédiction positive de 53% (Mann, Wakeling, Wood et al., 1983). Ces résultats sont d'ailleurs corroborés par l'étude de Leichner et al. (1994) qui rapporte pour la version française du EAT-26, une sensibilité de 89%, une spécificité de 90%, de même qu'une valeur de prédiction positive de 86%. Le degré d'homogénéité interne de l'échelle globale et des trois sous-échelles de la version française du EAT-26 a été évalué par une analyse de Cronbach. Le coefficient alpha du score total est de .86. Les coefficients alpha des sous-échelles diète, boulimie et contrôle oral sont respectivement de .85, .62 et .54 (Leichner et al., 1994). Ces résultats suggèrent des coefficients acceptables pour l'échelle globale et la sous-échelle diète, mais faibles pour les deux autres sous-échelles.

La version française possède des caractéristiques psychométriques équivalentes à celles de la version anglaise auprès de populations cliniques et non cliniques (Leichner et al., 1994). Il constitue donc un instrument pratique et utile pour dépister adéquatement les comportements alimentaires inadaptés au sein de populations québécoises francophones

(Leichner et al., 1994). En nul cas cependant, il s'avère un instrument capable d'identifier et de diagnostiquer l'anorexie mentale. Cette limite de l'instrument est importante.

L'Inventaire de Dépression de Beck

L'Inventaire de Dépression de Beck (IDB) (Beck, 1978), traduit et validé auprès d'une population francophone (Bourque & Beaudette, 1982), est l'un des instruments les plus justes pour évaluer les états dépressifs (Baron & Laplante, 1984). Son utilisation est d'ailleurs devenue répandue en milieu clinique et scientifique (Baron & Laplante, 1984). Elle s'est aussi vue validée et recommandée pour évaluer la dépression chez les individus souffrant de troubles alimentaires (Pulos, 1996).

Cette mesure auto-évaluative réunit 21 items cotés selon une échelle graduée de 0 à 3. Les propositions sont présentées suivant une pondération croissante face au degré de sévérité du symptôme. Les items mesurent les dimensions somatique, affective, cognitive et comportementale de la dépression. Les sujets doivent choisir l'énoncé décrivant le plus adéquatement leur état présent. L'addition des valeurs de chaque item constitue le score total qui peut varier de 0 à 63. Ce score détermine l'intensité des états dépressifs, suivant les catégories de Burns et Beck (1978); absence de dépression (0 à 9); dépression légère (10 à 15); dépression modérée (16 à 23) et dépression sévère (24 et +). Un score coupure de 16 est suggéré afin de déterminer la présence ou l'absence de symptômes dépressifs d'intensité clinique, à un taux de sensibilité de 100% et de spécificité de 93% (Barrera & Garrison-Jones, 1988; Strober, Green, & Carlson, 1981).

Les qualités psychométriques de la version française de l'instrument sont évaluées adéquates (Baron & Laplante, 1984; Bourque & Beaudette, 1982). La stabilité temporelle de l'inventaire est testée au moyen de la corrélation de Pearson et donne un coefficient de .74 (Baron & Laplante, 1984). Sa consistance interne, mesurée à l'aide du coefficient de Cronbach, varie entre .92 (Bourque & Beaudette, 1982), .80 (Baron & Laplante, 1984) et .79 (Strober et al., 1981). Les qualités psychométriques sont jugées adéquates tant au plan de l'homogénéité interne qu'au plan de la stabilité temporelle pour une utilisation auprès de populations adolescentes (Baron & Laplante, 1984).

L'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e)

L'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e) (IAPA) de Armsden et Greenberg (1987), traduit par Larose et Boivin (1991), évalue la qualité des dimensions affective et cognitive de la relation vécue par l'adolescent avec ses figures parentales. Il permet de voir comment ces figures sont de sources de sécurité (Armsden & Greenberg, 1987). Trois sous-échelles composent l'inventaire; la confiance, regroupant 10 items liés au sentiment de sécurité de l'adolescent en regard à la compréhension et aux réponses des figures d'attachement à ses besoins émotifs; la communication, référant à 10 items reliés à la qualité de la communication établie entre les figures d'attachement et l'adolescent; et l'aliénation, regroupant 8 items renvoyant à la colère et au détachement de l'adolescent face à ses figures d'attachement (Armsden & Greenberg, 1987). L'instrument est basé sur les construits théoriques de Bowlby conceptualisant l'attachement selon une perspective

développementale qui s'étend sur l'ensemble de la vie. Des coefficients de .91, .87 et .86 sont rapportés respectivement pour les échelles confiance, communication et aliénation.

Cet inventaire constitue un instrument d'auto-évaluation comportant au total 28 items gradués selon une échelle de 1 à 5. Deux versions, se rapportant respectivement à la relation à la mère et au père, sont proposées. Un score global d'attachement est obtenu distinctivement pour la figure maternelle et paternelle. Ces scores découlent d'analyse de facteurs, soit de l'addition des échelles confiance et communication et de la soustraction de l'échelle aliénation. Il est aussi possible, par un croisement entre les trois sous-échelles d'évaluer les différences individuelles dans la sécurité des représentations d'attachement. Armsden & Greenberg (1987) ont noté des coefficients de corrélation significatifs allant de .76 à -.40 entre les échelles de l'instrument. Le score maximum d'attachement au test est de 92 et le score moyen d'attachement des adolescents envers leur figure maternelle est de 60 et de 50 pour la figure paternelle (Larose & Boivin, 1991). L'instrument a aussi une version qui évalue la relation entretenue par l'adolescent avec ses pairs. Cette version n'est toutefois pas utilisée dans la présente étude, spécifiquement intéressée aux relations familiales. Aucune contre-indication n'est énoncée pour l'utilisation unique de la version parentale (Larose & Boivin, 1991). Papini et al. (1991) ont d'ailleurs noté des coefficients alpha de .89 pour la version mère et de .88 pour la version père suite à l'utilisation simple de la version parentale. La validité de l'instrument a été établie par plusieurs études.

Le Relationship Questionnaire

Développé par Bartholomew et Horowitz (1991) et inspiré des travaux d'Hazen et Shaver (1987), le *Relationship Questionnaire* est une méthode d'évaluation en catégories des styles d'attachement, grandement utilisée. Ce questionnaire auto-évaluatif, traduction libre de Lussier (1995), compte quatre descriptions qui correspondent à chacun des styles d'attachement (sécurisant, préoccupé, craintif, détaché). Les participants doivent faire le choix de l'énoncé les décrivant le plus exactement. Dans sa version originale, les quatre prototypes sont accompagnés d'une échelle en sept points où un score élevé correspond le plus exactement à ce qui caractérise le répondant.

Le score de stabilité de l'instrument est de .70 après sept mois. Dans leur étude, Scharfe et Bartholomew (1994) ont observé que 63 % des femmes et 73 % des hommes démontraient les mêmes patrons prédominants d'attachement après huit mois.

RÉSULTATS

Le chapitre qui suit présente les résultats de notre étude en se subdivisant en trois sections distinctes. La première section fait état de l'ensemble des analyses préliminaires nécessaires à l'exploration statistique des hypothèses de recherche, la seconde section fait référence aux analyses descriptives traduisant le profil socio-démographique des groupes retenus et la troisième section rend compte des résultats liés aux hypothèses de recherche. Des analyses complémentaires s'ajoutent à des fins d'avancement.

Analyses préliminaires

Dans le but de répondre aux hypothèses de recherche et d'investiguer le profil des adolescentes montrant des comportements alimentaires restrictifs, le *Eating Attitudes Test* a été utilisé pour former deux groupes de comparaison au niveau de la variable restriction alimentaire. L'addition des pondérations associées aux différents items du questionnaire a permis l'obtention d'un score total divisant ces deux groupes. Un score supérieur ou égal à 20 renvoie aux critères de restriction alimentaire et forme le groupe clinique. Le groupe normatif est composé d'adolescentes montrant un score total inférieur à 20. Les critères retenus pour la formation des deux groupes suivent ceux de Garner & Garfinkel (1979). Le tableau 8 présente la distribution obtenue en fonction du score à l'échelle alimentaire.

Tableau 8

Distribution des adolescentes en fonction du score au EAT-26

Groupe clinique (score EAT-26 \geq 20)		Groupe normatif (score EAT-26 < 20)	
RESTRICTIVES		NON RESTRICTIVES	
164	23,6 %	535	76,4 %

Les résultats montrent que 23,6% des adolescentes de l'échantillon rencontrent les critères de restriction alimentaire et composent le groupe clinique, et que 76,4 % forment le groupe normatif en ne rencontrant pas ces mêmes critères de restriction. La distribution obtenue concorde avec celles de Faiburn et Beglin (1990) et Connors et Jonhson (1987) qui montrent la prévalence des troubles alimentaires comme variant entre 5 et 24 % dans la population générale. Malgré que ces résultats se situent à l'intérieur du spectre identifié par les chercheurs, les données suggèrent un taux élevé de prévalence des comportements alimentaires restrictifs dans notre échantillon précis.

Analyses descriptives

Les analyses suivantes proposent la comparaison des groupes normatif et clinique sur les diverses variables socio-démographiques retenues dans la présente étude.

Des analyses khi carré effectuées révèlent l'absence de relation significative entre la restriction alimentaire et le niveau scolaire ($X^2(3,694) = 4,63$, n.s.). La présence ou

l'absence de conduites restrictives n'est pas en lien à un niveau scolaire précis. L'analyse corrélative soutient aussi cette absence de lien significatif ($r(694) = .038$, n.s.).

Le tableau 9 montre la distribution des adolescentes restrictives sur les différents niveaux scolaires. Le niveau secondaire quatre compte le plus de jeunes filles restrictives.

Tableau 9

Distribution des adolescentes restrictives en fonction du niveau scolaire

Distribution des niveaux scolaires	Présence de restriction (EAT-26 \geq 20)	Pourcentage de restriction par niveau scolaire
Secondaire 2 (n = 151)	37	25 %
Secondaire 3 (n = 168)	30	18 %
Secondaire 4 (n = 183)	50	27 %
Secondaire 5 (n = 192)	47	25 %

Malgré que l'on puisse observer une augmentation continue des pourcentages de participantes rencontrant les critères de la restriction alimentaire en fonction de l'âge, les résultats obtenus ne supportent que faiblement cette augmentation. L'analyse khi carré ne confirme pas la relation ($X^2(4,694) = 2,80$, n.s.) alors que l'analyse corrélative se montre faible mais significative ($r(694) = .073$ $p < .05$). Il est ainsi possible d'avancer que le lien entre l'âge et la restriction alimentaire est peu représentatif de l'échantillon à l'étude. La distribution détaillée de ces données est présentée au tableau 10.

Tableau 10

Distribution des adolescentes restrictives en fonction de l'âge

Distribution des âges	Présence de restriction (EAT-26 \geq 20)	Pourcentage de restriction par âge
13 ans (n = 113)	21	19 %
14 ans (n = 174)	39	22 %
15 ans (n = 181)	45	25 %
16 ans (n = 195)	50	26 %
17 ans (n = 31)	9	29 %

Des analyses parallèles mettent en lumière les profils parentaux et familiaux des deux groupes. Les résultats démontrent l'absence de relation significative sur l'ensemble des variables étudiées. Les profils socio-démographiques des groupes clinique et normatif sont similaires en regard aux analyses khi-carré. La présence de restriction alimentaire ne se voit pas associée à une structure familiale ni parentale précise.

Les analyses montrent que les sujets des deux groupes proviennent en majorité de familles nucléaires (75 %) ayant plus d'un enfant (83 %) et où la scolarité moyenne tant maternelle que paternelle varie très similairement sur les différents niveaux. Les résultats suggèrent donc la comparabilité des groupes sur toutes les variables étudiées. Le tableau 11 montre ces comparaisons sur les différentes variables sociodémographiques retenues.

Tableau 11

Distribution des adolescentes sur les variables socio-démographiques en fonction du critère de restriction alimentaire

Caractéristiques sociodémographiques	Présence de restriction (EAT-26 \geq 20)		Absence de restriction (EAT-26 < 20)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Situation parentale				
Couple uni	117	74 %	381	75 %
Parents séparés	16	10 %	49	10 %
Parents divorcés	26	16 %	74	15 %
($X^2(2,663) = .30, p > .05$)	(n = 159)		(n = 504)	
Situation familiale				
Vis avec mes deux parents	117	72 %	380	72 %
Vis avec ma mère seulement	19	12 %	64	12 %
Vis avec mon père seulement	2	1 %	10	2 %
Vis dans une famille reconstituée	16	10 %	44	8 %
Vis en garde partagée	7	4 %	26	5 %
($X^2(4,691) = 1,54, p > .05$)	(n = 161)		(n = 524)	
Fratrie				
Absence de fratrie	28	17 %	89	17 %
Présence de fratrie	136	83 %	441	83 %
($X^2(1,694) = .01, p > .05$)	(n = 164)		(n = 530)	
Scolarité de la mère				
Études secondaires non complétées	18	16 %	36	10 %
Études secondaires complétées	32	27 %	84	24 %
Études collégiales complétées	34	29 %	113	32 %
Études universitaires complétées	33	28 %	117	34 %
($X^2(4,467) = 3,70, p > .05$)	(n = 117)		(n = 350)	
Scolarité du père				
Études secondaires non complétées	14	13 %	61	20 %
Études secondaires complétées	38	35 %	70	23 %
Études collégiales complétées	19	18 %	55	18 %
Études universitaires complétées	36	34 %	121	39 %
($X^2(5,414) = 8,71, p > .05$)	(n = 107)		(n = 307)	

Analyses inférentielles

Les analyses suivantes vérifient les différentes hypothèses de recherche posées et investiguent la relation possible entre la restriction alimentaire et les variables dépression et attachement. Les premières analyses se divisent en trois sections distinctes qui mettent d'une part en lumière, la relation entre la restriction alimentaire et la dépression, d'autre part, la relation entre la restriction alimentaire et les perceptions d'attachement et enfin, la relation entre la restriction alimentaire et le style d'attachement. Le traitement de l'apport de ces différentes variables dans la prédiction de la restriction alimentaire à l'adolescence est ultimement examiné, en réponse à la seconde hypothèse de recherche.

Relation entre la restriction alimentaire et la dépression

L'hypothèse proposée postule qu'un score moyen de dépression significativement plus élevé sera observé chez les adolescentes rencontrant le critère restriction alimentaire. Les analyses test-t confirment l'hypothèse avancée. La variable dépression distingue de manière significative les groupes ($t(213.67) = 10,01, p < .001$). Les adolescentes formant le groupe clinique obtiennent un score moyen de dépression significativement plus élevé ($M = 19,01$) que les adolescentes formant le groupe normatif ($M = 10,19$). Soixante pour cent des adolescentes restrictives rencontrent les critères de dépression clinique proposés par Beck, alors que 19% des adolescentes non restrictives rencontrent ces mêmes critères. Il est donc juste d'indiquer que les adolescentes restrictives sont davantage déprimées que les adolescentes non restrictives. Ces résultats viennent appuyer les études posant un lien

entre la dépression et les troubles alimentaires. Le tableau 12 présente la distribution des adolescentes sur les niveaux de dépression de Beck en fonction du critère de restriction.

Il est aussi inquiétant de constater le taux élevé de dépression pour l'ensemble de la population retenue ($M = 12,27$). Vingt-neuf pour cent des adolescentes de l'échantillon rencontrent les critères de dépression clinique.

Tableau 12

Distribution des adolescentes sur les niveaux de dépression de Beck en fonction du critère de restriction alimentaire

Niveaux de dépression	Restrictives (EAT-26 \geq 20) n = 164	Non restrictives (EAT-26 < 20) n = 530	Totaux N = 694
Absence de dépression (9 et moins)	33 (20 %)	285 (54 %)	318 (46 %)
Dépression légère (10 à 15)	33 (20 %)	142 (27 %)	175 (25 %)
Dépression modérée* (16 à 23)	50 (31 %)	72 (13 %)	122 (18 %)
Dépression sévère* (24 et plus)	48 (29 %)	31 (6 %)	79 (11 %)

($X^2(3,694) = 113,86, p < .001$)

* Catégories rencontrant les critères de dépression clinique

Relation entre la restriction alimentaire et la perception d'attachement

L'hypothèse posée suggère un score moyen de perception d'attachement à la mère et au père significativement plus faible chez les adolescentes qui rencontrent les critères de restriction alimentaire. Les analyses test-t appuient l'hypothèse avancée. La perception d'attachement à la mère distingue significativement les deux groupes ($t(688) = 4,02, p < .001$) tout comme le fait la perception d'attachement au père ($t(669) = 5,15, p < .001$). Clairement, les adolescentes du groupe clinique obtiennent un score moyen de perception d'attachement à la mère plus faible ($M = 50,45$) que les adolescentes du groupe normatif ($M = 58,80$). Ces résultats suggèrent une perception d'attachement à la figure maternelle davantage négative chez les adolescentes restrictives. De la même façon, les adolescentes du groupe clinique obtiennent un score moyen de perception d'attachement au père plus faible ($M = 35,22$) que les adolescentes du groupe normatif ($M = 47,22$). Ces résultats montrent là encore, une perception d'attachement à la figure paternelle plus négative chez les adolescentes restrictives. Ces différences significatives notées dans les scores moyens des restrictives sont appuyées par les données de Larose & Boivin (1991) qui soutiennent des scores moyens de perception d'attachement à la mère et au père respectivement de 60 et de 50 dans la population adolescente générale.

Une analyse parallèle fait la comparaison de la perception d'attachement à la mère et au père chez les adolescentes du groupe clinique. L'analyse test-t effectuée montre un score moyen d'attachement à la mère ($M = 50,54$) significativement plus élevé que le score moyen d'attachement au père ($M = 35,22$) ($t(666) = 11,14, p < .001$). Ces résultats

sont cependant comparables à ceux retrouvés chez les non restrictives de même qu'à ceux observés dans la population adolescente générale (Larose & Boivin, 1991).

Relation entre la restriction alimentaire et le style d'attachement

L'hypothèse proposée postule que les adolescentes du groupe clinique seront plus nombreuses à présenter des styles d'attachement de type insécurisant que les adolescentes du groupe normatif. Pour répondre à l'hypothèse avancée, un regroupement par catégorie des styles d'attachement a préalablement été effectué. La catégorie sécurisant regroupe le style d'attachement du même nom, alors que la catégorie insécurisant regroupe les styles évitant, détaché et préoccupé. Ce regroupement catégoriel suit le regroupement proposé par Bartholomew et Horowitz (1991).

Les analyses khi-carré confirment l'hypothèse avancée. Cinquante-neuf pour cent des adolescentes rencontrant les critères de restriction présentent un style d'attachement insécurisant, alors que 45 % des adolescentes non restrictives appartiennent à cette même catégorie. Une relation significative est d'ailleurs observée entre le style d'attachement et la restriction alimentaire ($X^2(1,694) = 9,64, p < .01$).

Les tableaux 13 et 14 résument les résultats des analyses fournissant réponses à la première hypothèse de recherche. Le tableau 13 présente la distribution des adolescentes en fonction du style d'attachement et du critère de restriction alimentaire et le tableau 14

Tableau 13

Distribution des adolescentes restrictives et non restrictives
en fonction des styles d'attachement

Score au EAT-26	Styles			
	Sécurisant	Détaché	Préoccupé	Craintif
Restrictives (n = 164)	67 (41 %)	18 (11 %)	48 (29 %)	31 (19 %)
Non restrictives (n = 528)	288 (55 %)	66 (13 %)	124 (23 %)	50 (9 %)
Total (N = 164)	355 (51 %)	84 (12 %)	172 (25 %)	81 (12 %)

Tableau 14

Résultats de l'analyse de moyennes et de l'écart type des adolescentes restrictives et non restrictives sur les variables dépression et perception d'attachement à la mère et au père

Variables	Restrictives (EAT-26 ≥ 20) n = 164	Non restrictives (EAT-26 < 20) n = 530	T
Dépression	19,01 (10,54)	10,19 (7,31)	-10,01 ***
Attachement à la mère	50,45 (24,38)	58,80 (22,77)	4,02 ***
Attachement au père	35,22 (26,44)	47,22 (25,36)	5,15 ***

* p< .05; **p< .01; ***p< .001

présente les comparaisons de moyennes des groupes clinique et normatif sur les variables dépression et perception d'attachement. Chacune des variables distingue les adolescentes restrictives et non restrictives à des seuils significatifs.

Les analyses précédentes ont cherché à dresser les profils cliniques des adolescentes restrictives, en comparant l'effet de la présence ou de l'absence de restriction alimentaire sur différentes variables. L'étude de la restriction alimentaire sur la base de l'interrelation entre ces mêmes variables est maintenant présentée. Une analyse de régression multiple a été effectuée en ce sens, et est précédée d'analyses corrélatives informant du lien unissant chacun des variables. Le tableau 15 présente les résultats de ces premières analyses.

Tableau 15

Analyses corrélatives entre la restriction alimentaire, la dépression et la perception d'attachement à la mère et au père

Variables	Dépression	Attachement à la mère	Attachement au père
Restriction alimentaire	.53*** (694)	-.19*** (690)	-.21*** (671)
Dépression		-.45*** (690)	-.36*** (671)
Attachement à la mère			.31*** (667)

* p< .05; **p< .01; ***p< .001

Les analyses corrélationnelles mettent en lumière l'existence de liens significatifs entre l'ensemble des variables à l'étude. La corrélation la plus franche est observée dans la relation unissant la restriction alimentaire et la dépression.

En réponse à la seconde hypothèse de recherche, l'analyse de régression multiple de type hiérarchique cherche à examiner le rôle médiateur de la dépression sur la relation entre la perception d'attachement et la restriction alimentaire.

*Rôle médiateur de la dépression sur la relation entre
la perception d'attachement et la restriction alimentaire*

Le rôle médiateur de la dépression sur la relation entre la restriction alimentaire et l'attachement a été examiné en fonction des critères définis par Baron et Kenny (1986). Dans un premier temps, des analyses ont permis de vérifier si l'attachement à la mère et au père pouvait prédire la restriction alimentaire. Dans un second temps, une régression a été effectuée pour vérifier si l'attachement à la mère et au père était en mesure de prédire le médiateur dépression et si ce médiateur pouvait prédire la restriction alimentaire. La régression visait à vérifier si la prédiction de la restriction alimentaire par l'attachement serait significativement réduite lorsque la dépression serait contrôlée.

Les résultats montrent que l'attachement à la mère ($R^2=.03$; $F(1,665) = 24,04$; $p<.001$; $B\hat{e}ta = -.19$) de même que l'attachement au père ($R^2= .05$; $F(1,665) = 31,45$; $p<.001$; $B\hat{e}ta = -.21$) prédisent la restriction alimentaire. L'attachement à la mère prédit la dépression ($R^2= .21$; $F(1,665) = 171,48$; $p<.001$; $B\hat{e}ta = -.45$) tout comme l'attachement

au père ($R^2 = .13$; $F(1, 665) = 102,39$; $p < .001$; $B\grave{e}ta = -.37$). Les résultats montrent aussi que la dépression prédit la restriction alimentaire ($R^2 = .28$; $F(1, 665) = 259,18$; $p < .001$; $B\grave{e}ta = .53$). Cependant, au moment où la dépression est statistiquement contrôlée, la contribution unique de l'attachement à la mère ($B\grave{e}ta = .07$; n.s.) et au père ($B\grave{e}ta = -.03$; n.s.) diminue et devient non significative. La dépression agit comme médiateur sur la relation entre l'attachement à la mère et au père et la restriction alimentaire.

Parall llement, lorsqu'un second modèle est vérifié, et que l'attachement à la mère et au père sont considérés comme médiateurs, il est possible de voir que la contribution unique de la dépression demeure significative ($B\grave{e}ta = .55$; $p < .001$). La figure 1 illustre la régression multiple sur les variables restriction alimentaire, dépression et attachement.

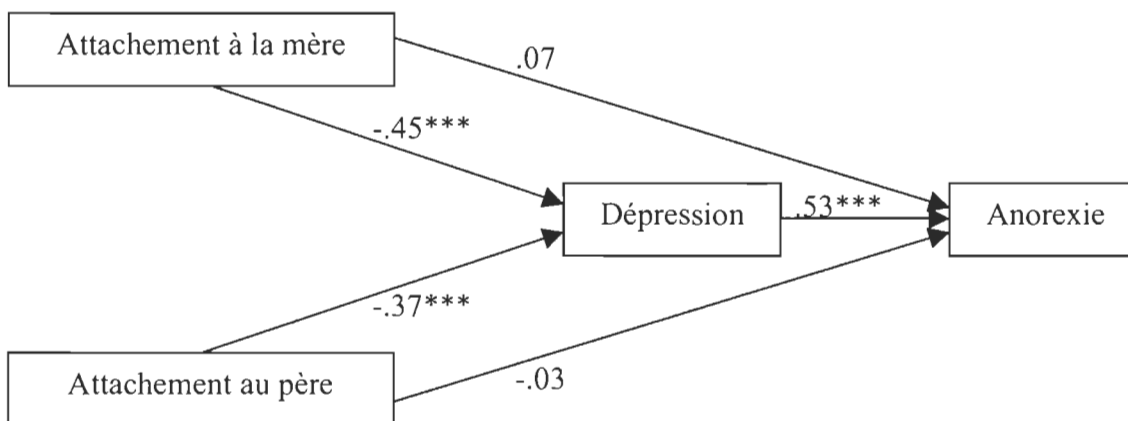


Figure 1 Résumé de la régression multiple hiérarchique sur la restriction alimentaire, la dépression et la perception d'attachement à la mère et au père

DISCUSSION

Le présent chapitre se divise en deux parties distinctes mais complémentaires. La première section discute les résultats obtenus en lien aux hypothèses de recherche posées, alors que la seconde, à la lumière des résultats discutés, propose des avenues de recherche propices à enrichir l'explication du phénomène de la restriction alimentaire.

L'étude visait principalement à appuyer le lien entre la restriction alimentaire et la dépression, et à vérifier la relation possible entre la restriction alimentaire et la perception d'attachement à l'adolescence. Elle avait aussi comme second objectif d'examiner le rôle médiateur de la dépression sur la relation entre l'attachement et la restriction alimentaire.

Analyses descriptives

Les résultats obtenus par les analyses descriptives témoignent d'une prévalence de restriction alimentaire se situant à 23,6 % pour la population de l'étude. Cette distribution concorde avec les résultats des études de Faiburn et Beglin (1990) et Connors et Johnson (1987) montrant une prévalence des troubles alimentaires oscillant entre 5 et 24 % dans la population générale. En dépit du fait que ces résultats puissent se situer à l'intérieur d'un spectre identifié, ils suggèrent tout de même un taux élevé de restriction alimentaire dans l'échantillon. Le plus haut taux précédemment noté auprès d'une population québécoise comparable (Ratté, Pomerleau, & Lapointe, 1989) se situait à 16,3 %. Il y a lieu alors de s'interroger sur les éléments susceptibles de justifier un tel taux. Tout d'abord, la majorité

des études ayant noté des taux de prévalence inférieurs utilisaient des échantillons mixtes. Or, les conduites restrictives étant significativement associées aux populations féminines (Steiger & Champagne, 1999; Flament & Remy, 1995; APA, 1994; Bolduc et al., 1993), il est juste de supposer qu'un échantillon exclusivement féminin puisse présenter des taux supérieurs. Aussi, le taux élevé de prévalence obtenu suggère de questionner la sensibilité et le pouvoir discriminatif de l'échelle alimentaire utilisée. Il a été reconnu que le pouvoir discriminant de l'instrument, lorsque non accompagné de données relatives au poids, était diminué (Ratté et al., 1989). L'influence du poids sur le résultat au EAT-26 aurait dû être considérée, puisque des études ont montré que la proportion de $EAT-26 \geq 20$ augmentait progressivement avec l'augmentation pondérale. Il est dire que les adolescentes affiohant un excès pondéral ont pu montrer un $EAT-26 \geq 20$ sans que l'instrument n'ait pu détecter la spécificité de leur statut pondéral. Enfin, il se voit difficile de supporter ce haut taux de prévalence par le caractère privé des institutions scolaires à l'étude. Cette caractéristique du milieu d'enseignement aurait pourtant été pertinente à investiguer. En somme, ce taux élevé de prévalence soutient l'augmentation en croissance des préoccupations corporelles chez les femmes en général (Foreyt, Carlos Poston, Winebarger & McGavin, 1998).

Dans un ordre d'idées différent, il est également intéressant de constater l'absence de lien significatif retrouvé entre la restriction alimentaire et l'âge, et entre la restriction alimentaire et le niveau scolaire. Nos résultats concordent avec les études ayant noté l'âge d'apparition des premiers symptômes anorexiques à l'adolescence, comme oscillant entre 14 et 18 ans (Jeammet, 1993). Il est donc dire qu'entre ces âges, et en fonction du niveau scolaire correspondant, tous sont touchés par la restriction alimentaire de façon équitable.

Ayant préalablement sélectionné l'échantillon en fonction de ces niveaux d'âge à risque, il n'est pas surprenant de constater cette absence de différence significative. Les résultats montrent cependant une tendance à l'augmentation des conduites restrictives en fonction de l'augmentation en âge. Il est juste de supposer qu'en avançant en âge, les adolescentes semblent montrer une plus forte tendance à la restriction alimentaire.

Au niveau du profil parental et familial, aucune différence significative ne permet de croire à des éléments qui distinguent les adolescentes restrictives des non restrictives. Nos résultats appuient ceux d'études ayant noté la présence semblable de séparation et de divorce dans les familles anorexiques, et ceux ayant noté une distribution égale du trouble sur tous les niveaux socio-économiques (Steiger & Champagne, 1999) tout autant que sur la taille et le rang familial (Rastam & Gillberg, 1991). Il est dès lors juste de soutenir, à la lumière de ces résultats, que la structure familiale ne semble pas une composante à retenir dans l'explication de la restriction alimentaire à l'adolescence. Plusieurs études montrent cependant des résultats opposés, ce qui laisse croire à la pertinence d'examiner plus loin ces différentes caractéristiques et leurs liens avec la restriction alimentaire.

Analyses inférentielles

Restriction alimentaire et dépression

Les résultats de l'étude appuient l'hypothèse soutenant un lien significatif entre la restriction alimentaire et la dépression. Les adolescentes restrictives obtiennent des scores moyens de dépression significativement plus élevés que les adolescentes non restrictives,

et sont également davantage nombreuses à rencontrer les critères de dépression clinique. Ces résultats concordent avec les études ayant établi un lien fort entre l'anorexie mentale et la dépression, trouble affectif d'ailleurs le plus fréquemment observé chez la jeune fille anorexique (Herzog, Nussbaum, & Marmor, 1996). Ces résultats invitent à réfléchir sur la nature similaire de certains symptômes cliniques, à la fois associés à la dépression et aux troubles alimentaires, et donc, à la complicité des syndromes. Il y a lieu de se questionner sur l'étroite relation entre la dépression et les troubles alimentaires pour mieux cerner de quelle manière chacun de ces troubles s'inscrit dans l'étiologie de l'autre. Il aurait aussi été intéressant de chercher à distinguer les deux problématiques dans leur étiologie et leurs représentations spécifiques. La présente étude soulève ainsi la nécessité de poursuite des études longitudinales et prospectives et appuie la complexité sous jacente à l'étiologie des deux problématiques. Comme plusieurs autres études, elle rappelle l'importance de la dépression comme une pathologie étroitement associée aux troubles alimentaires.

Restriction alimentaire et perception d'attachement

Les résultats de l'étude appuient l'hypothèse soutenant un lien significatif entre la restriction alimentaire et la perception d'attachement aux figures maternelle et paternelle. Les adolescentes restrictives obtiennent des scores moyens de perceptions d'attachement significativement plus bas que les adolescentes non restrictives. Nos résultats vont dans le sens des études ayant montré un lien entre l'anorexie et la qualité des relations affectives (Armstrong & Roth, 1989). En période importante de changements développementaux, la qualité relationnelle unissant l'adolescent à ses figures parentales est l'un des facteurs les

plus significatifs assurant la qualité du passage au travers cette période (Laible, Carlo, & Raffaelli, 2000). Or, il y a lieu de croire que la pauvre qualité des relations d'attachement agirait comme un facteur de risque chez les adolescentes restrictives. D'autant plus si l'on tient aussi compte des résultats soutenant que des perceptions d'attachement négatives seraient associées à des seuils significativement plus élevés de dépression. Clairement la qualité des représentations internes d'attachement influence les capacités adaptatives et régulatrices de l'adolescent (Felker & Stivers, 1994). Les perceptions positives pourraient agir comme facteurs de protection dans l'apparition des syndromes et comme modérateur aux effets du stress liés à la période adolescente. Aussi, cette qualité des représentations internes d'attachement facilite les relations aux pairs et augmente directement l'accès aux ressources adaptatives (Brack, Gay, & Matheny, 1993). Ces explications sont soutenues par les résultats moyens significativement plus élevés obtenus par les non restrictives et concordants avec de Larose et Boivin (1991) pour une population adolescente générale.

Les résultats statistiques montrent une perception d'attachement significativement plus élevée envers la mère que le père tant chez les adolescentes restrictives que chez les non restrictives. Ces données sont comparables à celles de Larose et Boivin (1991) ayant confirmé cette différence dans une population adolescente non clinique. Plus encore, ces résultats montrent que la perception d'attachement au père plus négative n'est pas typique aux adolescentes restrictives comme l'ont avancé plusieurs études. Les résultats montrent aussi des différences au niveau de l'âge quant à la perception d'attachement au père. Les adolescentes âgées entre 16 et 17 ans montrent des scores significativement plus bas que celles âgées entre 13 et 15 ans. Cette différence n'est toutefois pas observée au niveau de

l'attachement à la mère. Il est alors juste de dire que suivant l'augmentation en âge, seule la perception d'attachement au père semble s'affaiblir. En ce sens, des études spécifiques sur la relation au père dans l'anorexie pourraient se voir éclairantes quant au possible rôle protecteur de ce dernier dans le développement de la pathologie.

Le sens du lien unissant la restriction alimentaire et les perceptions d'attachement à l'adolescence demeure difficile à établir. La recherche de causalités linéaires ne semble pas pertinente. Les études traitant de l'anorexie sur un plan longitudinal favoriseraient la compréhension plus approfondie des présentes données.

Restriction alimentaire et style d'attachement

Les résultats appuient l'hypothèse proposée d'un nombre significativement plus élevé d'adolescentes restrictives présentant des styles d'attachement de type insécurisant. Nos données appuient les études de Cole-Detke et Kobak (1996) et Armsden, McCauley, Greenberg, Burke et Mitchell (1990) ayant noté que l'attachement insécurisant constituait un facteur de risque lié à l'évolution de symptômes anorexiques à la période adolescente. Nous relient la notion d'attachement à celle d'adaptation, en accordant aux adolescentes présentant un attachement de type sécurisant, des capacités adaptatives supérieures. Sous la perspective que les modèles d'attachement insécurisant constituent des facteurs de risque au développement adolescent, il est juste de voir plus d'adolescentes restrictives correspondre à ces types précis d'attachement. De plus, par l'examen des caractéristiques associées à l'anorexie, soit perturbation à la séparation, difficulté au plan de l'autonomie et faible estime de soi, il est important de faire ressortir la relation étroite notée entre ces

caractéristiques et celles de l'attachement insécurisant. Ces résultats renforcent l'idée que le modèle d'attachement, dans une perspective multifactorielle, pourrait servir de modèle étiologique fiable à la compréhension de la pathologie à l'adolescence.

Rôle médiateur de la dépression

Les analyses corrélatives indiquent que la dépression constitue la variable la plus fortement en relation avec la restriction alimentaire. Les analyses montrent également que les perceptions d'attachement à la mère et au père sont significativement corrélées à la restriction alimentaire, malgré que la force de ces corrélations soit moindre.

La dépression ayant été reconnue pour constituer le trouble affectif le plus en lien à l'anorexie mentale, l'objectif de notre étude était donc de vérifier le rôle médiateur de la dépression sur la relation entre l'attachement et la restriction alimentaire. Les données ont montré qu'en considérant la dépression comme médiateur, les perceptions d'attachement à la mère et au père ne prédisaient plus significativement la restriction alimentaire.

Ces résultats peuvent entre autres s'expliquer par l'évaluation subjective accordée à la qualité des relations affectives et basée sur des perceptions actuelles. Cette évaluation est teintée par le quotidien de l'adolescente et voire, dépendante de ses affects. Une jeune fille dépressive serait donc possiblement plus encline à porter une évaluation négative sur ses liens d'attachement, comparativement à une adolescente sans syndrome dépressif.

En tenant compte des résultats obtenus, il faut penser qu'une adolescente évaluant négativement ses relations d'attachement et étant restrictive est probablement dépressive.

Cela suppose qu'il faut considérer son état dépressif dans l'importance qu'on accorde à ses perceptions d'attachement. L'état affectif dépressif semble en fait, prépondérant et intermédiaire à l'évaluation de la restriction alimentaire et de l'attachement. Ce modèle soutient la nécessité de percevoir la dépression comme un facteur central dans plusieurs pathologies. Dans le sens des résultats de Cole-Detke (1998), il y a aussi lieu de penser que des facteurs tels, la personnalité et les capacités adaptatives sont aussi des médiateurs dans la dépression comme dans la perception d'attachement des anorexiques. Mais avant tout, nos résultats confirment et ajoutent aux conclusions de Wonderlich et Swift (1990) quant au rôle médiateur de la dépression sur la relation entre les troubles alimentaires et les relations affectives familiales.

Avenues futures de recherche

La présente étude ajoute à l'actuel débat sur l'étiologie des troubles alimentaires. Par les conclusions qu'elle apporte, elle appuie les études empiriques ayant démontré un lien entre la qualité des relations affectives familiales et les syndromes alimentaires. Elle indique que la perception des liens d'attachement est un facteur explicatif de la restriction alimentaire à l'adolescence. Elle invite cependant à la prudence en relevant la force de la relation entre la dépression et la restriction alimentaire. Ces résultats nouveaux orientent les études futures en montrant l'importance de la qualité des relations d'attachement dans l'anorexie et surtout, en montrant la prépondérance de la dépression dans le modèle.

Une poursuite des études sur ce lien entre la qualité des relations d'attachement et le développement de l'anorexie à l'adolescence est nécessaire. Des études gagneraient à

explorer ce prolongement des relations d'attachement aux pairs comme modérateurs à la dépression et aux troubles alimentaires. Aussi, la qualité de la relation d'attachement au père à l'adolescence, et plus spécifiquement chez les adolescentes anorexiques, devrait se voir investiguée, en vérifiant si cette relation pourrait agir comme facteur de protection à l'apparition des conduites alimentaires restrictives.

Il a été démontré qu'un attachement insécurisant ne menait pas nécessairement au développement de pathologies. Or, il s'avérerait intéressant d'explorer les phénomènes de résiliences contrant les répercussions d'un attachement insécurisant chez les anorexiques.

Une approche de type développemental serait également nécessaire à l'examen de l'impact de faibles relations affectives à l'adolescence sur le développement des habiletés adaptatives propres à cette période, et qui rendent l'adolescente plus apte à résoudre des situations stressantes, et contribuent à diminuer sa vulnérabilité à réagir par le biais de la dépression ou des troubles alimentaires en situation de stress.

Finalement, à la lumière de nos résultats, il serait pertinent dans des études futures d'expliquer, sur un plan longitudinal et prospectif auprès de populations cliniques, les liens plus spécifiques entre l'anorexie, la dépression et l'attachement à l'adolescence.

Forces et limitations de l'étude

La présente étude est l'une des rares à avoir intégré simultanément la dépression et l'attachement pour expliquer plus largement la restriction alimentaire à l'adolescence.

Elle est aussi l'une des rares à fournir des données sur les liens entre les affects dépressifs et l'évaluation des perceptions d'attachement dans la restriction alimentaire.

La force intéressante de cette étude renvoie à la grande taille de l'échantillon. Les données obtenues n'en sont que plus valides, puisque la puissance statistique n'a pas été freinée. Peu d'études ont à ce jour pu bénéficier d'un échantillon aussi large.

Une des faiblesses de cette étude se rattache à la population non clinique utilisée. Certes les résultats sont significatifs et satisfaisants auprès d'une population non clinique, mais la généralisation à une population clinique doit s'accompagner de diverses nuances. Cette critique tient d'abord à l'instrument de mesure choisi. Le EAT-26 est avant tout un instrument de dépistage des symptômes de la restriction alimentaire. En nul cas, il s'avère un instrument diagnostique capable d'identifier l'anorexie. Il limite donc les généralisations possibles à une population clinique. Qui plus est, l'instrument a été reconnu comme étant sujet à des biais quant à la véracité des réponses à obtenir. Les anorexiques souvent les plus atteintes sont celles qui donnaient des réponses normales au test. Nos données sont cependant non négligeables puisqu'elles fournissent des repères cliniques intéressants.

Dans le même sens, il faut également critiquer l'instrument d'évaluation des styles d'attachement de Bartholomew (1991). Cet instrument n'est possiblement pas la mesure la plus précise et fiable pour déterminer les styles d'attachement. Avec plus de temps, il aurait été avantageux de recourir à des entrevues structurées permettant de dresser un portrait complet de l'histoire d'attachement des adolescentes. Ce portrait aurait permis de

préciser la nature du lien entre l'attachement et la restriction alimentaire, et de s'assurer avec plus de force de l'effet médiateur de la dépression dans notre modèle.

Quant à l'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e), il est lieu d'indiquer que cette mesure d'attachement est tirée de la perception des adolescents. Mais même si cette mesure est subjective, il a été démontré que la perception subjective des adolescents face à la qualité de leurs relations familiales était souvent plus valide que l'évaluation des comportements réels. Dans une prochaine étude, il serait pertinent de recueillir aussi la perception des parents face à la relation entretenue avec l'adolescente.

L'utilisation d'instruments évaluant la qualité des relations d'attachement, sur une base autre que l'évaluation des perceptions actuelles, pourrait aussi donner des résultats intéressants. L'utilisation de l'*Adult Attachment Interview* pourrait fournir une mesure fiable de l'état d'esprit actuel devant les expériences d'attachement.

CONCLUSION

Le présent mémoire a su faire ressortir la complexité du modèle multifactoriel de l'anorexie. Aussi, il a permis de spécifier et d'ajouter à ce modèle l'idée que la perception des relations d'attachement à l'adolescence était une variable importante à considérer. Il a également précisé que l'influence de ces liens d'attachement dans l'anorexie devait tenir compte de l'effet médiateur de la dépression. Ces résultats rejoignent l'idée de multiples facteurs circulaires, en mouvement les uns sur les autres, expliquant l'anorexie. Ils tournent dos aux conclusions linéaires cherchant des causes étiologiques uniques et généralisables.

La poursuite de la recherche sur les troubles alimentaires devra clairement ouvrir la voie à une perspective pluridisciplinaire pour que le caractère multidimensionnel d'une telle problématique et sa complexité soient mieux pris en compte.

Les études devront également poursuivre, à la lumière des résultats de ce mémoire et d'études récentes, l'idée que la dépression semble au centre de plusieurs pathologies.

De telles retombées amènent aussi à réfléchir sur la possibilité de comprendre les liens d'attachement comme des facteurs de protection dans le développement des troubles alimentaires à l'adolescence. Mais les études futures dans le domaine auront avantage à tenir compte du monde affectif relationnel à cette période au-delà du rapport aux parents.

RÉFÉRENCES

- 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.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*, 709-716.
- Alvin, P. (2001). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Rueil-Malmaison : Doin.
- American Academy Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington DC : American Psychiatric Association Press.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression : Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, *152*, 601-617.
- Angst, J., Merikangas, K.R., Scheidegger, P., & Wicki, W. (1990). Recurrent brief depression : A new subtype of affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, *19*, 87-98.
- Armsden, G.C., & Greenberg, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment : Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *16*, 427-454.
- Armsden, G.C., McCauley, E., Greenberg, M.T., Burke, P.M., & Mitchell, J.R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*, 683-697.
- Armstrong, J.G., & Roth, D.M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders : A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, *8*, 141-155.
- Aseltine, R.H., & Gore, S. (1993). Mental health and social adaptation following the transition from high school. *Journal of Research on Adolescence*, *3*, 247-270.
- Baron, P. (1993). *La dépression chez les adolescents*. Canada : Edisem Inc. Et Maloine.

- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Baron, P., & Laplante, L. (1984). L'Inventaire de Dépression de Beck : Son utilisation auprès d'un échantillon d'adolescents francophones. *Revue de modification du comportement*, *14*, 161-166.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *16*, 263-273.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *20*, 1-16.
- 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*(2), 226-244.
- Bates, J.E., & Bayles, K. (1988). Attachment and the Development of Behavior Problem. Dans Belsky, J., & Nezworski, T. (Éds), *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A.T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia : Center for Cognitive Therapy.
- Benson, M.J., Harris, P.B., & Rogers, C.S. (1992). Identity consequences of attachment to mothers and fathers among late adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, *2*, 187-204.
- Bliss, E.L., & Branch, C.H. (1960). *Anorexia Nervosa : Its Psychology and Biology*. New York : Hoeber.
- Bolduc, D., Steiger, H., & Leung, F. (1993). Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez les adolescents de la région de Montréal. *Santé mentale au Québec*, *XVIII*(2), 183-196.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *14*, 211-218.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, *39*, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol.1 Attachment*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol.2 Separation, anxiety and anger*. New York : Basic Books.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol.3 Loss, sadness and depression*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : Parent-child attachment and healthy human development*. New York : Basic Books.
- Brack, G., Gay, M.F., & Matheny, K.B. (1993). Relationships between attachment and coping resources among late adolescents. *Journal of College Student Development*, 34, 212-215.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders : Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York : Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage : The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Burke, K.C., Burke, J., Regier, D., & Rae, D.S. (1990). Age of onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P.D., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 479-485.
- Cantwell, D.P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, B., & Green, J.K. (1977). Anorexia nervosa : An affective disorder? *Archives of General Psychiatry*, 34, 1087-1093.
- Cauce, A.M., Mason, C., Gonzales, N., Hiraga, Y., & Liu, G. (1994). Social support during adolescence : Methodological and theoretical considerations. Dans Nestman, F., & Hurrelmann, K. (Éds). *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence* (pp. 89-108). Walter de Gruyter. Berlin.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., & Callahan, S. (2001). Symptomatology de la personnalité limite du DSM-IV dans une population non clinique d'adolescents : étude d'une série de 35 cas. *Encéphale*, 27, 120-127.
- Charcot, J.M. (1889). *Diseases of the Nervous System*. London : New Sydenham Society.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*, 2^e édition. Montréal : Gaëtan Morin.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.

- Cole-Detke, H. (1998). Depression and eating disorder : A comparison of the roles of attachment organization, personality, field dependence, and coping strategies. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58, 6803.
- Connors, M.E., & Johnson, C.L. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors*, 12, 165-179.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., & Mouren-Simeoni, M.C. (2000). Fonctionnement des familles d'adolescentes anorexiques : le FACES III comme outil d'évaluation et guide thérapeutique. Dans Controverses autour de la prise en charge des troubles alimentaires, *La revue Prisme*, 32, 63-83.
- Crisp, A.H., Hsu, L.K., Harding, B., & Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa : A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 179-191.
- Crockett, L., Petersen, A., Graber, J., Schulenberg, J., & Ebata, A. (1989). School transitions and adjustment during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 9, 181-210.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family : Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226.
- Devine, D., Kempton, T., & Forehand, R. (1994). Adolescent depressed mood and young adult functioning : A longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 629-640.
- Devlin, M.J., & Walsh, B.T. (1989). Eating disorders and depression. *Psychiatric Annals*, 19, 473-476.
- Dumas, E.J. (1999). *Les troubles alimentaires de l'adolescence. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Belgique : DeBoeck.
- Eisler, I. (1995). Family Models of Eating Disorders. Dans G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Éds), *Handbook of Eating Disorders : Theory, Treatment and Research* (pp. 155-176). John Wiley & Sons Ltd.
- Erickson, M.F., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.

- Fairburn, C.G., & Wilson, C.T. (1993). *Binge eating : Nature, assessment and treatment*. New York : Guilford Press.
- Feighner, J.P., Robins, E., Gruze, S.M., Woodruff, R.A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives General of Psychiatry*, 26, 57-63.
- Fitzgerald, J.F., & Lane, R.C. (2000). The role of the father in anorexia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 71-84.
- Felker, K.R., & Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29, 116, 821-834.
- Flament, M.F., & Remy, B. (1995). Les troubles des conduites alimentaires chez le garçon. Dans A. Braconnier, C. Chiland, M. Choquet et R. Pomadère (Éds), *Adolescentes, adolescents* (pp. 92-114). Paris : Bayard.
- Fleming, J.E., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Foreyt, J.P., Carlos Poston, W.S., Winebarger, A.A., & McGavin, J.K. (1998). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Dans Mash, E.J., & Barkley, R.A. (Eds), *Treatment of childhood disorders (2^e éd)* (pp. 647-691). New York : The Guilford Press.
- Frey, C., & Rothlisberger, C. (1996). Social support in healthy adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 16-31.
- Friedberg, N.L., & Lyddon, W.J. (1996). Self-other working models and eating disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 193-203.
- Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa : A multidimensional perspective*. New York : Brunner-Mazel.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test : An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1985). *Handbook of Psychotherapy of Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1988). *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York : Brunner-Mazel.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. & Bemis, K.M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 1-46.

- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test : Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, *12*, 871-878.
- Ge, X., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H., & Simons, R.L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, *30*, 467-483.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). *The attachment interview for adults*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Golden, N.H. (1997). The adolescent : Vulnerable to develop an eating disorder and at high risk for long-term sequelae. Dans M.S. Jacobson (Eds), *Adolescent nutritional disorders : Prevention and treatment*. New York : New York Academy of Sciences.
- Gordon, R.A. (1990). *Anorexie et boulimie : Anatomie d'une épidémie sociale*. Stock.
- Gowers, S., Kadambari, S.R., & Crisp, A.H. (1985). Family structure and birth order of patients with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, *2-3*, 247-251.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Loas, G., & Jeammet, P. (2000). Alexithymie et dépression dans les troubles des conduites alimentaires. *L'encéphale*, *26*, 1-6.
- Guillemot, A., & Laxenaire, M. (1993). *Anorexie et boulimie : le poids de la culture*. Paris, Masson.
- Gull, W.W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, *7*, 222-228.
- Hall, A. (1978). Family structure and relationships of 50 female anorexia nervosa patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *12*, 263-268.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. UK : Psychology Press.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. *Advances in Personal Relationships*, *5*, 151-177.
- Hazen, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511-524.
- Herzog, D.B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry*, *141*, 1594-1597.

- Herzog, D.B., Nussbaum, K.M., & Marmor, A.K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *19*, 843-859.
- Hobbs, W.L., & Johnson, C.A. (1996). Anorexia nervosa: an overview. *American Family Physician*, *54*(4), 1273-1279.
- Hops, H., Lewinsohn, P.M., Andrews, J.A., & Roberts, R. (1990). Psychosocial correlates of depressive symptomatology among high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 211-220.
- Humphrey, L.L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 395-402.
- Humphrey, L.L. (1987). Comparison of bulimic-anorexic and non distressed families using structural analysis of social behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *26*, 248-255.
- Ivarsson, T., Rastam, M., Wentz, E., Gillberg, I.C., & Gillberg, C. (2000). Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: A controlled longitudinal, partly community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 398-403.
- Jeammet, P. (1985). *L'anorexie mentale*. Paris : Doin Éditeurs.
- Jeammet, P. (1993). Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. Diagnostic et traitement. *Revue du Praticien*, *43*(17), 2289-2293.
- Johnson, J. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Newbury, Park, CA: Sage.
- Kaslow, N.J., Deering, C.G., & Racusin, G.R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical psychology Review*, *14*, 39-59.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L.J. (1992). Childhood parental loss and adult psychopathology in women: A twin study perspective. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 109-116.
- Kennedy, S.H., Kaplan, A.S., Garfinkel, P.E., Rockert, W., Toner, B., & Abbey, S.E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Discriminating depressive symptoms and episodes. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*, 773-782.
- Kenny, M., & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counselling Psychology*, *39*, 521-526.
- Kessler, R.C., & Magee, W.J. (1993). Childhood adversities and adult depression. *Psychological Medicine*, *23*, 679-690.

- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 11-23.
- Laible, D.J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The Differential Relations of Parent and Peer Attachment to Adolescent Adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 45-59.
- Larose, S., & Boivin, M. (1991). Étude de la validité théorique de l'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e) auprès d'une population d'élèves du collégial. *Communication présentée au XIVe congrès annuel de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie*, Trois-Rivières, document inédit.
- Latouche, M.J., & Henry, L. (1998). « Miroir, miroir, pourquoi suis-je si grosse? » *Le Médecin du Québec*, 33(9), 45-53.
- Ledoux, M., & Rivard, M. (2000). Poids corporel. Dans C. Daveluy et coll. (Éds.), *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Legendre, V. (2000). *Facteurs associés à un comportement alimentaire restrictif chez des adolescentes de niveau secondaire*. Mémoire de maîtrise, UQTR, Inédit.
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil, N. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue canadienne de psychiatrie*, 39, 49-54.
- Lussier, Y. (1995). *Questionnaire d'attachement*. Document Inédit, UQTR.
- Lyddon, W.J., Bradford, E., & Nelson, J. (1993). Assessing adolescent and adult attachment : a review of current self-report measures. *Journal of Counselling and Development*, 71, 390-395.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family : Parent-child interaction. Dans Heatherington, E. (Éd.). *Mussen Manual of Child Psychology* (Vol. 4) (pp. 1-102) (4^e éd.). New York : Wiley.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood : A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Mann, A.H., Wakeling, A., Wood, K. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 13, 573-580.
- Marcotte, D. (1999). Les adolescents dépressifs nécessitent des traitements adaptés à leur réalité. *Psychologie Québec*, 16(3), 26-29.

- Matas, L., Arend, R.A., & Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second year : The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development, 49*, 547-556.
- Minuchin, S., Baker, B.L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children : Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families : Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge. Harvard : University Press.
- Morgan, H.G., & Russell, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa : a four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine, 5*, 355-371.
- Nezelof, S., & Bonin, B. (1990). L'anorexie mentale : Trouble spécifique du comportement alimentaire. *Soins, 536*, 27-31.
- Noe, S.L. (2001). Attachment relationships and eating disorders : Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders? *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*, 2071.
- 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'Kearney, R., Gertler, R., Conti, J., & Duff, M. (1995). Behavioural and psychological disturbances in presenters to an eating disorders clinic : A descriptive study. *European Review of Eating Disorders, 3*, 80-92.
- Orbach, S. (1986). *Hunger strike*. New York: Norton & Company.
- Palmer, R.L., Oppenheimer, R., & Marshall, P.D. (1988). Eating-disordered patients remember their parents : A study using the Parental Bonding Instrument. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 101-106.
- Papini, D.R., Roggman, L.A., & Anderson, J. (1991). Early-adolescent perceptions of attachment to mother and father : A test of emotional-distancing and buffering hypotheses. *Journal of Early Adolescence, 11*, 258-275.
- Patten, C.A., Gillin, J.C., Farkas, A.J., Gilpin, E.A., Berry, C.C., & Pierce, J.P. (1997). Depressive symptoms in California adolescents : Family structure and parental support. *Journal of Adolescent Health, 20*, 271-278.

- Pauzé, R., Charbouillot-Mangin, B., & Saint-Pierre, F. (1996). Perspective multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie. *Thérapie familiale, 17*(2), 241-259.
- Pauzé, R., & Lacharité, D. (1994). Étude de la conduite anorexique selon la perspective des théories de la complexité. *Revue Québécoise de Psychologie, 15*(1), 91-109.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist, 48*(2), 155-168.
- Petot, D. (1999). Les dépressions. Dans E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot, & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, 111-137, Montréal : Gaëtan Morin.
- Pike, K.M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 198-204.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P.E., & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 395-400.
- Pulos, S. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory with eating disorder patients. *Educational and Psychological-Measurement, 56*, 139-141.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the center for epidemiological studies depression scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 20*(2), 149-165.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A., & Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and Weight Disorders, 6*, 166-170.
- Rastam, M., & Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa : A population-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 283-289.
- Ratté, C., Pomerleau, G., & Lapointe, C. (1989). Dépistage des troubles des conduites alimentaires chez une population d'étudiantes de niveau collégial : corrélation avec deux caractéristiques psychosociales. *Revue canadienne de psychiatrie, 34*, 892-897.
- Reicher, H. (1993). Family and peer relations and social-emotional problems in adolescence. *Studia Psychologica, 35*, 403-408.
- Reeves, P.C., & Johnson, M.E. (1992). Relationship between family-of-origin functioning and self-perceived correlates of eating disorders among female college students. *Journal of College Student Development, 33*, 44-49.

- Reynolds, W.M. (1992). Depression in children and adolescents. Dans W.M. Reynolds (Éd.), *Internalizing disorders in children and adolescents*. New York : Wiley and Sons.
- Reynolds, W.M. (1994). Depression in adolescents : Contemporary issues and perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, 16, 261-316.
- Rhodes, B., & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263.
- Russell, J.D., Kopec-Schrader, E., Rey, J.M., & Beumont, P.J.V. (1992). The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 236-239.
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1, 23-43.
- Schmidt, U., Tiller, J., & Treasure, J. (1993). Setting the scene for eating disorders : Childhood care, classification and course of illness. *Psychological Medicine*, 23, 663-672.
- Scott Brown, L., & Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 15-32
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self starvation*. London : Chaucer Publishing Company.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation : From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York : Jason Aronson.
- Sherrod, L.R., Haggerty, R.J., & Featherman, D.L. (1993). Late adolescence and the transition to adulthood. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 217-226.
- Shugar, G., & Krueger. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 23-31.
- Sohlberg, S., & Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa : An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 1-15.
- Sours, J.A. (1980). *Starving to death in a sea of objects : The anorexia nervosa syndrome*. New York : Grune & Stratton.
- Sroufe, L.A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational perspective. *Child Development*, 48, 1184-1199.

- Sroufe, L.A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool : The roots of maladaptation and competence. Dans Perlmutter, M. (Éd.), *Minnesota Symposium on Child Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L.A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. Dans Belsky, J., & Nezworski, T. (Éds), *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L.A., Egelund, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change : Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, *61*, 1363-1373.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *11*, 1-13.
- Steiger, H., Van der Feen, J., Goldstein, C., & Leichner, P. (1989). Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, *8*, 131-140.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients : Comparison of restricters and bingers to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, *10*, 501-512.
- Steiger, H., & Champagne, J. (1999). Les troubles de l'alimentation : l'anorexie nerveuse et la boulimie. Dans E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot, & M. Tousignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, 391-404, Montréal : Gaëtan Morin.
- Steiger, H., & Séguin, J.R. (1999). Eating disorders : Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Dans T. Millon, P.H. Blaney, & R.D. Davis (Éds), *Oxford textbook of psychopathology. Oxford textbooks in clinical psychology*, *4*, 365-389, London: Oxford University Press.
- Stern, S.L., Dixon, K.N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *8*, 25-31.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, *22*, 339-360.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*, 482-483.

- Strober, M., & Katz, J.L. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 171-180.
- Strober, M., & Yager, J. (1985). A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents. Dans D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Éds.), *Anorexia nervosa and bulimia*. New York : Guilford Press.
- Sugarman, A., & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 57-67.
- Swarr, A.E., & Richards, M.H. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 32, 636-646.
- Swift, W., & Stern, S. (1982). The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 17-36.
- Szrynski, V. (1973). Anorexia nervosa and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 27, 492-505.
- Toner, B.B., Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1988). Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18, 357-364.
- Treasure, J., & Holland, A. (1995). Genetic factors in eating disorders. Dans G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Éds), *Handbook of eating disorders : Theory, treatment and research* (pp. 65-81). New York : John Wiley & Sons.
- Tubiana-Rufi, N., Moret, L., Bean, K., Mesbah, M., Feard, S., Deschamps, J.P. Czernichow, P., & Chwalow, A.J. (1991). Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement familial (FACES III) : un outil pour la recherche et la pratique clinique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 39, 531-541.
- Wade, T.D., Bulik, C.M., Neale, M., & Kendler, K.S. (2000). Anorexia nervosa and major depression : Shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 469-471.
- Waller, G., Calam, R., & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 285-286.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Family adaptability and cohesion : Relation to eating attitudes and disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 225-228.

- Waller, G., & Hartley, P. (1994). Perceived parental style and eating psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 2, 76-92.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa : A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.
- Weiss, R.S. (1994). Foreword. Dans M.L. West & A.E. Sheldon-Keller (Éds), *Patterns of relating : An adult attachment perspective*. New York : Guilford.
- Wilkins, J. (1995). Anorexie mentale et boulimie : Un modèle d'intervention qui tient compte des enjeux de l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 16, 133-158.
- Wenz-Gross, M., Siperstein, G.N., Untch, A.S., & Widaman, K.F. (1997). Stress, social support and adjustment of adolescents in middle school. *Journal of Early Adolescence*, 17, 129-151.
- Wonderlich, S.A., & Swift, W.J. (1990). Perceptions of parental relationships in the eating disorders : The relevance of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 353-360.
- Zimmermann, P. (2000). L'attachement à l'adolescence : Mesure, développement et adaptation. Dans G.M. Tarabulsy, S. Larose, D.R. Pederson & G. Moran (Eds). *Attachement et développement : Le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 183-204). Québec : Presses de l'Université du Québec.

APPENDICE A

Exemplaire du Eating Attitudes Test

Pour chaque énoncé, encercle le chiffre qui correspond à ta situation.

Utilise les cotes suivantes:

- 1= **Toujours**
- 2= **Très souvent**
- 3= **Souvent**
- 4= **Parfois**
- 5= **Rarement**
- 6= **Jamais**

1. Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros(se)..... 1 2 3 4 5 6
2. J'évite de manger quand j'ai faim 1 2 3 4 5 6
3. Je suis trop soucieux(se) de la nourriture 1 2 3 4 5 6
4. J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger 1 2 3 4 5 6
5. Je découpe mes aliments en petits morceaux..... 1 2 3 4 5 6
6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange..... 1 2 3 4 5 6
7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz) 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage 1 2 3 4 5 6
9. Je vomis après avoir mangé..... 1 2 3 4 5 6
10. Je me sens très coupable après avoir mangé 1 2 3 4 5 6
11. Le désir d'être plus mince me préoccupe..... 1 2 3 4 5 6
12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories 1 2 3 4 5 6
13. Les autres pensent que je suis trop mince 1 2 3 4 5 6
14. Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse sur le corps 1 2 3 4 5 6
15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas..... 1 2 3 4 5 6
16. J'évite de manger des aliments sucrés 1 2 3 4 5 6
17. Je mange des aliments diététiques..... 1 2 3 4 5 6
18. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie 1 2 3 4 5 6

Utilise les cotes suivantes:

- 1= Toujours**
- 2= Très souvent**
- 3= Souvent**
- 4= Parfois**
- 5= Rarement**
- 6= Jamais**

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Je sens que les autres me poussent à manger | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Je m'oblige à me mettre à la diète | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. J'aime avoir l'estomac vide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Je ressens le besoin de vomir après les repas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

APPENDICE B

Exemplaire de l'Inventaire de Dépression de Beck

IDB

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lis attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entoure le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti-e au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encercle chacun d'eux. Assure-toi d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer ton choix.

1. 0 Je ne me sens pas triste
1 Je me sens triste
2 Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir
3 Je suis si triste que je ne peux le supporter

2. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé-e par l'avenir
1 Je me sens découragé-e par l'avenir
2 J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
3 J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer

3. 0 Je ne me considère pas comme un-e raté-e
1 J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
2 Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs
3 J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie

4. 0 Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
1 Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
2 Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
3 Tout me rend insatisfait ou m'ennuie

5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable
1 Je me sens coupable une bonne partie du temps
2 Je me sens coupable la plupart du temps
3 Je me sens continuellement coupable

6. 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni-e
1 J'ai l'impression que je pourrais être puni-e
2 Je m'attends à être puni-e
3 J'ai l'impression d'être puni-e

7. 0 Je n'ai pas l'impression d'être déçu-e de moi
1 Je suis déçu-e de moi
2 Je suis dégoûté-e de moi
3 Je me hais
8. 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
1 Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
9. 0 Je ne pense aucunement à me suicider
1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
2 J'aimerais me suicider
3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
10. 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
1 Je pleure plus qu'avant
2 Je pleure continuellement maintenant
3 Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable
11. 0 Je ne suis pas plus irrité-e maintenant qu'auparavant
1 Je suis agacé-e ou irrité-e plus facilement qu'auparavant
2 Je suis continuellement irrité-e
3 Je ne suis plus du tout irrité-e par les choses qui m'irritaient auparavant
12. 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens
13. 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
1 Je remets des décisions beaucoup plus qu'avant
2 J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'auparavant
3 Je ne peux plus prendre de décisions
14. 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence est pire qu'auparavant
1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant-e
2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant-e
3 J'ai l'impression d'être laid-e

15. 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant
1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
3 Je ne peux faire aucun travail
16. 0 Je dors aussi bien que d'habitude
1 Je ne dors pas aussi bien qu'avant
2 Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
17. 0 Je ne me sens pas plus fatigué-e qu'à l'accoutumée
1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
2 Je me fatigue pour un rien
3 Je suis trop fatigué-e pour faire quoi que ce soit
18. 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
2 Mon appétit a beaucoup diminué
3 Je n'ai plus d'appétit du tout
19. 0 Je n'ai pas perdu du poids dernièrement
1 J'ai perdu plus de 5 livres
2 J'ai perdu plus de 10 livres
3 J'ai perdu plus de 15 livres
Je suis présentement une diète Oui _____ Non _____
20. 0 Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
1 Je suis préoccupé-e par des problèmes de santé comme des douleurs, des maux d'estomac ou la constipation
2 Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose
3 Je suis tellement préoccupé-e par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose
21. 0 Je n'ai pas remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour la sexualité
1 J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
2 J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
3 J'ai perdu tout désir sexuel

APPENDICE C

Exemplaire de l'Inventaire d'Attachement Parents-Adolescent(e)

version mère et version père

QUESTIONNAIRE DE RELATION MÈRE

Ce questionnaire porte sur certains aspects de la relation que tu entretiens avec ta **mère**. Il s'agit simplement d'encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que tu ressens. Réponds de ton mieux à **TOUS** les items, même si certains ne semblent pas s'appliquer à ta situation. Pour ce, utilise les cotes suivantes:

- 1= cela ne correspond **pas du tout** à ce que je ressens
- 2= cela correspond **un peu** à ce que je ressens
- 3= cela correspond **passablement** à ce que je ressens
- 4= cela correspond **grandement** à ce que je ressens
- 5= cela correspond **tout à fait** à ce que je ressens

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ma mère respecte mes sentiments..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. J'ai l'impression que ma mère est bonne dans son rôle de mère..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. J'aurais souhaité avoir une mère différente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ma mère m'accepte comme je suis..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je ne peux pas me fier à ma mère lorsque j'ai des problèmes à résoudre..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. J'aime recevoir le point de vue de ma mère lorsque j'ai des problèmes à l'école..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je trouve inutile de laisser paraître mes sentiments à ma mère | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ma mère s'en aperçoit quand quelque chose me dérange..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quand je parle de mes problèmes avec ma mère, j'ai honte et je me sens ridicule..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ma mère attend trop de moi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Je suis beaucoup plus souvent dérangé(e) ou fâché(e) que ma mère le pense | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Lorsque l'on discute, ma mère considère mes points de vue..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 1= cela ne correspond **pas du tout** à ce que je ressens
 2= cela correspond **un peu** à ce que je ressens
 3= cela correspond **passablement** à ce que je ressens
 4= cela correspond **grandement** à ce que je ressens
 5= cela correspond **tout à fait** à ce que je ressens

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Ma mère a confiance en mon jugement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Ma mère a déjà ses problèmes, donc je ne la dérange pas avec les miens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ma mère m'aide à mieux me comprendre..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je parle de mes problèmes à ma mère..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je me sens fâché(e) lorsque je suis avec ma mère | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je n'ai pas beaucoup d'attention de la part de ma mère à la maison..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ma mère m'encourage à parler de mes difficultés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ma mère me comprend..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ces jours-ci, ma mère n'est pas une personne sur qui je peux me fier | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Lorsque je suis en colère, ma mère tente d'être compréhensive..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. J'ai confiance en ma mère | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Ma mère ne comprend pas ce que je vis ces jours-ci | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Je peux compter sur ma mère lorsque j'ai besoin d'exprimer ce que j'ai sur le coeur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. J'ai l'impression que ma mère ne me comprend pas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Si ma mère sait que quelque chose me tracasse, elle me demande ce qui ne va pas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Quand je suis avec ma mère, un rien me dérange..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

QUESTIONNAIRE DE RELATION PÈRE

Ce questionnaire porte sur certains aspects de la relation que tu entretiens avec ton **père**. Il s'agit simplement d'encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que tu ressens. Réponds de ton mieux à **TOUS** les items, même si certains ne semblent pas s'appliquer à ta situation. Pour ce, utilise les cotes suivantes:

- 1= cela ne correspond **pas du tout** à ce que je ressens
- 2= cela correspond **un peu** à ce que je ressens
- 3= cela correspond **passablement** à ce que je ressens
- 4= cela correspond **grandement** à ce que je ressens
- 5= cela correspond **tout à fait** à ce que je ressens

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mon père respecte mes sentiments..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. J'ai l'impression que mon père est bon dans son rôle de père..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. J'aurais souhaité avoir un père différent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Mon père m'accepte comme je suis..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je ne peux pas me fier à mon père lorsque j'ai des problèmes à résoudre..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. J'aime recevoir le point de vue de mon père lorsque j'ai des problèmes à l'école..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je trouve inutile de laisser paraître mes sentiments à mon père | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Mon père s'en aperçoit quand quelque chose me dérange..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quand je parle de mes problèmes avec mon père, j'ai honte et je me sens ridicule | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Mon père attend trop de moi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Je suis beaucoup plus souvent dérangé(e) ou fâché(e) que mon père le pense | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Lorsque l'on discute, mon père considère mes points de vue..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- 1= cela ne correspond **pas du tout** à ce que je ressens
 2= cela correspond **un peu** à ce que je ressens
 3= cela correspond **passablement** à ce que je ressens
 4= cela correspond **grandement** à ce que je ressens
 5= cela correspond **tout à fait** à ce que je ressens

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 13. Mon père a confiance en mon jugement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Mon père a déjà ses problèmes, donc je ne le dérange pas avec les miens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mon père m'aide à mieux me comprendre..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je parle de mes problèmes à mon père..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je me sens fâché(e) lorsque je suis avec mon père..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je n'ai pas beaucoup d'attention de la part de mon père à la maison..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mon père m'encourage à parler de mes difficultés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Mon père me comprend..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ces jours-ci, mon père n'est pas une personne sur qui je peux me fier..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Lorsque je suis en colère, mon père tente d'être compréhensif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. J'ai confiance en mon père | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Mon père ne comprend pas ce que je vis ces jours-ci..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Je peux compter sur mon père lorsque j'ai besoin d'exprimer ce que j'ai sur le coeur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. J'ai l'impression que mon père ne me comprend pas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Si mon père sait que quelque chose me tracasse, il me demande ce qui ne va pas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Quand je suis avec mon père, un rien me dérange..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

APPENDICE D

Exemplaire du Relationship Questionnaire

QUESTIONNAIRE DE PERCEPTION

Laquelle des quatre descriptions suivantes vous décrit le mieux. Nous vous demandons de choisir UNE SEULE description et d'apposer un "X" à côté de votre réponse.

- _____ 1. Il est facile pour moi de me rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seul(e) ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter.
- _____ 2. Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e) et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi.
- _____ 3. Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupé(e) par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie.
- _____ 4. Je me sens embarrassé(e) lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres.