

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
VALÉRIE LEGENDRE

FACTEURS ASSOCIÉS À UN COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE RESTRICTIF CHEZ DES ADOLESCENTES
DE NIVEAU SECONDAIRE

MAI 2000

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.

Table des matières

Liste des tableaux	v
Sommaire	vi
Remerciements	viii
Introduction	1
Chapitre 1 - Définition de l'anorexie mentale	5
Historique	6
Épidémiologie	8
Les critères diagnostiques	10
Chapitre 2 - Le développement durant l'adolescence	15
Les transformations physiques à l'adolescence	16
Conséquences psychologiques de la puberté	18
Image corporelle	18
Estime de soi	21
Chapitre 3 - Les changements cognitifs de l'adolescence et les modèles théoriques portant sur les aspects cognitifs liés à l'anorexie mentale primaire	23
Changements cognitifs à l'adolescence	24
Les modèles théoriques portant sur les schèmes cognitifs liés à l'anorexie mentale primaire	27
La perception de contrôle	39
Chapitre 4 - La dépression et les événements de vie stressants à l'adolescence	45
La dépression à l'adolescence	46
La dépression chez les adolescentes anorexiques	49
Les événements de vie stressants	56

Chapitre 5 - Les contingences environnementales dans le syndrome de l'anorexie mentale primaire	64
Le soutien familial	65
Facteurs socio-démographiques de la famille	67
Événements négatifs dans la vie familiale	69
Les attitudes et la personnalité des parents	70
Relation entre les parents et l'enfant.....	71
Relation avec la mère.....	72
Relation avec le père	73
Observations du milieu familial et des modèles d'interactions spécifiques	74
Modèles unidimensionnels	75
Modèles bidimensionnels	77
Modèles multidimensionnels	78
Le réseau social	80
Les changements au niveau social à l'adolescence	80
Le réseau social des adolescentes souffrant d'anorexie mentale primaire	81
Objectifs de la recherche	85
Chapitre 6 - Méthode	86
Participants	87
Déroulement	88
Instruments de mesure	88
Chapitre 7 - Présentation des résultats	94
Chapitre 8 - Discussion.....	110
Discussion des résultats	111
Différences reliées au genre	113
Différences entre les adolescentes restrictives et non restrictives	117

Facteurs prédicteurs d'un comportement alimentaire restrictif à l'adolescence	122
Commentaires critiques	124
Conclusion	127
Références	130
Appendice A - Critères diagnostiques du DSM-III pour l'anorexie mentale	148
Appendice B - Critères diagnostiques du DSM-III-R pour l'anorexie mentale	150

Liste des tableaux

Tableau

1	Critères diagnostiques de l'anorexie mentale de Feighner et al. (1972)	11
2	Ajouts aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale de Garfinkel et Garner (1982)	11
3	Critères diagnostiques de l'anorexie mentale du DSM-IV	13
4	Distribution des sujets selon le sexe et l'âge	95
5	Résultats des analyses de moyennes et des écarts types selon le sexe des sujets	96
6	Distribution des filles selon leur score au EAT-26 et leur milieu de vie	101
7	Distribution des filles selon leur score au EAT-26 et leur rang dans la famille	102
8	Distribution des filles selon leur score au EAT-26 et leur niveau scolaire	103
9	Distribution des filles selon leur score au EAT-26 et leur statut pubertaire	104
10	Résultats des analyses de moyennes et des écarts types pour les filles restrictives et des écarts types pour les filles restrictives et non restrictives ..	105
11	Résumé de l'analyse de régression multiple sur les variables estime de soi, croyances irrationnelles (valeur personnelle), image corporelle et dépression comme facteurs prédicteurs d'un comportement alimentaire restrictif à l'adolescence	109

Sommaire

Ce mémoire présente une étude portant sur dix variables liées à l'anorexie mentale primaire chez les adolescentes. Par l'étude des attitudes alimentaires, de la dépression, des événements de vie stressants, des distorsions cognitives, de la perception de contrôle, de l'estime de soi, de l'image corporelle, du soutien familial, du statut pubertaire et du réseau social, l'auteure a voulu vérifier dans un premier temps si ces variables distinguent les garçons des filles. Dans un deuxième temps, examiner si ces mêmes variables sont associées à la problématique de l'anorexie mentale primaire à l'adolescence dans une population sous-clinique. Le troisième objectif est d'examiner l'importance relative de chacune de ces variables dans l'explication du trouble. Les 168 participants provenant d'une école secondaire de la Montérégie ($M = 14.3$ ans; 73 garçons, 95 filles) ont complété l'Échelle des attitudes alimentaires (EAT-26), le Questionnaire sur l'image corporelle, le Questionnaire de l'estime de soi de Rosenberg, l'Inventaire de la dépression de Beck et le Questionnaire sur les événements de vie stressants (QEVS). Les résultats confirment plusieurs distinctions entre les adolescents et les adolescentes, soit sur les variables: attitudes alimentaires, estime de soi, dépression, image corporelle, événements de vie stressants, perception de contrôle (contrôle sociopolitique) et réseau social (sexe de l'ami,e, partage des secrets et des confidences, disponibilité). Pour l'intérêt de la recherche, deux groupes distincts de filles ont été créés, soit les adolescentes restrictives (score > 20 au EAT-26) et les adolescentes non restrictives (score < 20 au EAT-26) afin de les comparer sur les mêmes variables. Des différences significatives entre les deux groupes sont observées particulièrement sur les variables attitudes alimentaires, estime de soi, dépression, image corporelle, distorsions cognitives reliées à la valeur personnelle et satisfaction des relations dans le réseau social.

Une variable est prédictive des troubles alimentaires à l'adolescence. À l'analyse de régression, la dépression explique un pourcentage significatif de la variance des scores au EAT-26. Finalement, les limites de l'étude sont abordées et certains questionnements sont soulevés de façon à orienter d'autres avenues de recherche dans le domaine des troubles alimentaires.

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, Mme Diane Marcotte, Ph.D., professeure-chercheure, pour sa disponibilité, son soutien, sa rigueur et ses précieux conseils dans la réalisation de ce mémoire.

Elle souhaite aussi remercier Mme Danielle Leclerc, Ph.D., professeure-chercheure, pour sa patience et ses conseils dans le processus du traitement des données et des analyses statistiques.

L'auteure remercie tous les adolescents qui ont généreusement accepté de participer à cette étude, et sans qui, cette recherche aurait été impossible.

L'auteure souhaite aussi remercier particulièrement M. Renald Legendre pour sa belle complicité à travers sa passion de la recherche, pour ses encouragements et le débat de certains questionnements dans le processus de réflexion et de rédaction, pour sa lecture attentive et ses conseils judicieux et pour son soutien inconditionnel. Des remerciements sont aussi adressés à Mme Nicole Legendre pour ses encouragements, ses conseils et sa présence, à Marie-Josée pour son soutien et sa joie de vivre, à Antoine pour sa curiosité et son sens critique et à Raphaël pour son amour et sa compréhension. L'auteure aimerait remercier les membres de la famille et les ami(e)s pour leur patience, leur soutien et leur foi en l'aboutissement de ce projet.

L'auteure tient à exprimer sa reconnaissance à Mme Doris Lavallée pour son souci du travail bien fait, sa disponibilité, ses encouragements et son amitié.

L'auteure exprime sa reconnaissance et son amitié à tout le personnel enseignant et aux membres de la direction de l'école secondaire Polybel, qui ont gentillement accepté de collaborer au projet. De plus, des remerciements sont adressés à M. Jean-Claude Forand M.Ps., qui a agi comme premier tuteur auprès de l'auteure et qui l'a encouragée et soutenue dans son intérêt pour les adolescentes anorexiques.

Introduction

La prévalence des troubles alimentaires est en hausse depuis les dernières décennies (Shisslak et al., 1987). La recrudescence du syndrome, de même que le taux de mortalité élevé qui varie de 5 à 20%, ont amené les différents chercheurs à porter un intérêt particulier à la problématique de l'anorexie (Meilleur, 1987). Ainsi, les spécialistes ont mené une multitude de recherches pour améliorer leur compréhension des différents aspects reliés à ce trouble.

Plusieurs modèles théoriques ont été élaborés pour expliquer le développement de l'anorexie. Malgré que certains ne s'entendent pas sur l'ensemble des causes en lien avec la problématique, la majorité des théories soulèvent l'importance des facteurs sociaux, familiaux, cognitifs, individuels et physiologiques (Meilleur, 1997). En somme, les auteurs semblent convenir de la complexité de l'étiologie du trouble, ce qui entraîne une très grande variabilité d'explications et, par conséquent, de multiples modalités de traitement.

Comme le caractère multidimensionnel de la problématique revêt une importance de premier ordre dans la compréhension du trouble, le présent mémoire s'intéresse à plusieurs aspects de l'anorexie. Ainsi, les attitudes alimentaires, la dépression, les événements de vie stressants, les distorsions cognitives, la perception de contrôle, l'estime de soi, l'image corporelle, le soutien familial, le statut pubertaire et le réseau social sont abordés. Ce travail a pour but d'effectuer une synthèse de la littérature portant sur ces différentes variables afin de dégager un degré d'importance relatif à chacune d'entre elles.

Différents auteurs ont déjà proposé l'importance de ces variables à différents degrés dans le tableau clinique de l'anorexie mentale primaire à l'adolescence. Toutefois, certaines études se contredisent à l'idée de reconnaître l'influence d'un aspect ou l'autre sur le trouble alimentaire. Peu d'études se sont attardées à dresser un portrait d'ensemble de la problématique en hiérarchisant les variables en cause. Cette étude a pour buts d'identifier certaines variables communes qui font consensus chez la majorité des auteurs; de les vérifier expérimentalement et ainsi de tenter de dresser un modèle représentatif du trouble alimentaire. Ceci contribuerait partiellement à expliquer, d'une part l'incidence élevée de l'anorexie durant l'adolescence et d'autre part, la nature et le rôle des différents aspects étudiés qui sont liés au syndrome. Comme le syndrome de l'anorexie mentale primaire se retrouve principalement chez les filles, l'emploi de la forme féminine (soit «l'adolescente» ou «elle») a été privilégié tout au long du texte. Aussi, puisque l'accès à une population clinique comporte certaines difficultés et un délai considérable, la présente étude a été effectuée auprès d'une population sous-clinique, soit des adolescentes provenant d'une école secondaire de la Rive-sud de Montréal.

Ce travail comprend huit parties. La première expose d'une façon générale ce qu'est l'anorexie mentale. Elle s'attarde à définir les termes, les différentes catégories, les critères diagnostiques ainsi que certaines précisions théoriques concernant les attitudes alimentaires à l'adolescence. La seconde partie aborde la période de l'adolescence. Elle présente les différents changements développementaux qui surviennent durant cette période. Une attention particulière sera accordée à la maturation pubertaire. Les variables «image corporelle» et «estime de soi» seront également abordées dans cette partie. En troisième lieu, le développement cognitif des adolescents sera exposé afin de mieux saisir les composantes cognitives des adolescentes anorexiques. L'emphase sera mise sur les distorsions cognitives ainsi que sur la perception de contrôle. La quatrième partie aborde

l'influence de la dépression et des événements de vie stressants dans le développement et le maintien de la problématique. La cinquième partie s'attarde aux influences de l'environnement soit familial et social à la période de l'adolescence, et plus particulièrement en lien avec la problématique de l'anorexie mentale. Cette partie sera suivie de la description de la méthode utilisée aux fins de l'expérimentation, ainsi que de la présentation des différents instruments de mesures utilisés à l'évaluation des dix variables dans la population adolescente sous-clinique provenant d'une école secondaire. Par la suite, il y aura présentation des résultats obtenus. En dernier lieu, la discussion portera sur les variables qui distinguent les garçons des filles, les groupes d'adolescentes restrictives et non restrictives et sur l'importance relative des variables entre elles. Ceci donnera lieu à l'élaboration de nouvelles avenues de recherche.

Définition de l'anorexie mentale

Historique

La recrudescence du syndrome de l'anorexie mentale depuis les dernières décennies porte à croire qu'il s'agit d'un trouble nouvellement défini. Cependant, ce dernier existe depuis plusieurs centaines d'années. Meilleur (1997) distingue quatre grandes périodes à travers les différents écrits sur le sujet soit: descriptive, organique, psychologique, puis finalement la période multidisciplinaire.

La période descriptive remonte au 14^e et 15^e siècles. Ainsi, les premières descriptions cliniques de jeunes femmes qui adoptent des comportements de jeûne ou d'auto-vomissement ont été recueillies par divers auteurs. Les deux cas les plus cités dans la littérature sont Catherine de Sienne (Raimbault et Eliacheff, 1989) et Simona Porta O Portio (Macconero et Baraldie, cités par Kestemberg, Kestemberg et Decobert, 1972). Le caractère distinct du syndrome a été soulevé par Richard Morton (1689) qui lui a donné l'appellation de «consomption nerveuse». Gull (1874) en Angleterre avec le nom «d'anorexia nervosa» et Lasèque (1873) en France sous l'appellation «d'anorexie hystérique» ont presque simultanément formulé des descriptions cliniques du syndrome de l'anorexie. Ainsi, dès lors il était permis de distinguer le trouble comme une entité clinique spécifique. En 1883, Huchard propose le terme «anorexie mentale» pour identifier le syndrome, appellation qui a d'ailleurs été conservée depuis ce temps dans la littérature française. À cette même époque, plusieurs autres auteurs tels Charcot (1889), Freud (1894), Solier (1895) soulignent l'origine psychologique de l'anorexie et proposent des hypothèses étiologiques. Donc, au début du 20^e siècle, l'anorexie mentale existe comme entité clinique spécifique.

La période dite «organique» est marquée notamment par les travaux de Simmonds (1914) qui, à partir de diverses observations, attribue l'origine de l'anorexie aux troubles endocriniens. Les travaux de Simmonds font donc émerger la possibilité d'une origine organique à l'anorexie. La période endocrinienne-organique de l'anorexie a prédominé pendant environ vingt ans sans toutefois diminuer l'ardeur des tenants de l'origine psychologique qui ont poursuivi leurs travaux. Cette nouvelle perspective vient donc augmenter la complexité à définir l'anorexie, et aussi son étiologie.

La période psychologique débute autour des années quarante. À ce moment, l'origine psychologique de l'anorexie est mise au premier plan et clairement reconnue. Crémieux (1954), Eissler (1943) et Hesnard (1939) apportent leur contribution respective. Fenichel (1955) étudie la signification dynamique de l'anorexie mentale dans les conflits propres à chaque structure psychopathologique. À la fin des années quarante, l'anorexie est définie par certains auteurs comme une maladie psychosomatique (Delay, 1949). À cette même époque, de nombreux écrits psychanalytiques sur l'anorexie mentale élaborent plusieurs interprétations quant à la signification du refus de se nourrir et de l'amaigrissement (Boos, 1959; Meyer et Weinroth, 1957; Thomä, 1961; Waller, Kaufman et Deutsch, 1940).

Les travaux de Bruch (1962), au début des années 1960, ont beaucoup contribué à la compréhension de la dynamique et du traitement de l'anorexie. L'auteure a mis l'accent sur un critère essentiel qui distingue l'anorexie primaire de l'anorexie secondaire soit: la poursuite acharnée de la minceur. Cette distinction est endossée par la majorité des auteurs.

En résumé, la période psychologique permet d'élaborer certaines conclusions à partir de descriptions cliniques qui font l'objet de consensus et qui deviennent de plus en plus détaillées. Les écrits et les travaux permettent ainsi de préciser les critères diagnostiques de l'anorexie mentale et de modéliser la compréhension de la dynamique de la problématique.

La période multidisciplinaire s'amorce au début des années 1970 avec l'étude de l'influence de la dynamique familiale dans l'étiologie de l'anorexie. Les travaux de Minuchin, Rosman et Baker (1978) et de Selvini-Palazzoli (1978) sont parmi les premiers à mettre l'accent spécifiquement sur les difficultés familiales. De concert avec ces travaux, d'autres auteurs tentent de développer des outils cliniques et de recherche pour améliorer le traitement de l'anorexie. Le début des années 1980 est marqué par une hausse dans la recherche de l'intérêt pour les troubles alimentaires. Cet intérêt qui persiste depuis a donné lieu à des recherches de tous genres sur le sujet. Toutefois, malgré une meilleure définition et compréhension du trouble, l'anorexie demeure une problématique encore trop présente chez les jeunes filles. Aussi, les causes et les conséquences nombreuses sont encore mal connues.

Épidémiologie

L'anorexie mentale est une maladie complexe observée en majorité chez les femmes (90 à 95% des cas) et ce particulièrement à la période de l'adolescence (Crisp, 1988; Garner et Garfinkel, 1985; Jeammet, 1993; Nezelof et Bonin, 1990; Shisslak et al., 1987). Halmi, Falk et Schwartz (1981) et Jeammet (1993) ont identifié deux âges où la fréquence d'apparition de l'anorexie semble être accrue, soit au début de l'adolescence vers 14 ans et à la fin vers 18 ans. L'incidence et la prévalence de la maladie est en progression (DSM-IV, 1994; Eagles, Johnston, Hunter, Lobban et Millar, 1995; Guillemot et Laxenaire, 1993). À l'heure actuelle, on dispose de peu de données sur les problèmes alimentaires dans la population québécoise (Bolduc, Steiger et Leung, 1993). La dernière étude réalisée par Bolduc, Steiger et Leung (1993) a été menée auprès de 1162 filles de niveau secondaire de la région de Montréal. Les résultats de cette étude situent la prévalence de l'anorexie mentale à 0,6%.

Selon diverses études de type épidémiologique, menées dans des centres urbains occidentaux, l'incidence rapportée chez les adolescentes âgées entre 12 et 18 ans varie entre 0,5 et 2% d'anorexiques (Crisp et al., 1976; DSM-IV, 1994; Hobbs et Johnson, 1996; Pope et al., 1984; Withaker et al., 1989). Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale, tels qu'ils sont décrits dans le DSM-IV ne s'appliquent pas en totalité chez l'ensemble des adolescentes. En effet, la variation énorme entre le taux, le rythme et l'importance de la prise de poids et de taille des diverses adolescentes pendant la puberté normale, l'absence de menstruations au début de la puberté et le caractère imprévisible des cycles peu après l'apparition des premières règles, ainsi que les limites dans la prise de conscience psychologique de concepts abstraits (comme l'idée de soi, la motivation de perdre du poids ou les états affectifs) imputables au développement cognitif normal rendent difficile l'application des critères diagnostiques officiels aux adolescentes. Ainsi, le recours à des critères stricts peut favoriser l'exclusion des premières manifestations du trouble alimentaire et celles d'adolescentes à l'attitude et aux comportements alimentaires anormaux. De nombreuses études révèlent la présence d'attitudes et de comportements inadaptés face à l'alimentation et à l'image corporelle chez bon nombre de jeunes femmes occidentales (Connors et Johnson, 1987; Patton, 1988; Withaker et al., 1989). À cet effet, Connors et Johnson (1987) ainsi que Fairburn et Beglin (1990) rapportent dans leurs études une prévalence des troubles alimentaires sous-cliniques (c.-à-d. ne présentant que certaines caractéristiques) beaucoup plus élevée que celle admise par l'APA, soit entre 5 et 24%. Ainsi, même en l'absence des critères officiels de la maladie, bon nombre de jeunes filles peuvent souffrir d'anorexie. Ce trouble est souvent associé à d'autres difficultés au plan psychologique (Laessle et al., 1989; Prather et Williamson, 1988) et à diverses complications médicales (Mitchell, 1986a; 1986b).

Les Critères Diagnostiques

On distingue deux types d'anorexie mentale: l'anorexie primaire et l'anorexie secondaire. L'anorexie mentale primaire se caractérise essentiellement par des préoccupations concernant les dimensions corporelles et la manifestation d'efforts soutenus pour réduire le poids corporel malgré l'état d'émaciation. La motivation centrale dans l'anorexie primaire est la poursuite d'un état de minceur extrême. Dans l'anorexie mentale secondaire, la perte de poids est reliée à des troubles psychiatriques tels que la dépression ou la schizophrénie. À titre d'exemple, l'arrêt ou le refus de se nourrir peuvent être causés par un désintérêt face à la nourriture ou à une hallucination à l'effet que les aliments sont empoisonnés (Bruch, 1970, 1973; Crisp, 1965; Garfinkel et al., 1980; Meilleur, 1987; Russell, 1970; Thomas, 1967). Il est important de souligner que ce mémoire porte exclusivement sur l'anorexie mentale primaire chez les adolescentes.

L'incidence élevée et les nombreux aspects dramatiques du syndrome anorexique a amené la réalisation de multiples recherches portant sur ce sujet. Ces dernières ont permis de déterminer des critères cliniques précis permettant de diagnostiquer l'anorexie mentale. Il existe différents systèmes de critères diagnostiques. Les trois principaux sont présentés par Feighner et al. (1972), par Garfinkel et Garner, (1982) et par le DSM-IV (1994).

L'ensemble des critères diagnostiques établis par Feighner et al. (1972) sont présentés au tableau 1.

Tableau 1

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale de Feighner et al. (1972)

-
- 1) âge d'apparition avant 25 ans;
 - 2) perte de poids excédant 25% du poids original;
 - 3) distorsion de l'attitude par rapport à l'alimentation, la nourriture et le poids se manifestant par: a) déni ou incapacité à reconnaître les besoins nutritifs; b) engouement apparent pour la perte de poids et satisfaction apparente éprouvée au refus de la nourriture; c) désir d'atteindre une minceur extrême et de s'y maintenir; d) manipulation excessive des apports alimentaires (calculs de calories, diminution radicale des quantités ingérées, etc.);
 - 4) absence de maladie somatique pouvant expliquer la perte de poids;
 - 5) absence de troubles psychiatriques primaires tels que la schizophrénie, la névrose obsessive-compulsive ou la névrose phobique (même si on observe la présence de certains traits rattachés à ces troubles);
 - 6) présence d'au moins deux des manifestations suivantes: aménorrhée, lanugo (apparition d'un duvet sur le corps), bradycardie (pouls au-dessous de 60 battements à la minute), périodes d'hyperactivité, épisodes de boulimie, vomissements induits volontairement ou abus de laxatifs.
-

Les critères établis par Garfinkel et Garner (1982) suggèrent l'utilisation des critères de Feighner et al. (1972) avec certaines adaptations qui sont présentées au tableau 2.

Tableau 2

Ajouts aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale de Garfinkel et Garner (1982)

-
- 1) aucune restriction pour l'âge;
 - 2) aucune restriction pour la perte d'appétit ou l'anorexie;
 - 3) le pourcentage de perte de poids peut ne correspondre qu'à 15% du poids original.
-

Les critères proposés par la 4^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) diffèrent quelque peu de ceux élaborés par Feighner et al. (1972) et par

Garfinkel et Garner (1982). Ils mettent essentiellement l'accent sur la perte de poids et les perturbations de l'image corporelle.

En 1970, Russell proposa trois critères pour le diagnostic de l'anorexie mentale. Un premier amenait la présence de comportements spécifiques dans le but de perdre du poids. Le second abordait la peur démesurée de devenir gros. Et finalement, le dernier critère mettait en évidence un trouble endocrinien qui, chez les adolescentes postpubères, cause l'arrêt des menstruations.

Il semble que les critères d'anorexie mentale proposés par Russell, il y a plus de 20 ans, sont toujours actuels puisqu'ils sont toujours présents dans le tableau diagnostic du dernier DSM. Une modification a cependant été apportée au critère «C» du tableau diagnostic de l'anorexie mentale du DSM-III (voir Appendice A). Ce critère exigeait une altération dans la perception de l'image corporelle. Cependant, les études publiées depuis ce temps ont conclu que plusieurs anorexiques ne surestimaient pas leur grosseur et que cette perception erronnée n'est pas unique aux anorexiques (Lindholm et Wilson, 1988). Ainsi, ce critère a été révisé dans le DSM-III-R pour mettre l'emphase davantage sur la dimension affective reliée à l'image corporelle. Cependant, avec ce nouveau critère, le même problème se présentait. Une préoccupation marquée pour le poids et l'image corporelle ne démarquait pas de façon significative les anorexiques de l'ensemble de la population féminine. Le critère «C» fut donc révisé à nouveau dans le DSM-IV (voir Appendice B) pour mettre l'emphase sur l'importance du poids et de l'image corporelle dans l'évaluation de soi et le refus d'admettre les conséquences négatives de la perte de poids. Ainsi, ces deux derniers critères devraient permettre de différencier clairement la population anorexique de la population normale.

Les critères du DSM-IV (1994) sont présentés au tableau 3.

Tableau 3
Critères diagnostiques de l'anorexie mentale du DSM-IV

-
- 1) refus de maintenir un poids corporel à un poids minimum normal ou au-dessus pour l'âge et la taille. Par exemple, une perte de poids visant à maintenir un poids corporel à moins de 85% de la normale; ou une incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85% de la normale;
 - 2) peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale;
 - 3) perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes, influence excessive du poids ou de l'aspect corporel ou de ses formes sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de l'amaigrissement;
 - 4) chez les femmes postménarchées, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. Une femme est considérée comme aménorrhéique si ses règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple des oestrogènes.

Spécifier le type:

Type restrictive: pendant l'épisode d'anorexie mentale, la personne ne présente pas de façon régulière de comportements de boulimie ou de purges (c.-à-d., auto-vomissements ou usage excessif de laxatifs, diurétiques, ou lavements).

Type boulimique/purgeuse: pendant l'épisode d'anorexie mentale, la personne présente régulièrement des comportements de boulimie et de purges (c.-à-d., auto-vomissements, ou usage excessif de laxatifs, diurétiques, ou lavements).

De concert avec les observations cliniques et les conclusions de plusieurs études qui démontraient une différence claire entre les patientes anorexiques quant à leurs comportements alimentaires, le DSM-IV a défini parmi la liste des critères diagnostiques deux types d'anorexiques. Les spécifications quant au type sont les suivantes:

- 1) Le type restrictif est défini dans le DSM-IV par l'absence d'épisodes récurrents de frénésie alimentaire («binge eating») ou de conduites purgatives. Ce type d'anorexiques

contrôlent leur minceur par un apport alimentaire gravement limité, par la poursuite de diètes sévères qu'elles suivent de façon rigide ainsi que par la mise en place de rituels concernant les aliments, l'heure des repas et la façon de manger.

2) Le type boulimique comprend les anorexiques qui éprouvent des épisodes de frénésies alimentaires qui se caractérisent par une absorption accélérée et compulsive de quantités souvent considérables de nourriture hypercalorique, en cachette, dans une période de temps limité, suivies d'un malaise physique, accompagné d'un sentiment de honte et de dévalorisation que seul le recours à divers moyens de contrôle du poids peut soulager: laxatifs, diurétiques ou vomissements provoqués. Ainsi, pour cette raison, les patientes qui se gavent et se purgent et qui rencontrent les critères du DSM-IV de l'anorexie mentale sont diagnostiquées comme anorexique de type boulimique davantage que boulimique.

Le développement durant l'adolescence

Plusieurs études proposent qu'ils existent entre l'anorexie mentale primaire, la prévalence de ce trouble en grande majorité chez les filles et la période de l'adolescence.

Le présent chapitre expose les différents changements observés chez les filles durant la puberté: les transformations physiques et les transformations psychologiques particulièrement reliées à la satisfaction de l'image corporelle et à l'estime de soi.

Transformations Physiques à l'Adolescence

La puberté est le tremplin biologique qui souligne l'accès à l'adolescence. L'âge du début de la puberté et sa durée sont variables, toutefois la séquence des changements physiques est prévisible (Petersen et Taylor, 1980). Pour le genre féminin, la puberté survient entre 10 et 16 ans avec un âge moyen de 12.7 ans. La durée approximative de cette période est de quatre ans (Brooks-Gunn et Reiter, 1990; Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994). Les filles commencent leur poussée de croissance environ deux ans plus tôt que les garçons (Marcotte, 1995).

Le développement pubertaire se fait de façon progressive, et est universel chez tous les êtres humains. Les transformations physiques pubertaires chez la fille consistent en l'arrivée des caractéristiques sexuelles primaires et secondaires. Les caractéristiques sexuelles primaires sont les menstruations et le développement des organes génitaux. L'âge moyen des premières menstruations aux États-Unis est de 12.5 ans (Graber, Petersen et Brooks-Gunn, 1996). Plusieurs auteurs ont écrit sur l'avènement des premières menstruations chez la fille attribuant, à cet événement, diverses significations et symboliques particulières:

signe d'entrée dans l'adolescence, marque de féminité, symbole de la sexualité (Brooks-Gunn et Ruble, 1982, Deutsch, 1944; Dubas et Petersen, 1993; Duché, 1970; Kestenberg, 1975; Plaut et Hutchinson, 1986). La majorité des auteurs s'entendent sur l'importance du rôle de l'arrivée des premières menstruations dans le développement psychosexuel de la fille: cette nouvelle expérience met à défi son intégrité physique et psychique. Les remaniements commandés par les menstruations touchent directement l'image corporelle féminine, le rôle sexuel, le sentiment d'identité (Meilleur, 1997; Plaut et Hutchinson, 1986; Ritvo, 1976; Tyson et Tyson, 1990).

Les caractéristiques sexuelles secondaires comprennent l'apparition de poils aux aisselles et au pubis, le développement des seins, la nouvelle répartition des tissus adipeux, l'arrondissement des hanches et des jambes (Claes, 1983; Duché, 1970; Gouin-Décarie, 1955). Ces différents changements sont accompagnés d'une poussée de croissance, c'est-à-dire d'un accroissement rapide de la taille. Cette dernière se présente chez l'adolescente en moyenne vers 9.6 ans (Brooks-Gunn et Reiter, 1990). Les études portant sur l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires chez les adolescentes montrent que le développement des seins est la transformation corporelle la plus importante pour elles (Brooks-Gunn et Ruble, 1982; Rosenbaum, 1979). Les seins sont perçus par la majorité des adolescentes comme le signe de leur féminité et comme leur principal organe sexuel (Jacobson, 1976; Rosenbaum, 1993). Le développement des seins joue un rôle important quant à la satisfaction exprimée à l'égard de l'image corporelle (Bernstein et Warner, 1986; Rosenbaum, 1979, 1993; Tobin-Richards et al., 1983).

Ces différents changements entraînent des réactions variées chez les adolescentes. Certaines adolescentes réagissent avec joie et fierté aux nouvelles transformations, d'autres se montrent plus indifférentes, alors que la réaction de certaines autres adolescentes peut être marquée par la honte et un dédain profond (Meilleur, 1997).

Conséquences Psychologiques de la Puberté

Les transformations physiologiques qui accompagnent la croissance pubertaire chez l'adolescente entraînent des conséquences psychologiques importantes. Les menstruations et l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires modifient rapidement, et de façon importante l'image corporelle, obligeant l'adolescente à se construire une nouvelle représentation de son corps qui intègre ces nouveaux aspects (Laufer, 1983; Rosenbaum, 1993).

Image Corporelle

Le nombre de recherches sur l'évaluation et la perception de l'image corporelle chez les adolescentes a augmenté depuis les dernières années. Cet intérêt croissant pour l'image corporelle est, en partie, le résultat de son implication clinique dans la compréhension de la dynamique de l'anorexie (Brown, Cash et Mikulka, 1990).

À l'adolescence, l'insatisfaction reliée à l'image corporelle est plus présente chez les filles que chez les garçons (Alasker, 1992; Marcotte, 1995; Tobin-Richards, Boxer et Petersen, 1983) et ce principalement à cause de leur poids qu'elles trouvent trop élevé (Paxton, Wertheim, Gibbons, Szmukler, Hiller et Petrovich, 1991; Phelps, Johnston, Jimenez, Wilczenski, Andrea et Healy, 1993; Rosenbaum, 1993). Les adolescentes ont tendance à se percevoir plus grosses qu'elles ne le sont, donc à sur-estimer leur poids corporel (Phelps et al., 1993; Tobin-Richards et al., 1983). Comme avec l'avènement de la puberté, les jeunes filles voit leur masse adipeuse augmenter (Dornbusch et al., 1984; Duncan, 1985; Richards, Petersen, Boxer et Albrecht, 1990), les préoccupations pondérales, et aussi les préoccupations reliées à l'alimentation prennent de l'ampleur (Richards, Casper et Larson, 1990). Plus elles sont sous leur poids santé, plus les filles sont satisfaites de leur image corporelle (Tobin-

Richards et al., 1983). Le poids s'avère une variable plus importante pour les filles que pour les garçons, au regard de la satisfaction corporelle (Attie, Brooks-Gunn et Petersen, 1987; Paxton et al., 1991; Rosenbaum, 1993). Rosenbaum (1993) indique également que les adolescentes mettent plus de temps que les garçons à se refaire une représentation équilibrée de leur image corporelle et qu'elles expriment plus d'anxiété et de préoccupations quant à l'image de leur corps. En effet, les filles évaluent plus négativement les changements physiques associés à la puberté (Marcotte, 1995). Ainsi, les garçons apprécient davantage les changements physiques puisqu'ils sont le reflet de la masculinité. Pour les filles, les transformations apportées à leur corps vont à l'encontre de l'image physique prépubère idéalisée et valorisée dans notre société (Simmons et Rosenberg, 1975; Marcotte, 1995).

James (1982) soutient qu'il existe une grande divergence entre l'idéal corporel et l'évaluation réelle du corps chez les filles comparativement aux garçons. Une attitude extrêmement négative concernant le poids et l'image corporelle sont des critères nécessaires au diagnostic des troubles de l'alimentation et sont essentiels dans la différenciation de ces troubles avec d'autres troubles psychologiques qui impliquent occasionnellement des problèmes d'ordre alimentaire (Rosen, Srebnik, Saltzberg et Wendt, 1991). Traditionnellement, la perception de l'image corporelle réfère à l'image mentale que l'individu se fait de son apparence physique (Meermann et Vandereycken, 1988). Ces préoccupations peuvent être expliquées en grande partie par le message social qui véhicule ses standards de beauté par le fait d'être mince avec un corps prépubère. Lorsque les filles vivent les changements corporels reliés à la puberté et qu'elles s'éloignent de cet état de minceur valorisé, elles deviennent de plus en plus insatisfaites de leur corps (Dorn, Crockett et Petersen, 1988; Dornbusch et al., 1984; Duncan, 1985; Richards, Petersen et al., 1990; Zakin, Blyth et Simmons, 1984) et tendent plus à se percevoir comme ayant une surcharge pondérale. Deux études longitudinales sur les troubles de l'alimentation, l'une réalisée par

Graber et al. (1994) et l'autre par Attie et Brooks-Gunn (1987), arrivent aux mêmes conclusions: l'augmentation de la masse adipeuse vécue par les adolescentes d'une population normale à la période de la puberté est positivement associée à un risque chronique de développer des problèmes d'ordre alimentaire. Dornbusch et al. (1984) ont observé que la proportion des filles qui aspirent à la minceur croît avec la maturation pubertaire. Une fois cette maturation atteinte, les auteurs soutiennent que cette proportion se stabilise entre 54 et 74% des filles qui désirent perdre du poids.

Le moment où l'adolescente vit les changements corporels reliés à la puberté joue un rôle important dans les troubles de l'alimentation. Le moment de l'arrivée de la puberté apparaît relié aux perceptions et sentiments qu'entretient l'adolescente au regard de son corps. Certains chercheurs avancent que les filles qui vivent leur développement physique au même moment ou plus tardivement que leurs pairs ont une image plus positive de leur corps que les filles qui vivent les mêmes changements précocelement (Alasakar, 1990; Blyth, Simmons et Zakin, 1985; Brooks-Gunn et Warren, 1985; Duncan, 1985; Tobin-Richards et al., 1983). Ceci s'explique probablement par le fait que les jeunes filles qui vivent leur développement pubertaire avant leurs pairs se trouvent à être corporellement plus imposantes que les autres (Blyth et al., 1985; Brooks-Gunn et Warren, 1985; Duncan, 1985; Graber et al., 1994). Tobin-Richards et al. (1983) soutiennent que les filles qui perçoivent le moment de leur développement pubertaire comme étant précoce sont les moins positives au regard de leur corps, tandis que les filles qui perçoivent l'expérience des mêmes changements au bon moment se sentent plus séduisantes et plus positives à propos de leur corps et de l'expérience de la puberté dans son ensemble (Dubas et al., 1993). De plus, Richards et Larson (1993) avancent que les adolescentes qui perçoivent les changements reliés à la puberté dans la normale des filles de leur âge se perçoivent aussi plus minces. Les jeunes filles à maturation pubertaire précoce se sentent moins confortables avec leur corps parce

qu'au temps de l'adolescence, où l'acceptation des pairs est très importante, leur corps est différent de la majorité d'entre elles et de celui des garçons, qui eux, vivent leur puberté plus tardivement. Celles qui vivent leur développement en même temps que l'ensemble de leurs pairs, ont le sentiment réel de vivre les mêmes enjeux et de tendre à négocier les mêmes changements corporels que la majorité de leurs semblables. Ainsi, les conséquences psychologiques sont moins problématiques.

En somme, l'expérience des changements corporels reliés à la puberté, au même moment que les pairs, est importante dans la perception que se font les jeunes adolescentes de leur corps et, en particulier, de leur poids (Tobin-Richards et al., 1983).

Estime de Soi

La représentation de l'image corporelle influence aussi l'estime de soi chez l'adolescente. La satisfaction de l'image corporelle est plus fortement liée à l'estime de soi chez les filles que chez les garçons (Harter, 1990). Il semble que l'auto-évaluation physique de l'adolescente s'étende à plusieurs aspects de sa représentation personnelle. En ce sens, si l'adolescente possède une image négative de son corps, cette évaluation s'étendra aux aspects social et intellectuel de sa représentation personnelle (Lerner et al., 1973, 1974). L'hypothèse de la satisfaction de l'image corporelle soutient que l'apparence physique est l'élément le plus important qui contribue à la variation de l'estime de soi chez les adolescentes (Cairns, McWhriter, Duffy et Barry, 1990; Harter, 1988; Wichstrom, 1999). En effet, les adolescentes utilisent plus particulièrement leur attirance physique comme une explication de leurs succès ou de leurs échecs (Wichstrom, 1999). L'estime de soi des jeunes filles prépubères et des adolescentes, bien que peu documenté dans la littérature, semble représenter un facteur important qui peut influencer le développement d'un trouble alimentaire (Shisslak et Cargo,

1987). La relation directe entre l'anorexie mentale primaire à l'adolescence et l'estime de soi demeure encore peu explorée.

Conclusion

La période de l'adolescence se caractérise donc par de nombreuses transformations physiques qui impliquent pour l'adolescente une redéfinition de son image corporelle. Il apparaît que les changements corporels qui surviennent à l'adolescence sont plus problématiques pour les filles que pour les garçons de par la signification différente qu'ils prennent de part et d'autre. Ainsi, ces changements au niveau physique influencent les adolescentes dans leur représentation de soi aux niveaux physique, social et intellectuel. Enfin, la maturation pubertaire et la période de l'adolescence, avec toutes les implications au niveau des changements apportés, sont des expériences de transition critiques pour les jeunes filles qui ont un potentiel anorexique (Crisp, 1980). En effet, Meilleur (1997) a observé que les adolescentes anorexiques ont une attitude plus négative que leurs pairs face à l'avènement de la puberté et de la maturité physique et sexuelle.

De concert avec la recension des écrits, il est donc possible de croire que l'arrivée de la puberté va influencer, de façon importante, l'image corporelle et l'estime de soi des jeunes filles qui présentent des attitudes alimentaires restrictives comparativement aux autres adolescentes de la population sous-clinique.

Les changements cognitifs de l'adolescence et
les modèles théoriques portant sur les aspects cognitifs
liés à l'anorexie mentale primaire

Les Changements Cognitifs à l'Adolescence

À l'adolescence, on dénote des transformations importantes au niveau des structures cognitives de l'individu. Plusieurs auteurs se sont intéressés aux modifications subies par la pensée adolescente. Les travaux de Piaget concernant le développement de la pensée formelle durant l'adolescence retiennent particulièrement l'attention.

Selon Piaget (1957, 1964), l'individu doit s'adapter à son environnement tout au long de sa vie. Cette recherche d'un équilibre adaptatif se fait par la manipulation des schèmes cognitifs à l'aide de deux processus: soit l'assimilation et l'accommodation. Piaget (1957, 1964) définit l'assimilation comme l'incorporation des objets dans les schèmes déjà construits par l'individu. Le processus d'accommodation, pour sa part, correspond au rajustement des structures en fonction des transformations subies, soit la modification des schèmes selon les objets extérieurs. Piaget souligne l'importance de chacun des processus dans le développement de l'individu, en précisant que c'est l'équilibre entre les différentes assimilations et accommodations qui est essentiel à la bonne adaptation de l'individu. L'individu est continuellement à la recherche de cet équilibre adaptatif, et ce, à travers les différents stades de développement de sa pensée.

À l'adolescence, les structures cognitives de l'individu subissent des transformations importantes: c'est le passage de la pensée opératoire concrète (caractéristique à l'enfance) à la pensée formelle. Ce nouveau mode de pensée offre graduellement à l'adolescente des propriétés cognitives nouvelles. En effet, dans un premier temps, la pensée formelle donne

accès aux domaines du possible et de l'abstrait. Ainsi face à une situation donnée, l'adolescente est capable d'envisager toutes les relations possibles entre les éléments. Elle perçoit et comprend maintenant le réel comme une possibilité parmi un ensemble de combinaisons possibles. L'adolescente est maintenant capable de formuler des propositions (énoncés catégoriques) pouvant prendre différentes valeurs soit: vraie ou fausse, positive ou négative, réelle ou abstraite.

Dans un second temps, la pensée formelle permet à l'adolescente de faire des opérations inter-propositionnelles. Ainsi, elle peut manipuler, non seulement des données concrètes, mais aussi des propositions ou hypothèses qui contiennent ces dernières (Flavell, 1963). L'adolescente peut donc faire des opérations sur les résultats d'opérations concrètes antérieures (Flavell, 1963; Inhelder et Piaget, 1957).

Enfin, la pensée formelle permet aussi à l'adolescente d'utiliser l'analyse combinatoire comme stratégie de résolution de problèmes. L'adolescente peut donc isoler systématiquement toutes les variables individuelles reliées à un problème donné et envisager toutes les combinaisons possibles entre ces variables (Elkind, 1974; Flavell, 1963; Inhelder et Piaget, 1957). La pensée formelle de l'adolescente est donc hypothético-déductive et elle lui permet de générer ses propres hypothèses et tirer les conclusions qui en découlent (Elkind, 1974; Flavell, 1963; Keating, 1980; Morf, 1964; Piaget, 1957, 1964).

Ces nouvelles propriétés confèrent à la pensée adolescente une puissance cognitive surévaluée où elle se surestime. C'est ce que Piaget (1957, 1964) appelle la période d'égocentrisme à l'adolescence. Durant cette période, le simple fait de penser, de réfléchir, de rêver ou même d'avoir une idée sur le monde (présent ou futur) suffit à modifier la réalité présente du monde. Le pouvoir que l'adolescente attribue à sa propre pensée lui permet de

croire que la réalité doit ou peut se modifier en fonction de son propre système de croyances ou théories (Inhelder et Piaget, 1957; Piaget, 1964).

Cette notion d'égocentrisme durant l'adolescence a été reprise par plusieurs auteurs. L'intérêt particulier d'Elkind (1974) sur ce sujet mérite d'être rapporté. D'autant plus que ceci est particulièrement pertinent dans la compréhension de la pensée anorexique.

Selon Elkind (1974), les changements corporels, engendrés par la période de l'adolescence, entraînent une préoccupation constante pour l'adolescente de son apparence. L'adolescente, qui ne peut différencier ses préoccupations de celles des autres, suppose ainsi que les autres sont aussi obsédés qu'elle par ses comportements et son apparence. La croyance que les autres sont préoccupés par ses comportements et son apparence constitue, pour Elkind (1974), l'égocentrisme adolescent. Conséquemment, l'adolescente anticipe constamment les réactions des autres à son égard, ce que Elkind (1974) appelle «l'audience imaginaire». Elkind (1974) mentionne la présence d'un autre construit mental typique à l'adolescence et qui est complémentaire à l'audience imaginaire: il s'agit de la «fable personnelle». Ce concept fait référence chez l'adolescente au caractère unique et spécial que revêtent ses sentiments et ses émotions. Elle croit qu'elle est unique et immortelle (Elkind, 1974). La période d'égocentrisme disparaît avec la fin de l'adolescence, soit lorsque les opérations formelles deviennent bien établies (Elkind, 1974; Piaget, 1957).

La théorie de Piaget (1957, 1964) concernant le développement cognitif durant l'adolescence a fait l'objet de plusieurs critiques. La principale concerne l'universalité de l'accès à la pensée formelle chez les adolescents. De nombreuses études, menées auprès d'adolescents et d'adultes, ont démontré que plusieurs d'entre eux ne maîtrisent pas les propriétés caractéristiques de la pensée formelle, et qu'ils raisonnent au niveau de la pensée

concrète (King, 1974; Lovell, 1961; Tomlinson-Keasey, 1972). Les résultats de ces recherches mettent en doute la généralisation de l'accès à la pensée formelle chez tous les adolescents et tous les adultes.

Conclusion

Malgré certaines controverses, la théorie de Piaget demeure le modèle le plus complet dont on dispose pour décrire les changements cognitifs qui s'opèrent durant l'adolescence.

Dans le cadre de ce mémoire, il apparaît important de bien comprendre la portée des changements cognitifs qui surviennent durant l'adolescence, c'est-à-dire de situer cette période dans son contexte développemental pour mieux comprendre la dynamique de la pensée adolescente et en faire des parallèles avec la nature et le rôle des facteurs cognitifs caractéristiques du syndrome de l'anorexie mentale primaire.

Modèles Théoriques Portant sur les Schèmes Cognitifs Liés à l'Anorexie Mentale Primaire

Les travaux de Bruch (1962, 1970, 1973, 1977, 1978) sur le comportement alimentaire des adolescentes constituent un apport majeur pour la compréhension de l'anorexie mentale primaire. Partant d'observations cliniques, elle a élaboré un modèle théorique axé principalement sur les distorsions cognitives typiques de l'anorexie. Ses travaux sont à l'origine des principales recherches sur les aspects cognitifs liés à l'anorexie mentale primaire.

Bruch (1962) considère que l'anorexie mentale chez les adolescentes est le fruit d'une lutte graduelle pour développer une identité propre. Les anorexiques refuseraient systématiquement tout ce qui vient de leur entourage pour concentrer toutes leurs énergies

à développer une conscience personnelle. Pour Bruch (1962), la motivation centrale des anorexiques s'articule autour de «la poursuite impitoyable de la minceur». Elle souligne la présence de trois distorsions cognitives (perceptives et conceptuelles) symptomatiques chez les anorexiques. La première est une perception «distorsionnée» de l'image corporelle. L'anorexique surestime son poids d'une manière qui échappe à toute logique: même lorsque l'état d'émaciation est très avancé, elle continue à se percevoir grosse et persiste à perdre du poids.

Plusieurs études ont porté sur cette première distorsion, soit la présence d'une surestimation de l'image corporelle chez les anorexiques (Collins, 1987; Gardner et Bokenkamp, 1996; Molinari, 1995; Sunday, Halmi, Werdann et Levey, 1992). Slade et Russell (1973) démontrent que comparativement au groupe contrôle, les anorexiques surestiment la largeur de régions corporelles spécifiques, soit le visage, le buste, la taille et les hanches. La surestimation diminue à mesure que l'anorexique reprend du poids. Fries (1977) et Pierloot et Houben (1978) rapportent aussi que les anorexiques surestiment leurs dimensions corporelles comparativement au groupe contrôle, ce qui appuie les résultats de Slade et Russell (1973).

Crisp et Kalucy (1974) ont repris l'étude de Slade et Russell et ont obtenu des résultats quelque peu différents. Ils rapportent que les anorexiques et les sujets du groupe contrôle surestiment leur image corporelle. Toutefois, contrairement au groupe de comparaison, la surestimation des anorexiques augmente après l'absorption d'aliments à connotation élevée en hydrates de carbone (comme les glucides). De leur côté, Garner, Garfinkel, Stancer et Moldofsky (1976) démontrent qu'environ 50% des anorexiques ont tendance à surestimer leurs dimensions corporelles. Les auteurs précisent que cette surestimation s'applique seulement au corps de l'anorexique et non pas aux personnes ou aux objets extérieurs.

Garner et al. (1978) ajoutent que la surestimation est un phénomène relativement stable chez les anorexiques, c'est-à-dire qui n'est pas influencé par le gain de poids chez la patiente. Donc, la surestimation de l'image corporelle chez l'anorexique va demeurer même lorsque cette dernière a retrouvé son poids normal (Garfinkel et al., 1980). Les auteurs précisent enfin que la surestimation des dimensions corporelles n'est pas présente chez toutes les anorexiques ce qui, selon eux, remet en question sa signification et son rôle dans le syndrome.

Une étude faite par Stober, Goldenberg, Green et Saxon (1979) auprès d'anorexiques, pairees avec des patientes psychiatriques de même âge, rapporte que les deux groupes ont une surestimation équivalente de leur image corporelle et ce à deux reprises (soit à l'admission et six mois plus tard). Les résultats d'autres recherches rapportent l'observation d'une surestimation de l'image corporelle à la fois chez les anorexiques et le groupe contrôle, sans différence significative entre les deux groupes (Ben-Tovim, Hunter et Crisp, 1977; Button, Fransella et Slade, 1977; Casper, Halmi, Golberg, Eckert et Davis, 1980; Freeman et al., 1985; Garner, Garfinkel, Stancer et Moldofsky, 1976, Slade, 1985; Steinhause et Vollrath, 1992). Ces auteurs concluent que la surestimation de l'image corporelle n'est pas spécifique aux anorexiques.

En résumé, les principales études concernant les distorsions du schéma corporel démontrent que la majorité des anorexiques surestiment leur image corporelle. La surestimation présentée par les anorexiques s'applique seulement à leur image corporelle. Les anorexiques ne surestiment pas l'image des objets ou des personnes extérieurs à elles-mêmes. Toutefois, toutes les anorexiques ne manifestent pas cette surestimation et cette caractéristique n'est pas typique aux anorexiques, car on la retrouve à la fois chez les obèses, certains groupes de patientes psychiatriées et des sujets des groupes contrôles.

La seconde distorsion concerne la difficulté à discriminer les signaux internes ³⁰ en provenance du corps. Pour Bruch (1962), la conscience du corps englobe, non seulement l'image corporelle, mais aussi la perception et l'interprétation des stimuli intéroceptifs. Selon elle, l'anorexique possède une «conscience erronée» de ses processus internes qui se reflète particulièrement par une mauvaise perception des sensations de faim et de satiété. Bruch (1962), mentionne que certaines caractéristiques communes aux anorexiques telles que l'incapacité à reconnaître la fatigue, le froid, les pulsions sexuelles et certains sentiments et émotions comme la fatigue et l'anxiété résulteraient de cette distorsion perceptive.

La majorité des recherches qui ont porté sur cette dimension du trouble s'entendent sur la définition phénoménologique apportée par Bruch. Coddington et Bruch (1970) ont mené une recherche portant sur la perception des états internes. Les résultats de leur étude indiquent que les patientes anorexiques et obèses éprouvent plus de difficultés (en terme de précision) à percevoir la quantité de nourriture introduite préalablement dans leur estomac.

Garfinkel (1974) a utilisé une batterie de questionnaires pour mesurer la perception de la faim et de la satiété auprès d'adolescentes anorexiques et non-anorexiques. Les résultats de l'étude démontrent que comparativement au groupe de comparaison, les anorexiques rapportent des sensations distordues de satiété incluant l'absence de sensations gastriques, l'estomac gonflé, des nausées, des maux et des douleurs. De plus, les anorexiques manifestent une plus grande préoccupation face à la nourriture et une peur de manger. Toutefois, les résultats ne démontrent aucune différence entre les deux groupes dans la perception de la faim. L'ensemble des recherches portant sur la mauvaise perception des états intéroceptifs démontre que les anorexiques rapportent des difficultés à percevoir les signaux internes reliés aux besoins nutritifs, particulièrement en ce qui concerne la sensation de satiété.

En résumé, la perception des états intéroceptifs chez les anorexiques a fait l'objet d'un nombre plus restreint de recherches. Toutefois, les résultats permettent de tirer certaines conclusions: les anorexiques ont de la difficulté à percevoir la quantité de nourriture qu'elles absorbent, elles rapportent éprouver des sensations perturbées face au sentiment de satiété. Par contre, elles n'éprouvent aucune difficulté à percevoir le sentiment de la faim. Ces résultats doivent faire l'objet de certaines réserves puisque ces caractéristiques ont aussi été observées chez des sujets obèses.

Bruch (1962) décrit la troisième distorsion comme un sentiment profond et généralisé d'inefficacité et d'impuissance. Selon cette auteure, ce sentiment d'inefficacité empêche les anorexiques d'avoir la conviction de contrôler leurs comportements, leurs besoins, leurs pulsions et leur propre corps. Ainsi, ce sentiment envahit la pensée et les activités de l'anorexique. Cette dernière estimerait agir uniquement en réponse aux demandes de son entourage et se sentirait impuissante face à sa propre vie.

L'opérationnalisation de cette troisième distorsion, proposée par Bruch, ne fait pas l'unanimité chez les auteurs. C'est pourquoi, dans la littérature, on retrouve plus de définitions du concept de «sentiment d'inefficacité» que d'études empiriques sur ce sujet. Certains auteurs (Jessner et Abse, 1960; Minuchin et al., 1978; Sours, 1974) décrivent ce concept en termes de difficultés développementales (soit difficultés dans le processus de séparation et d'individuation de l'adolescence), alors que d'autres auteurs l'associent à des mesures très précises telles que le lieu de contrôle (Garner et al., 1976; Hood, Moore et Garner, 1982) ou les forces du Moi (Wingate et Christie, 1978). Il n'existe donc pas de consensus quant à l'opérationnalisation de cette troisième distorsion qu'est le «sentiment paralysant d'inefficacité». Chacune des études dans ce domaine possède une approche particulière du concept d'inefficacité. Woods et Heretick (1983) ont fait passer différents questionnaires

au près de sujets anorexiques, obèses et d'un groupe contrôle dans le but d'évaluer leur sentiment d'inefficacité personnelle. Les résultats de leur étude rapportent que comparativement au groupe contrôle, les anorexiques et les obèses croient qu'elles possèdent un potentiel d'efficacité personnelle inférieur.

Selon Bruch (1962), ces trois distorsions cognitives, qui se développeraient durant les premières années de la vie de l'enfant, sont à l'origine de l'anorexie mentale. Bruch (1962, 1970, 1973, 1977, 1978) a élaboré un modèle théorique pour expliquer le développement des distorsions cognitives menant à l'anorexie.

Dès la naissance, on peut différencier deux types de comportements: ceux initiés par l'individu et ceux qui sont émis en réponses aux stimuli extérieurs. Pour accéder à un développement «normal», il est essentiel que ces deux types de comportements soient renforcés par des réponses appropriées. Et ceci s'applique dans tous les domaines de développement de l'individu. Selon Bruch (1962, 1973, 1977, 1978), chez les anorexiques on observe une prépondérance du deuxième type de comportements, c'est-à-dire ceux qui répondent à une demande venant de l'extérieur. Ce mode de fonctionnement cognitif est dominé par le processus d'accommodation.

Pour Bruch (1962, 1970, 1973, 1977, 1978), les anorexiques expérimentent une déficience dans le développement des sensations de faim et de satiété. Cette déficience proviendrait de mauvais modèles de comportements initiés dans la relation mère-enfant, principalement observables durant la période de l'allaitement. Bruch (1962) postule que, durant les premières années de la vie de l'enfant potentiellement anorexique, les réactions de la mère face aux besoins nutritifs de ce dernier sont inappropriées; ces réactions seraient négligeantes, contradictoires, inhibitrices ou permissives. Ceci amènerait l'enfant à

développer une certaine confusion face à la discrimination de ses propres besoins et désirs alimentaires. L'enfant grandirait sans jamais avoir développé une définition précise des concepts tels que la «faim» et la «satiété». Il apprendrait à réagir en réponses aux demandes de son environnement familial et social, et non pas selon ses propres désirs. Il ne développerait pas des sentiments de compétence et d'autonomie personnelles. En termes piagétiens, c'est dire que les enfants n'ont pas trouvé l'occasion de développer des schèmes cognitifs leur permettant d'assimiler le réel. Selon Bruch, cette déficience se manifesterait concrètement à la période de la puberté. Cette période est marquée par l'avènement de nouveaux besoins corporels et sociaux qui obligent l'adolescente à réagir de façon indépendante et autonome en assimilant ses nouveaux rôles. La réalité développementale suscite beaucoup d'angoisse de la part de certaines adolescentes qui ne se sentent pas compétentes pour y faire face. Les comportements étant façonnés selon un modèle de conformité parentale depuis l'enfance, elles se retrouveraient à l'adolescence dans une situation nouvelle où le mode habituel de résolution de problèmes, soit le mécanisme d'accommodation, n'est plus efficace.

Bruch postule que les adolescentes anorexiques vivent un retard dans leur développement cognitif, car elles fonctionnent à un niveau de pensée de la deuxième enfance, c'est-à-dire au niveau des opérations préconceptuelles et concrètes. Pour Bruch (1977, 1978), les anorexiques utilisent beaucoup plus le mode d'accommodation comparativement à l'assimilation. Elles s'accommodent au monde environnant, assimilant très peu d'expériences personnelles.

Pour Bruch (1962, 1970, 1973, 1977, 1978), l'adolescente développerait l'anorexie mentale comme mode d'expression dans sa lutte pour accéder à l'autonomie. À travers ce syndrome, elle chercherait à développer et affirmer son identité et à acquérir une compétence personnelle face à sa propre existence. Elle rejette tout ce qui vient de l'extérieur

(sa famille et l'environnement social) dans le but de mettre fin à la conformité dont elle s'accommode depuis toujours.

Selon Bruch (1973, 1977, 1978), il est essentiel de corriger les distorsions cognitives pour traiter l'anorexique. Pour l'auteure, ces dernières sont à l'origine du développement et du maintien du syndrome. Cependant, les résultats des études portant sur les trois distorsions ne permettent pas de définir si ces dernières sont à l'origine du développement de l'anorexie, si elles sont subséquentes au trouble, ou si elles peuvent se réduire l'une à l'autre. Les recherches clarifient les distorsions mais ne permettent pas de définir le rôle exact joué par ces dernières dans le syndrome.

D'autres auteurs ont modélisé leur compréhension du rôle des cognitions dans la dynamique du trouble de l'anorexie à l'adolescence. Le modèle théorique de Crisp (1965, 1967), bien que peu soutenu empiriquement, stipule que le conflit central sous-jacent chez l'anorexique concerne l'évitement de la maturité sexuelle et psychologique, qui oblige l'adolescente à développer une autonomie et une indépendance en accédant à de nouvelles responsabilités. Selon Crisp, l'anorexique potentielle n'est pas préparée à faire face à la maturité qui accompagne la puberté. Elle tente de s'accommorder à cette nouvelle situation en résistant aux changements corporels et psychologiques et en refusant les responsabilités de l'adolescence (Crisp, 1965, 1967, 1970, 1978).

Selon Crisp (1965, 1967), l'anorexique n'est pas capable de faire face aux transformations pubertaires. Elle tente d'y résister en adoptant une image corporelle prépubère. Cette régression éloignerait l'anorexique, non seulement des changements corporels reliés à la puberté, mais aussi des responsabilités qui accompagnent le rôle sexuel féminin et le statut d'adulte en puissance. L'anorexique demeure ainsi très dépendante de ses parents.

Crisp (1965, 1967) postule que l'incapacité, caractéristique de l'anorexique à développer une identité et un sens d'autonomie, peut être causée soit par une faiblesse dans les structures du Moi, soit par une régression, ou par un retard développemental. Selon l'auteur, cette incapacité chez l'anorexique d'assimiler ses nouvelles tâches développementales explique les deux facteurs prédisposants du syndrome soit l'âge et le sexe des anorexiques. Crisp (1970) estime que l'adolescente d'aujourd'hui doit faire face à plusieurs pressions sociales. En même temps que son corps se développe et se transforme, elle doit acquérir un sens croissant des responsabilités et de contrôle sur ses comportements. Ces nouvelles demandes et attentes menacent l'adolescente. C'est pourquoi, selon Crisp, elle choisit de transformer son corps comme à l'état prépubère pour ainsi éviter les changements et les responsabilités liés à l'adolescence.

Pour sa part, le modèle de Garner (1982, 1985) reprend les principaux éléments théoriques des différents auteurs et postule que l'anorexie mentale est un trouble multidimensionnel où plusieurs variables interagissent entre elles. Pour lui, le comportement anorexique est régi par la prémissse de base que «la minceur est un état hautement désirable» qui allège l'état de détresse (Garfinkel et Garner, 1982; Garner et Bermis, 1982; Garner et Garfinkel, 1985).

Garner (1981, 1985) suggère que les schèmes cognitifs erronés, tels que décrit par Bruch (1962), seraient à l'origine du développement et de la perpétuation de l'anorexie mentale primaire. Il reconnaît le rôle joué par les stimuli et les contingences externes (environnementaux) sur le comportement anorexique. Toutefois, il postule que la perpétuation du trouble résulte du contrôle exercé par les contingences internes (cognitives) (Garfinkel et Garner, 1982; Garner et Bermis, 1982).

Garner et Bermis (1982, 1985) ont proposé un modèle cognitif-béhavioral semblable au modèle élaboré par Beck pour le trouble dépressif (Beck, 1976). De façon similaire aux patients dépressifs, les auteurs ont défini six catégories de croyances irrationnelles chez les personnes qui souffrent d'anorexie mentale. Ces catégories de distorsions cognitives sont: (1) l'abstraction sélective («La seule façon dont je peux exercer un contrôle sur ma vie est par la nourriture»); (2) le raisonnement dichotomique («Si je ne suis pas en plein contrôle, je perd le contrôle»); (3) la surgénéralisation («J'ai manqué de contrôle hier soir, donc je vais inévitablement manquer de contrôle aujourd'hui»); (4) la dramatisation («J'ai pris une livre, donc je ne serai plus jamais capable de porter des jupes courtes»); (5) la pensée magique («Si je mange une tranche de pain, elle se transformera en gras immédiatement»); et (6) la personnalisation («Ils riaient, je suis persuadée qu'ils riaient de moi»). Ainsi, l'adolescente anorexique est prise par ses pensées fautives concernant son image corporelle, son poids, la nourriture, le contrôle de soi, etc.

Garner (1981) soutient qu'une fois le schème de la minceur bien établi chez l'anorexique, tout le complexe des croyances et des comportements anorexiques se maintient de façon autonome car le système génère son propre renforcement. Selon l'auteur, l'auto-renforcement (tels que le plaisir à perdre du poids, la fierté à exercer un contrôle sur son corps) contribue à maintenir le trouble dès le début de son apparition. Graduellement, l'anorexique développe une anxiété face à la nourriture, qui par la suite, se transforme en orientation phobique face au gain de poids et à l'absorption de nourriture. Cette dernière composante phobique force l'anorexique à éviter certaines situations anxiogènes à l'aide de renforcements négatifs, ce qui renforce une fois de plus le cercle anorexique (Garner et Bermis, 1982).

Garner (1981) postule que la présence de schèmes cognitifs erronés chez l'anorexique contribue à la nature autorégulatrice du trouble. Selon lui, dans l'anorexie mentale, le stimulus aversif est le Soi tel que perçu et jugé à un certain poids. Comme l'anorexique ne peut fuir ou échapper à son propre Soi, elle tente de s'y accommoder en le contrôlant par une diète sévère. Elle lutte donc continuellement pour ne pas céder aux différents stimuli de son environnement qui pourraient l'inciter à manger. Garner (1981) ajoute que ce contrôle exercé par l'anorexique sur son corps et ses fonctions organiques lui permet de résister au profond sentiment d'impuissance qui la hante.

Pour l'auteur, plusieurs facteurs contribuent au développement des cognitions erronées de l'anorexique. Il souligne particulièrement l'influence de l'image corporelle féminine véhiculée par les médias. Selon lui, l'image actuelle de la femme idéale (mince, prépubère et sportive à laquelle on attribue succès, bonheur et indépendance) joue un rôle important dans le développement des schèmes cognitifs typiques de l'anorexique (Garfinkel et Garner, 1982; Garner et Bermis, 1982; Garner et Garfinkel, 1985).

Enfin, bien que la théorie de Garner accorde une grande importance au rôle des schèmes cognitifs erronés dans l'anorexie, ils ne sont pas suffisants, selon lui, pour expliquer entièrement le trouble (Garner et Bermis, 1982). Vitousek et Hollon (1990) ont cherché à pousser plus loin la conceptualisation de Garner et Bermis (1982) au regard des schèmes cognitifs des anorexiques. Les auteurs ont élaboré un schéma qui propose de distinguer les perturbations vécues en trois catégories de schémas cognitifs: le schéma personnel, le schéma relatif au poids et le schéma relatif au poids personnel.

Le premier schéma fait référence aux structures cognitives qui contiennent des propositions à propos du concept de soi. Ces propositions sont habituellement péjoratives,

accompagnées de jugements négatifs de soi. Ainsi, les personnes souffrant d'un trouble alimentaire se définissent comme étant des personnes inadéquates, peu attachantes, peu intelligentes, peu séduisantes et grosses.

Le deuxième schéma, soit celui relatif au poids, contient des propositions à propos de la signification que prend le poids corporel et l'alimentation en terme de caractéristiques personnelles attribuées à celles qui sont minces versus celles qui ont un surplus de poids. Ainsi, pour les gens souffrant d'un trouble alimentaire, devenir gros peut signifier qu'une personne est faible, peu sympathique, dégoûtante, etc.

Le dernier schéma, relatif au poids personnel, contient des propositions négatives reliées au poids qui sont combinées avec les jugements négatifs spécifiques à soi. Via ce type de schéma, le poids et l'image du corps deviennent les standards les plus définitifs pour inférer une valeur personnelle. Ces schémas reflètent le seul jugement qu'elles sont grosses (malgré que ce jugement peut être ou non précis) et conséquemment cela fait d'elles de mauvaises personnes.

Vitousek et Hollon (1990) ont proposé que ces schémas influencent substantiellement l'ampleur à laquelle chaque personne souffrant d'un trouble alimentaire porte attention, procède et se rappelle des informations relatives à soi et à son poids. Cette conceptualisation va au-delà des traditions habituelles des théories cognitives-béhaviorales d'examiner les attitudes et le concept de soi (Mizes et Christiano, 1995). Les résultats d'études empiriques sur ce dernier modèle sont peu nombreux.

Conclusion

Il existe divers modèles théoriques qui mettent en évidence l'importance des éléments cognitifs dans le développement et le maintien du syndrome de l'anorexie mentale. Bien que la majorité des études sur le sujet portent sur les distorsions cognitives observées par Bruch (1962, 1970, 1973, 1977, 1978), l'apport des auteurs tels Crisp (1965, 1967), Garner (1982, 1985) et Vitousek et Hollon (1990) s'avère essentiel à l'élargissement de la compréhension des aspects cognitifs dans la problématique de l'anorexie tant par la complémentarité de certains aspects que par l'innovation de d'autres relations jusqu'ici inconnues. Toutefois, l'élaboration de croyances erronées (distorsions cognitives) caractéristiques de l'anorexie mentale primaire chez une adolescente, ne peut induire un lien causal avec le développement du syndrome. D'ailleurs plusieurs recherches ont démontré la présence de ces distorsions cognitives chez des sujets des groupes contrôles et chez des sujets obèses (Ben-Tovim, Hunter et Crisp, 1977; Casper, Halmi, Golberg, Eckert et Davis, 1980; Garfinkel, 1974; Garner, Garfinkel, Stancer et Moldofsky, 1976; Strober et al., 1979). De cet état des choses et puisqu'il est connu que l'ensemble des adolescents présentent des distorsions cognitives, l'étude de ces dernières se conduira dans une perspective globale. Il est toutefois possible de croire que les adolescentes de la population sous-clinique dites restrictives vont présenter plus de distorsions cognitives que l'ensemble de leurs pairs.

La Perception de Contrôle

La notion de contrôle occupe une place centrale dans la conduite adaptative humaine (Garant et Alain, 1995). Les recherches ont démontré que l'individu tient généralement à conserver une certaine liberté comportementale (Brehm et Brehm, 1981) ainsi qu'un sentiment de contrôle sur son environnement. Le désir de conserver le contrôle sur une

situation semble être à l'origine de plusieurs problématiques que l'on retrouve dans les soins de la santé (Baran et Alain, 1993; Kristeller et Rodin, 1989).

Wong (1992) suggère que le concept de perception de contrôle réfère tout autant aux croyances illusoires de contrôle qu'au lieu de contrôle et qu'à l'évaluation des opportunités, des attentes et des éventualités de contrôle (Baran et Alain, 1993).

Le désir de contrôle (Burger, 1992) constitue un trait de personnalité qui souligne le degré de motivation d'un individu à se voir en contrôle des événements auxquels il se trouve confronté. Le concept de désir de contrôle vient donc s'ajouter à la perception de contrôle en tant que variable de la personnalité qui revêt une importance majeure pour l'étude des comportements humains (Baran et Alain, 1993).

Conway, Vickers et French (1992) proposent un modèle de relation entre le contrôle perçu et le contrôle désiré. Ils soutiennent que le bien-être psychologique est en relation avec l'équilibre ou le déséquilibre entre ces deux variables. Ils observent que plus l'écart entre le contrôle perçu et le contrôle désiré augmente, plus il y a présence d'affects négatifs et diminution de la qualité de vie (Garant et Alain, 1995).

Evans, Shapiro et Lewis (1993) suggèrent, quant à eux, un modèle visant à spécifier les conditions sous lesquelles le contrôle est susceptible de mener à des dysfonctions. Ils soumettent l'hypothèse que ces conditions impliquent une dissonance entre les dimensions de contrôle permises par l'environnement et les variables personnelles telles les compétences comportementales, les cognitions de contrôle et la motivation de contrôle (Garant et Alain, 1995). La problématique du contrôle de soi est considérée comme étant importante dans les troubles de l'alimentation (Dare et Crowther, 1995).

Plusieurs recherches ont observé le contrôle de soi rigide des anorexiques comme une façon d'expliquer l'habileté du patient à refuser de manger (Bruch, 1977; Crisp et Bhat, 1982; Slade, 1982). Cette constatation a reçu le support de plusieurs études ultérieures qui ont rapporté un contrôle de soi plus fort chez les anorexiques relativement au groupe contrôle (Casper et al., 1980; Casper, Offer et Ostrov, 1981; Strober, 1980; 1981).

Ziegler et Sours (1968) mettent l'accent sur la notion de contrôle dans le syndrome de l'anorexie mentale dans le contexte où cette problématique se caractérise par une restriction alimentaire volontaire. Ils précisent que pour l'anorexique, la recherche de la minceur est attrayante car elle lui permet d'établir un contrôle tangible sur son corps et sur ses fonctions organiques.

Ziegler et Sours (1968) mettent l'accent sur le contrôle et le pouvoir exercés par la mère auprès de la fille anorexique. Selon ces auteurs, la mère interfère dans le processus de séparation/individuation dans toutes les phases du développement de l'enfant. L'incapacité chez l'anorexique d'assimiler ses expériences personnelles l'empêche de se séparer de sa mère. C'est une relation de fusion qui existe entre la mère et la fille, et cette dernière doit s'accommoder aux demandes et désirs de la mère. La nature de cette relation entraînerait chez l'anorexique la suppression de l'expression des affects. Ces derniers trouvent leur expression dans la somatisation, ce qui a pour conséquence la falsification des expériences intéroceptives et extéroceptives. L'anorexique est donc incapable d'assimiler ses expériences. Ainsi, le but qu'elle poursuit est l'accommodation de ses pulsions, de son corps et de son Soi en exerçant un contrôle tangible et absolu sur ces derniers (Ziegler et Sours, 1969).

Skinner (1992) affirme que l'efficacité personnelle est au cœur même de la notion de perception de contrôle. Il semble donc que le concept de perception de contrôle réfère autant

à des facteurs personnels que situationnels (Garant et Alain, 1995). Plusieurs études ont révélé que l'individu qui possède une perception de contrôle élevée est mieux adapté et ressent un plus grand bien-être que celui qui se perçoit comme ayant moins de contrôle (Baran et Alain, 1993). La majorité des adolescentes anorexiques voient leur corps comme un objet à contrôler (Orbach, 1993). La nourriture est rejetée par les anorexiques à cause d'une peur intense d'engraisser et ainsi, l'argumentation de contrôler leur apport alimentaire diminue leur sentiment d'inefficacité (Orbach, 1993).

Evans, Shapiro et Lewis (1993), définissent les cognitions de contrôle (perception de contrôle) comme un concept qui se rapporte à deux sous-ensembles. Le premier réfère à une attente généralisée au regard de l'estimation d'un lien entre les efforts produits et les résultats obtenus. Les adolescentes qui souffrent d'un trouble alimentaire ont un lieu de contrôle plus internalisé que les adolescentes non restrictives. En d'autres termes, elles croient que leur poids est le résultat de leur contrôle personnel (diète et exercice) sans tenir compte des facteurs externes qui peuvent venir influencer le processus (Furnham et Atkins, 1997).

Le deuxième sous-ensemble se rapporte à la croyance en son efficacité personnelle. Hood, Moore et Garner (1982) utilisent la mesure du lieu de contrôle pour évaluer «l'inefficacité» chez les anorexiques. Les résultats rapportent que l'orientation interne du lieu de contrôle ne peut être une caractéristique commune de l'ensemble des anorexiques. Les auteurs concluent que la mesure du lieu de contrôle n'est pas une bonne mesure de l'inefficacité (en terme de distorsion primaire) chez les anorexiques. Toutefois, ces auteurs estiment qu'à l'intérieur du groupe même d'anorexiques, cette mesure peut être utilisée pour distinguer les différents sous-groupes d'anorexiques et pour fournir un indice du pronostic. Les anorexiques dont l'orientation du lieu de contrôle s'avère interne sont en

majeure partie des anorexiques dites restrictives (celles qui contrôlent leur poids par des diètes sévères). Ce sous-groupe d'anorexiques présente un bon taux de succès en cas de traitement, ce qui est signe d'un pronostic favorable. Les anorexiques dont l'orientation du lieu de contrôle est externe se sont avérées être en grande majorité des boulimiques (présentant régulièrement des périodes de gavage dont elles annulent les conséquences par des vomissements volontaires et l'utilisation de laxatifs). D'après les résultats de l'étude, ces dernières présentent de plus grandes fluctuations de poids et rapportent des sentiments de culpabilité et de manque de contrôle comparativement aux restrictives. Dans leur cas, le pronostic semble plus sombre puisque les risques de rechute sont plus élevés. Les différences observées entre les deux sous-groupes d'anorexiques rejoignent les résultats d'une étude plus ancienne réalisée par Beaumont, George et Smart (1976).

Strober (1984) utilise lui aussi la mesure du lieu de contrôle pour évaluer l'inefficacité chez les anorexiques. Les résultats de son étude rapportent que comparativement au groupe contrôle, les anorexiques sont significativement plus internes. Toutefois, certaines anorexiques ont obtenu des scores d'orientation externe. Les résultats démontrent que chez ces dernières on retrouve une plus grande négation de leur trouble, une peur de la fluctuation du poids, un manque de contrôle des pulsions, une rigidité dans l'auto-contrôle. De plus, les résultats rapportent que les anorexiques «internes» ont démontré des gains de poids plus rapides que les «externes» durant le traitement, ceci pouvant être associé à un meilleur pronostic (Strober, 1984).

Woods et Heretick (1983) ont administré différents questionnaires auprès de sujets anorexiques, de sujets obèses et d'un groupe contrôle dans le but d'évaluer leur sentiment d'inefficacité personnelle. Les résultats de leur étude rapportent que comparativement au groupe contrôle, les anorexiques et les obèses croient leur potentiel d'efficacité personnelle

inférieur. De plus, une mesure d'auto-contrôle personnel démontre que les anorexiques ont obtenu le score le plus haut alors que les obèses ont eu le score le plus bas.

Conclusion

Les différentes recherches sur la notion du contrôle dans la problématique de l'anorexie mentale à l'adolescence font état d'une distinction au niveau du lieu de contrôle selon que les adolescentes sont anorexiques de type restrictif (type I, DSM-IV) ou de type boulimique (type II, DSM-IV). Ainsi, les adolescentes anorexiques de type restrictif démontrent un contrôle de soi rigide, perçoivent leur corps comme un objet à contrôler et possèdent un lieu de contrôle plus intérieurisé que les adolescentes anorexiques de type boulimique qui tendent vers un lieu de contrôle plus extérieurisé. De façon générale, les auteurs dégagent le même consensus: la notion de contrôle est présente dans le syndrome de l'anorexie mentale à l'adolescence.

L'objectif de la présente étude observe la notion de contrôle dans sa globalité et ne tient pas compte des distinctions de types intérieurisé et extérieurisé. Cependant, l'hypothèse associée à cette variable va dans le même sens que la majorité des auteurs soit celle d'observer une perception de contrôle de façon plus grande chez les adolescentes dites restrictives que chez les adolescentes non restrictives. Le contrôle est décrit comme étant présent chez les anorexiques, cependant aucune étude ne fait état d'une plus grande perception de contrôle dans une population sous-clinique d'adolescentes restrictives.

La dépression et les événements de vie stressants

à l'adolescence

À la fin des années 1960, l'adolescence était perçue comme une période de la vie sans trop de difficultés psychologiques (Douvan et Adelson, 1966; Offer, 1969). À cette époque, les difficultés relatives à l'adolescence étaient normalisées.

Les recherches des années 1970 ont centré leur attention sur les enfants qui vivaient des problèmes. On a alors démontré que les difficultés psychologiques à l'adolescence ou à l'enfance peuvent mener à de sérieux troubles psychiatriques à l'âge adulte (Rutter, Graham, Chadwick et Yule, 1976; Weiner et DelGaudio, 1976). Ces études se sont accompagnées de l'émergence de la recherche sur la genèse de la dépression à l'adolescence.

Le début des années 1980 a marqué un tournant important dans l'évolution de l'étude du trouble dépressif chez les jeunes. Ainsi, une augmentation des études cliniques ont fait état de l'existence d'un nombre élevé d'adolescents présentant des symptômes dépressifs. Un tel changement s'est traduit par l'application des critères diagnostiques adultes du DSM-III (1980) dans le diagnostic des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents. Ces nouvelles conceptions ont permis de reconnaître l'existence du trouble dépressif dans la population adolescente tout en soulignant l'influence des facteurs développementaux sur la phénoménologie de cette problématique (Marcotte, 1995).

La Dépression à l'Adolescence

L'étude de la dépression chez les adolescents est importante parce que l'adolescence est une période cruciale de la vie qui influence grandement l'orientation d'une personne dans ses futurs choix de vie. La dépression à l'adolescence prédit des problèmes d'ajustements

dans les sphères du décrochage scolaire, de la toxicomanie, de la délinquance, de la criminalité, du statut de non-employé et du mariage (Carlson et Strober, 1979; Chiles, Miller et Cox, 1980; Kandel et Davies, 1986; Newcomb et Bentler, 1988; Paton, Kessler et Kandel, 1977).

Les études démontrent que de vivre un épisode de dépression très tôt dans la vie augmente substantiellement les risques de futurs épisodes dépressifs durant l'adolescence (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novack, Paulauskas et Finkelstein, 1984) et plus tard, dans la vie adulte (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles et Hill, 1990).

Il existe trois niveaux d'évaluation et de classification de la dépression: a) l'humeur dépressive, b) le syndrome dépressif, et c) le trouble dépressif. L'humeur dépressive se définit par une humeur triste ou une irritabilité. Le syndrome dépressif ou la dépression clinique, généralement évalué par des mesures auto-évaluatives, se caractérise par la présence et l'intensité de plusieurs symptômes tels une perte d'intérêts, une dévalorisation de soi et des symptômes somatiques. C'est ce niveau de définition de la dépression qui sera retenu dans la présente étude. Enfin, le trouble dépressif s'appuie sur les critères du DSM-IV et ajoute l'aspect de la durée des symptômes à celle de l'intensité.

La prévalence de l'humeur dépressive chez les adolescents est de 20 à 35% chez les garçons et de 25 à 40% chez les filles (Petersen et al., 1991). Entre 8 et 18% des adolescents présentent les caractéristiques de la dépression clinique (Reynolds, 1992). Le trouble dépressif est présent chez .4 à 6.4% des adolescents (Fleming et Offord, 1990). Chez les jeunes qui consultent en cliniques, cette proportion atteint 42%. Comparativement aux enfants et aux adultes, les adolescents manifestent plus de symptômes de dépression. À l'adolescence, les filles présentent davantage de symptômes que les garçons. Cette tendance se maintient à

l'âge adulte. Ge, Conger et Elder (1996) affirment que les différences sexuelles dans le trouble dépressif émergent entre l'âge de 13 et 14 ans. Le rapport de la dépression chez les adolescents est de 2 filles pour 1 garçon (Kandel et Davies, 1986; Petersen et al., 1991, 1993; Rutter, 1986).

Quelques études soulèvent la relation entre le développement des caractéristiques typées au genre et la dépression. À l'adolescence, plusieurs jeunes ressentent une pression de se conduire de la façon prédéterminée et stéréotypée à leur sexe (Hill et Lynch, 1983; Petersen et al., 1991). Cette pression pour les jeunes adolescentes de se conduire le moins possible de façon masculine, mais bien de façon traditionnellement féminine, peut être liée à des expériences négatives pour la santé mentale (Craighead et Green, 1989; Hill et Lynch, 1983). Les adolescentes qui affichent un bas niveau de caractéristiques masculines sont à plus haut risque de dépression (Nolen-Hoeksema et al., 1991).

Selon la perspective de l'apprentissage social (Bandura, 1963, 1993), on peut s'attendre qu'une mère qui adopte un rôle stéréotypé traditionnellement féminin va promouvoir la passivité chez sa fille. Les rôles parentaux sont un important facteur d'influence dans la socialisation des adolescentes. Les interactions entre le père et la mère et la séparation des tâches familiales donnent un bon portrait des comportements féminins acceptables à adopter (Obeidallah et al., 1996).

Les rôles des parents peuvent donc être indirectement reliés à la symptomatologie dépressive (Obeidallah et al., 1996). Une mère qui assume un rôle plus égalitaire dans sa relation conjugale peut transmettre à sa fille un sentiment d'auto-efficacité qui, à son tour, est associé à moins de symptomatologie dépressive (Obeidallah et al., 1996).

L'accumulation des facteurs de risque (un faible niveau de caractéristiques masculines et des parents qui adoptent des rôles traditionnels) est reliée à un haut niveau de symptômes dépressifs (Obeidallah et al., 1996). Les filles qui vivent l'expérience d'un mauvais ajustement entre leurs caractéristiques (plus masculines) et les normes de comportement traditionnellement valorisés dans le contexte familial (rôle des parents) vont vivre un plus haut niveau de dépression que celles qui sont en harmonie entre leurs caractéristiques personnelles et le contexte familial (Obeidallah et al., 1996).

Conclusion

Les deux troubles qui perturbent le plus la santé et le bien-être général des adolescentes sont la dépression et les comportements alimentaires déviants (Hawkins, McDermott, Seeley et Hawkins, 1992). Plusieurs auteurs soulignent la concomitance des perturbations alimentaires et d'une dépressivité marquée à l'adolescence (Ledoux, 1991). Ceci amène donc à penser que la symptomatologie dépressive intervient très tôt dans la genèse des conduites alimentaires.

La Dépression chez les Adolescentes Anorexiques

Dans la recension des écrits, la relation entre les troubles alimentaires et les troubles affectifs est le sujet d'un débat continual (Piran, Kennedy, Garfinkel et Owens, 1985; Strober et Katz, 1987). Trois hypothèses alternatives sont proposées concernant la relation entre l'humeur et les troubles alimentaires: (1) le trouble de l'humeur dans les problématiques alimentaires est une conséquence des anormalités reliées à l'alimentation; (2) les anormalités alimentaires sont des conséquences de perturbations de l'humeur sous-jacentes; (3) l'humeur et les perturbations alimentaires ne sont pas reliées de façon linéaire. Cependant, l'établissement de ces deux troubles peut être dû à l'effet de variables déjà connues que l'on nomme «troisièmes variables».

Les troubles affectifs représentent le plus haut taux de concomitance dans la problématique de l'anorexie mentale (Herzog et al., 1992; Herzog, Nussbaum et Marmor, 1996). Les conclusions qui émergent des études longitudinales sur les troubles alimentaires indiquent une prévalence approximativement de 30% à 50% des patientes qui souffrent également de dépression majeure (Cantwell et al., 1977; Herzog, 1984; Wienand et Wewetzer, 1990). Le pourcentage augmente de 50% à 75% lorsque les dépressions vécues avant l'établissement du trouble alimentaire sont considérées dans les études (Devlin et Walsh, 1989; Hudson, Pope, Yurgelun-Todd, Jonas et Frankenburg, 1987; Swift, Andrews et Barklage, 1986). De plus, entre 35% et 40% des anorexiques qui ne sont pas touchées par la dépression majeure vont vivre une histoire de dépression mineure ou de dysthymie (Cantwell, Sturzberger et Burroughs, 1977; Herzog, 1984; Piran, Kennedy, Garfinkel et al., 1985). Certains auteurs (Halmi et al., 1991), quant à eux, observent qu'il n'y a pas de différence significative au niveau de la prévalence d'un trouble affectif chez les patientes qui souffrent d'un trouble alimentaire comparativement à celles dont le trouble est rétabli. Cependant, les adolescentes qui présentent un trouble alimentaire souffrent plus souvent de dépression que celles qui en sont exemptes.

Quoi qu'il en soit, le débat scientifique ramène toujours à la nature de la relation entre l'humeur et les troubles alimentaires. L'étude de la dépression chez les anorexiques présente des difficultés méthodologiques particulières et soulève la question de la causalité.

Un premier point de vue attribue les symptômes dépressifs aux effets biologiques et psychologiques d'une alimentation anormale et de la perte de poids. Il est démontré que les symptômes dépressifs chez les anorexiques sont des conséquences d'importantes distorsions physiologiques et psychologiques qui caractérisent le trouble alimentaire (Crisp, 1980; Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen et Taylor, 1950). La restriction alimentaire (jeûne) peut induire

des symptômes dépressifs (Keys, Brosek, Henschel et al., 1950). Braun et al. (1994) rapportent ainsi que, spécialement chez les anorexiques de type restrictif, la dépression se développe après le développement du trouble alimentaire.

En résumé, ces auteurs perçoivent la dépression comme un trouble secondaire à l'établissement du premier trouble, donc comme une conséquence de l'anorexie mentale (Hendren, 1983; Laessle et al., 1987; Mitchell et Pyle, 1982).

Le second point de vue maintient que, dans plusieurs cas, les troubles alimentaires sont des conséquences de perturbations affectives. Cantwell, Sturzenburger, Burroughs, Salkin et Green (1977) rapportent que les symptômes d'ordre affectif sont présents chez les anorexiques en devenir, donc souvent avant le développement du trouble alimentaire. Gomez et Dally (1980) démontrent que les perturbations de l'humeur sont communes chez les anorexiques durant les stades pré morbide, morbide et postmorbide de leur trouble. Hudson, Pope, Jonas et Yurgelun-Todd (1983) rapportent aussi que parmi les adolescentes qui souffrent de troubles alimentaires et de dépression majeure, le trouble de l'humeur a précédé l'établissement du trouble alimentaire dans 40% des cas étudiés.

Quelques études rapportent que le trouble alimentaire serait utilisé pour combattre la dépression (Strober et Katz, 1988; Szmukler, 1985). L'idéal de la minceur pour les adolescentes, est bien en-dessous du poids moyen de la majorité de ces dernières. Ainsi, cela cause directement une insatisfaction corporelle chez une grande majorité d'adolescentes. De plus, l'insatisfaction au regard du corps, associée à l'importance que les adolescentes accordent à leur poids, amène souvent ces dernières à la dépression (Rozin et Fallon, 1988).

Cette hypothèse peut s'expliquer, en partie, par les cinq postulats établis dans l'épidémiologie de la dépression: (1) la prévalence de la dépression est plus élevée chez les adolescentes que chez les adolescents; le rapport de la dépression est de deux filles pour un garçon (Nolen-Hoeksema, 1987); (2) cette proportion apparaît dès la puberté; avant la puberté, la dépression est deux fois plus fréquente chez les garçons, après la puberté, elle est deux fois plus fréquente chez les filles (Rutter et al., 1986); (3) le rapport de la dépression est présent uniquement dans les sociétés occidentales; il n'est pas observé dans les sociétés orientales ou en voie de développement (Nolen-Hoeksema, 1987); (4) le taux de la dépression a augmenté, spécifiquement chez les jeunes filles; (5) l'âge d'apparition de la dépression est plus jeune dans la présente génération que dans les générations passées (Klerman, 1988).

Quatre de ces postulats recoupent ceux qui concernent les troubles alimentaires: (1) la majorité des patients qui souffrent de troubles alimentaires sont de sexe féminin (95%) (DSM-IV, 1994); (2) les troubles alimentaires émergent à la puberté (DSM-IV, 1994); (3) les troubles alimentaires sont présents uniquement dans les sociétés occidentales (Garner et Garfinkel, 1980); (4) l'incidence des troubles alimentaires a augmenté considérablement depuis les vingt dernières années (Silverstein et al., 1986).

La similitude entre l'épidémiologie de la dépression et celle des troubles alimentaires n'est pas une coïncidence. Le modèle de McCarthy (1990) suggère la vision que la pathologie alimentaire résulte d'une stratégie d'adaptation à la dépression. Si l'on accepte le postulat qu'une image corporelle négative et qu'une faible estime de soi mènent à la dépression, la dépression devrait s'estomper une fois que la personne se sent mieux à propos d'elle-même (McCarthy, 1990). L'anorexie mentale amène la perte de poids. Initialement, ceci est suffisant pour que l'anorexique apprécie davantage son apparence et ainsi augmente son estime de

soi (Slade, 1982). Si l'on accepte l'argument que l'échec de diètes mène à la dépression par le sentiment de perte de contrôle sur un aspect qui doit être socialement contrôlé, trouver une différente avenue pour réussir, en exerçant un contrôle absolu sur cet aspect, va briser l'impuissance et les expériences de perte de contrôle. Ainsi, pour certains auteurs, le trouble alimentaire peut combattre la dépression. Ces observations indiquent que, dans le cas de l'anorexie mentale, la dépression ne semble pas attribuable aux effets d'une alimentation anormale.

En résumé, certaines études démontrent que la dépression précède souvent le développement des symptômes anorexiques proposant ainsi un autre type de relation de causalité (Simpson, Al-Mufti, Anderson, et al., 1992; Toner, Garfinkel et Garner, 1986). Le problème dans la majorité de ces études, est que les chercheurs examinent la dépression à l'aide d'un design expérimental rétrospectif. Il est alors parfois difficile de généraliser ces observations puisque les sujets se trouvent souvent confondus dans les limites de leurs souvenirs et de leurs histoires (Leung et Steiger, 1990).

Le troisième point de vue stipule qu'il existe une troisième variable non spécifiée qui mène, certaines adolescentes, à une augmentation de la vulnérabilité aux troubles alimentaires comme aux troubles de l'humeur. Ainsi, cette constatation s'observe fréquemment dans la relation entre les troubles alimentaires et la dépression.

Katz et Walsh (1978) suggèrent que les adolescentes anorexiques souffrent d'une dysfonction du système nerveux central précisément au niveau du neurotransmetteur: la sérotonine. Ainsi, cette dysfonction peut prédisposer, selon les auteurs, aux deux troubles.

Gershon et al. (1984) rapportent que le risque de développer un trouble affectif augmente chez les sujets anorexiques avec ou sans simultanéité d'un trouble affectif déjà établi. Ces observations ont mené plusieurs chercheurs (Devlin et Walsh, 1989) à croire en une vulnérabilité génétique commune aux anorexiques qui pourrait être considérée comme une «troisième variable». Cette dernière augmenterait simultanément la probabilité de développer des perturbations alimentaires et des troubles de l'humeur.

Quoi qu'il en soit, les résultats des récentes recherches sur des patientes anorexiques (Strober, Lampert, Morrell, Burroughs et Jacobs, 1990) soulèvent de nouveaux questionnements concernant l'idée d'une transmission génétique commune des troubles alimentaires (spécifiquement l'anorexie mentale) et des troubles affectifs. L'étude de Strober et al. (1990) a observé un grand nombre de troubles affectifs chez les familles des 280 patientes anorexiques étudiées. De plus, l'anorexie mentale a été identifiée comme étant huit fois plus commune dans l'entourage féminin des patientes anorexiques que dans la population en général, contrairement à l'entourage de patientes qui souffrent de pathologies différentes (c.-à-d. schizophrénie, trouble de la personnalité). Ces évidences suggèrent que: (1) les anorexiques déprimées peuvent manifester deux troubles qui proviennent d'une influence familiale, et (2) l'anorexie mentale et les troubles affectifs démontrent une transmission familiale indépendante. Cependant, l'évidence d'une vulnérabilité génétique commune dans les troubles alimentaires et affectifs, considérée comme «troisième variable», est encore un constat empiriquement mal appuyé.

Conclusion

Il est clairement établi dans la littérature que les perturbations de l'humeur sont fréquemment observées chez les patientes qui souffrent d'un trouble alimentaire. La question

qui perdure est de savoir si les perturbations de l'humeur représentent la cause, une conséquence ou une condition habituelle de la pathologie alimentaire.

Dans leur étude auprès de 1600 adolescentes de la région de Montréal, Leung et Steiger (1990) indiquent qu'il y a une association stable entre les symptômes dépressifs et les anormalités alimentaires dans l'échantillon non clinique étudié. Ces observations confirment l'évidence de la force de l'association entre les perturbations de l'humeur et les pathologies alimentaires dans la population clinique (Coburn et Ganong, 1989; Devlin et Walsh, 1989). De plus, les résultats de l'étude de Leung et de Steiger (1990) ne révèlent aucune séquence de causalité prédominante entre les symptômes dépressifs et les anormalités alimentaires dans une population non clinique. En d'autres termes, la relation observée entre les symptômes dépressifs et les anormalités alimentaires peut être le résultat d'une ou de plusieurs «troisièmes variables» non identifiées. Cette observation va dans le même sens que certains auteurs (Devlin et Walsh, 1989; Swift, Andrews et Barklage, 1986; Walsh et al., 1985) qui soutiennent qu'une ou plusieurs «troisièmes variables» non spécifiées (génétiques et/ou des facteurs psychosociaux) augmentent la vulnérabilité aux deux troubles: alimentaires et affectifs, lesquels produisent une association entre la pathologie alimentaire et la dépression. En résumé, la relation entre les troubles alimentaires et la dépression est le résultat d'interactions complexes plutôt que d'une simple causalité linéaire. L'objectif de la présente étude ne s'avère pas de mettre à l'épreuve les trois hypothèses décrites précédemment, mais plutôt de vérifier les résultats des derniers auteurs quant à la présence de symptômes dépressifs chez les adolescentes qui démontrent des attitudes alimentaires restrictives dans un échantillon sous-clinique.

Les Événements de Vie Stressants

Depuis les deux dernières décennies, un intérêt croissant a été porté à l'association entre les événements de vie, le stress et la psychopathologie chez les adultes (Dohrenwend et Dohrenwend, 1981; Paykel, 1983) mais aussi chez les enfants et les adolescents (Eth et Pynoos, 1985; Garmezy et Rutter, 1983, 1985; Goodyer, 1990). Les abus dans l'enfance ainsi que les autres traumatismes vécus ont été clairement associés à une série de séquelles psychiatriques graves incluant la dépression, l'alcoolisme, la toxicomanie, l'anxiété, la somatisation, la dissociation, le syndrome du choc post-traumatique, les troubles sexuels (spécifiquement dans le cas d'abus sexuels), l'auto-destruction et les troubles de la personnalité. Dans la dernière décennie, certains cliniciens et quelques chercheurs ont entrevu la possibilité que les abus et traumatismes vécus dans l'enfance, spécialement les abus sexuels, constituent des antécédents très influents dans le développement de troubles alimentaires.

Les événements de vie constituent des sources de stress et nécessitent des ajustements de la part de l'individu puisqu'ils perturbent l'homéostasie physiologique et psychologique. Ces derniers peuvent mener au développement à la fois des symptômes psychologiques et physiologiques (Brown et Harris, 1978; Dohrenwend et Dohrenwend, 1974, 1981) et peuvent affecter la santé mentale (Thoits, 1982). Pour l'instant, les recherches démontrent que l'accumulation d'événements de vie stressants peut mener au développement de troubles psychiatriques. Ainsi, le nombre et le degré de sévérité des événements vont influencer la chronicité de la psychopathologie. Cette association a été démontrée pour l'anxiété (Bhagat et al., 1985; Vinokur et Zelzer, 1975), pour le trouble obsessif-compulsif (Khanna et al., 1988; McKeon et al., 1984; Norman et Malla, 1993), pour certaines épisodes de schizophrénie (Yatkin et Labban, 1992) et pour la dépression (Cummins, 1990; Johnson et Theorell, 1991).

Il existe moins de recherches concernant les effets des événements de vie stressants sur la psychopathologie adolescente qu'il y en a sur la psychopathologie adulte. Néanmoins, il apparaît que plusieurs types d'événements de vie peuvent augmenter le risque d'une psychopathologie à l'adolescence et induire une plus grande vulnérabilité aux pressions de l'environnement. Au quotidien, les adolescentes sont confrontées à des situations stressantes qui requièrent de l'adaptation (Compas, 1987). Selon Lazarus et Folkman (1984), le stress résulte d'une relation spécifique entre l'individu et son environnement. Des demandes, internes ou externes, sont évaluées par l'individu et peuvent parfois excéder ses ressources personnelles pour confronter la situation. Les adolescentes sont susceptibles de répondre de multiples façons à des événements de vie stressants. Certaines manifesteront des comportements anormaux incluant les troubles de l'alimentation (Willenbring, Levine et Morley, 1986).

Les facteurs culturels et sociologiques revêtent une importance particulière dans la compréhension du développement des troubles alimentaires. Il est ainsi surprenant de constater qu'il existe peu de recherches sur l'association entre les événements de vie et les troubles alimentaires (Sohlberg et Norring, 1992). Les stress de la vie conduisent à un dérèglement des systèmes régulateurs de certains neurotransmetteurs qui régularisent normalement le comportement alimentaire. Dess et al. (1988) et Miller (1988) ont trouvé que les animaux perdent du poids et développent l'anorexie lorsqu'ils vivent des stress de façon répétée, ce qui mène à une impuissance apprise. Ainsi, Miller (1988) suggère que les anorexiques qui sont exposées de façon répétitive à des stresseurs vont développer éventuellement de l'impuissance apprise. Une série d'expérimentations ont démontré que les stress de la vie influencent la motivation à manger (Heilbrun et Worobrow, 1990), l'idéalisation de la minceur (Heilbrun et Putter, 1986) et l'image de soi (Allgood et al., 1990). Heilbrun et Flodin (1989) ont démontré que les sujets avec des traits de personnalité

caractéristiques à l'anorexie mentale manifestent un haut niveau de stress dans leur vie. Ainsi, l'idéalisation d'une image corporelle parfaite chez les étudiantes du secondaire est reliée à un haut niveau de stress (Heilbrun et Putter, 1986).

Seulement deux études ont examiné de façon systématique la relation entre les différents types d'événements de vie (à l'exception de l'abus sexuel) et l'anorexie mentale. Mynors-Wallis et al. (1992) soutiennent que les cas de développement tardif de l'anorexie mentale sont communément précédés par des événements de vie stressants et s'affichent en défense à un fond de stress chronique. Horesh et al. (1995) rapportent que les patientes qui souffrent d'anorexie mentale obtiennent un score plus élevé d'événements de vie négatifs que le groupe contrôle dans toutes les sphères d'événements de vie examinées. De plus, elles démontrent significativement plus d'événements de vie négatifs concernant leurs parents que le font les patientes qui souffrent d'autres troubles psychiatriques. Les spécialistes des troubles alimentaires expliquent que les comportements alimentaires dysfonctionnels deviennent un mécanisme (même s'il est très destructeur) régularisateur du stress et des états émotifs souffrants (Casper, 1983). Les études empiriques ont appuyé cette explication. La difficulté à composer avec des états émotifs souffrants est clairement impliquée dans l'élaboration et le maintien des comportements alimentaires dysfonctionnels (Grilo, Shiffman et Wring, 1989).

La dernière étude de Horesh et al. (1995) sur l'anorexie mentale utilisait un questionnaire d'événements de vie stressants constitué d'un nombre d'items limités. Horesh et al. (1996) ont répété la même étude mais ont utilisé l'interview structurée sur l'ensemble des événements de la vie et des situations psychosociales aversives. Ainsi, les auteurs désiraient étudier la relation entre les événements de vie stressants et les troubles alimentaires de façon plus complète chez les adolescentes. L'hypothèse que les événements de vie négatifs et les

circonstances sociales aversives sont plus communs chez les adolescentes qui souffrent d'un trouble psychiatrique (incluant les troubles alimentaires) que chez les adolescentes dites normales, a été démontrée dans cette étude. L'hypothèse est été confirmée à la fois au regard du nombre d'événements et de circonstances qu'à celui de la durée des événements de vie stressants rapportés par les sujets à l'étude. Ainsi, il apparaît que les événements de vie négatifs entretiennent une forte association avec les troubles psychiatriques à l'adolescence, lesquelles données sont bien supportées par la littérature psychiatrique (Goodyer, 1993).

De la même façon que dans leur première étude (Horesh et al., 1995), les auteurs n'ont trouvé qu'une seule catégorie d'événements de vie stressants caractéristiques des troubles alimentaires: les pressions parentales inappropriées sont spécifiques aux adolescentes qui souffrent de troubles alimentaires. Les critères pour établir ce diagnostic sont: (1) les pressions parentales indues reliées au sexe; (2) les pressions parentales inopportunies reliées à l'âge, et (3) les pressions parentales inconvenantes reliées aux habiletés de l'adolescente.

L'examen en profondeur du contenu des réponses, fournies par les adolescentes, démontre que ces dernières se sont senties forcées à adopter un style de comportement féminin exagéré, à aborder des discussions (comme la sexualité) avant même qu'elles se sentent prêtes à composer avec le sujet, et à s'engager dans des activités qui reflètent les ambitions des parents plutôt que les leurs. En effet, l'un des événements de vie souvent vécus par les adolescentes est la pression des parents envers le succès scolaire (Goodyer, 1993).

Dans les sociétés modernes, la famille est généralement perçue comme l'agent primaire, à l'intérieur de l'environnement social, qui influence la santé et le développement de l'enfant

(Boyce, 1985). Dans l'étude de Aro, Hänninen et Paronen (1989), une relation positive avec les deux parents sert d'amortisseur contre les effets des événements de vie négatifs. Ainsi, une bonne relation avec seulement l'un des deux parents n'est pas suffisante pour bénéficier de la même protection. Les auteurs expliquent qu'à la puberté, une mauvaise relation avec l'un des deux parents est une source de stress considérable pour une adolescente. Conséquemment, une bonne relation avec seulement l'un des parents ne peut venir amortir le stress engendré par la relation négative avec l'autre parent.

Les tâches développementales majeures à l'adolescence incluent l'adaptation à des changements physiques rapides, à la séparation-individuation des parents et la recherche d'une identité en relation avec soi, la famille, les pairs et la société. Ainsi, l'adolescence est souvent perçue comme la phase d'un stress développemental unique. Les événements de vie stressants et les relations sociales ne sont donc pas indépendants l'un de l'autre: de mauvaises relations avec les parents, comme vivre l'expérience d'une famille éclatée, sont associées à une plus forte probabilité de vivre des événements négatifs parce qu'ils contribuent à accentuer le stress chez les adolescentes. Dans tous les cas, nous pouvons conclure que les adolescentes qui souffrent d'un manque de support parental et social risquent, spécialement face à des événements de vie stressants, de développer des symptômes physiques et psychologiques (Aro, 1987).

Il est possible que les pressions développementales et les tâches à accomplir rendent l'adolescente plus vulnérable aux stresseurs de la vie que les gens plus âgés. Les sujets qui souffrent d'un trouble alimentaire dans l'étude de Armstrong et Roth's (1991) rapportent un haut degré de difficultés au niveau de la séparation et de l'attachement qui peut être relié à leur histoire passée. D'autre part, on a prétendu qu'un certain nombre de stress à l'adolescence peut être important pour apprendre à composer avec les multiples stress de la vie adulte (Elder et Liker, 1982).

Hotaling et al. (1978), dans un étude auprès de 118 étudiants du secondaire, rapportent qu'un haut niveau de support parental adoucissait l'impact des événements de vie stressants sur la santé des adolescents. Tyerman et Humphrey (1983) soutiennent qu'il existe une interaction entre le support familial inadéquat et les stresseurs de la vie dans l'expression des troubles à l'adolescence. Ainsi, les troubles alimentaires peuvent être reliés à un conflit entre l'exposition prématurée au monde adulte et la peur des demandes de cet environnement.

La transition de l'école primaire à l'école secondaire coïncide avec le «sommet» des changements pubertaires pour la majorité des filles mais pour peu de garçons. La synchronicité de ces deux changements constitue un stresseur important dans l'adaptation des adolescentes. Les adolescentes vivent plus d'événements de vie majeurs que les garçons (Compas, Howell, Phares, Williams et Ledoux, 1989; Larson et Ham, 1993). Une telle interaction entre les changements d'ordre scolaire et ceux reliés à la maturation pubertaire est responsable d'une faible estime de soi (Simons et Blyth, 1987) et de l'humeur dépressive (Petersen et al., 1991) chez les filles. Une étude de Ge et al. (1994) rapporte qu'une augmentation des événements de vie stressants chez les adolescentes coïncide avec une augmentation de l'humeur dépressive. Le début d'une vie sexuelle active constitue aussi un stress important pour les adolescentes (Marcotte, 1995).

La puberté est un point tournant pour toutes les adolescentes (Pickles et Rutter, 1991) et la présence d'une famille supportante est un facteur de protection important pour arriver à bien négocier cette période troublante. Les événements de vie stressants peuvent survenir suite à un manque de protection de la famille ou par le propre comportement de l'adolescente. Certaines adolescentes semblent être protégées des effets nuisibles des événements de vie par leur propre force intérieure (Goodyer, 1993). Dans le cas des adolescentes anorexiques, lorsque la famille n'est pas supportante, l'adolescente va tenter de se défendre contre la

progression de la puberté par l'expérience de diètes excessives pour fuir les difficultés qu'implique la réalité de grandir (Crisp, 1980).

L'un des événements de vie largement abordé dans la littérature en relation avec la problématique des troubles alimentaires est l'abus sexuel. L'étude de Horesh et al. (1996) a démontré que l'abus sexuel est plus commun chez les patientes qui souffrent de troubles alimentaires et chez celles qui souffrent de différents troubles psychiatriques que dans la population en général. Cependant, l'abus sexuel ne caractérise pas davantage les patientes qui souffrent de troubles alimentaires que celles qui souffrent de différents troubles psychiatriques. Ces résultats s'accordent avec la majorité des récentes études rapportées dans la littérature (Horesh et al., 1995).

Conclusion

Il est surprenant qu'il existe peu de recherches qui portent sur l'association entre les événements de vie stressants et l'anorexie mentale (Sohlberg et Norring, 1992) malgré que l'on prétende que ce trouble soit fortement influencé par les pressions de la culture et de l'environnement. Il ressort des écrits que les adolescentes anorexiques manifestent un haut niveau de stress dans leur vie (Heilbrun et Flodin, 1989). Sohlberg et Norring (1992) soutiennent que les événements de vie expliquent 30% de la variance dans la problématique alimentaire. Les événements de vie stressants conditionnent ainsi le développement des troubles alimentaires. Certaines études ont examiné d'autres formes de traumatisme dans l'histoire des adolescentes qui souffrent de troubles alimentaires (Dansky et Brewerton, 1994). Ainsi, elles révèlent un haut taux d'abus physique, d'abus psychologique, de violence intrafamiliale. Il s'impose donc d'évidence qu'il existe plusieurs formes d'abus qui peuvent produire des effets additifs ou interactifs aux troubles alimentaires.

L'objectif de l'étude au regard du facteur associé aux événements de vie stressants est de vérifier si, au sein d'une population sous-clinique, les adolescentes dites restrictives vivent plus d'événements majeurs que l'ensemble des adolescentes de leur âge.

Les contingences environnementales
dans le syndrome de l'anorexie mentale primaire

Le Soutien Familial

L'environnement familial agit comme un agent protecteur contre les différents stress internes ou externes mais dans certains cas, il peut agir comme un facteur de risque potentiel à des problèmes développementaux (Thienemann et Steiner, 1993).

Bien qu'il existe un nombre croissant d'études empiriques, la majorité des études sur les familles des adolescentes souffrant de troubles alimentaires trouvent leur origine dans des observations cliniques (Bliss et Branch, 1960; Bruch, 1973; Crisp, 1980; Dare et Eisler, 1992; Gull, 1874; Laseque, 1873; Minuchin, Rosman et Baker, 1978; Morgan et Russell, 1975; Root, Fallon et Friedrich, 1986; Selvini-Palazzoli, 1974). Les résultats offrent une riche source d'éclaircissement du fonctionnement de ces familles mais peuvent aussi donner un portrait à sens unique de la situation, ce qui ne permet qu'une compréhension incomplète et parfois faussée de l'importance de ce facteur dans les troubles alimentaires (Eisler, 1993).

Bien que plusieurs auteurs dégagent différents aspects de la vie familiale dans la compréhension de l'anorexie mentale, il ressort un certain degré de consistance entre eux. Le portrait de la famille qui s'en dégage tend à être négatif, caractérisé par une trop grande proximité des membres, une surimplication de chacun de ces derniers par rapport aux autres, des demandes de performance élevées envers les enfants, une incapacité à permettre l'autonomie et d'offrir le support nécessaire dans le processus de séparation-individuation durant l'adolescence.

Le portrait négatif des familles anorexiques remonte aux recherches de Gull (1874) et de Laseque (1873) qui, tous deux, ont vu, en premier lieu, les familles de leurs patientes comme étant des entraves au traitement. Charcot (1889) et Gull (1874) soutenaient que les anorexiques devaient quitter leur milieu familial. Plusieurs comptes rendus cliniques continuent à responsabiliser négativement les familles dans la compréhension des troubles alimentaires (Bliss et Branch, 1960). Bien que plus récemment certains auteurs posent un nouveau regard sur les familles qui présentent des troubles alimentaires, ce point de vue reste prépondérant.

Plusieurs auteurs (Dolan et al., 1990; Freeman et Gard, 1994; Kendler et al., 1992; Rastam et Gillberg, 1991; Schmidt et al., 1993; etc.) admettent le danger de comparer les observations du fonctionnement familial courant avec les facteurs de la genèse familiale du trouble sur une base égalitaire. Certaines observations sont habituellement effectuées alors que le trouble alimentaire existe depuis plusieurs années. Inévitablement, certaines caractéristiques observées dans les familles apparaissent en réponse au trouble et ainsi ne devraient pas être considérées comme les causes de ce dernier. Bien que ceci est communément reconnu, il est frappant de constater à quel point les observations de certaines caractéristiques familiales sont fréquemment prises comme l'explication étiologique de la signification du trouble. Ainsi, il serait plus prudent d'émettre que l'approche familiale est complémentaire à d'autres facteurs dans l'étiologie et le renforcement du symptôme anorexique (Garfinkel et Garner, 1982).

Comme la compréhension des familles où il y a présence de troubles alimentaires repose fortement sur des observations cliniques, il est important de ne pas émettre de conclusions trop hâtives. Les observations cliniques des interactions familiales se font souvent très rapidement (Eisler, Szmukler et Dare, 1985) mais, par leur nature véritable, elles sont le

reflet le plus idiosyncratique de la réalité. Ces observations mettent en lumière n'importe lequel des aspects frappants ou inhabituels du fonctionnement familial mais sans nécessairement relever le portrait de l'ensemble des familles qui vivent la réalité d'un trouble alimentaire. Le danger est souvent de retrouver ce type de recherches au sein de la littérature professionnelle. Avec les années, de telles considérations deviennent parties intégrales de la compréhension des professionnels et elles se transforment insidieusement en faits scientifiques que l'on croit validés.

L'évidence empirique du rôle des facteurs familiaux dans la genèse des troubles alimentaires a été révisée par quelques auteurs (Dolan et al., 1990; Freeman et Gard, 1994; Kendler et al., 1992; Rastam et Gillberg, 1991; Schmidt et al., 1993; etc.). Ainsi, les diverses conclusions au regard des considérations socio-démographiques de la famille; des événements négatifs dans la famille; de la personnalité et des attitudes parentales; des caractéristiques spécifiques de la relation parent-enfant; et de la famille à titre de système social, sont présentées ci-après.

Facteurs Socio-Démographiques de la Famille

Les facteurs tels la classe sociale, l'âge des parents, la taille et la composition familiale sont souvent considérés comme des facteurs étiologiques qui peuvent influencer un enfant à développer des troubles alimentaires.

La classe sociale a été un descripteur important des familles avec une adolescente souffrant d'un trouble alimentaire. Plusieurs études basées sur des échantillons cliniques ont démontré un taux plus élevé de familles de classe sociale supérieure (Crisp et al., 1980; Garfinkel et Garner, 1982; Johnson, Stuckey et Lewis, 1982; Morgan et Russell, 1975). Des

études d'adolescentes de niveau secondaire (Crisp, Palmer et Kalucy, 1976; Eisler et Szmukler, 1985) vont dans le même sens que les études précédentes mais particulièrement pour les anorexiques et non les boulimiques (Crowther, Post et Zaynor, 1985). Trois récentes études ont questionné l'universalité de ces observations (Dolan, Evans et Lacey, 1989; Freeman et Gard, 1994; Rastam et Gillberg, 1991). Selon les auteurs, la distribution des troubles alimentaires dans la population a probablement changé ces dernières années puisque les résultats n'affichent aucune différence significative entre les groupes de classes sociales différentes. Il est ainsi possible de croire qu'étant donné l'accessibilité à l'ensemble des classes sociales d'un certain type de denrées alimentaires, l'accumulation de nourriture n'est plus aujourd'hui une marque de prestige social.

Le rang familial, la composition familiale et la taille de la famille sont des facteurs que l'on a cru souvent responsables de l'étiologie de l'anorexie mentale. L'évidence de ces conclusions n'est pas très probante (Gowers, Kadambari et Crisp, 1985; Hall, 1978; Johnson et al., 1984; Kay, Schapira et Brandon, 1967; Theander, 1970). La plus récente étude empirique n'a trouvé aucun indice significatif qui permettrait d'identifier l'influence de ces facteurs dans la problématique de l'anorexie (Rastam et Gillberg, 1991). L'âge élevé des parents à la naissance de l'enfant a souvent été soulevé comme un facteur d'influence significatif sur la problématique de l'anorexie à l'adolescence (Dally, 1969; Dolan, Evans et Lacey, 1989; Garfinkel et al., 1983; Hall, 1978; Theander, 1970). Toutefois, une étude effectuée par Rastam et Gillberg en 1991 infirme les résultats précédents puisque les auteurs n'ont pas trouvé de différences entre les anorexiques et le groupe contrôle à propos de l'âge des parents. En résumé, certains facteurs sociodémographiques des familles ayant des adolescentes anorexiques démontrent certaines différences de la population normale. Ces différences semblent cependant moins influentes que l'on pourrait le croire.

Événements Négatifs dans la Vie Familiale

Les événements de vie négatifs significatifs dans le contexte de la vie familiale vont souvent être abordés dans le traitement clinique. Ces événements incluent la mort d'un parent ou d'une personne significative, l'éclatement de la famille suite à un divorce, l'expérience d'un abus physique ou sexuel durant l'enfance ou d'autres événements tels un déménagement, la perte d'emploi ou la maladie d'un parent. D'un point de vue clinique, ces événements sont importants pour observer comment la famille s'y adapte et pour mieux comprendre l'adolescente au prise avec un trouble alimentaire. L'adolescente et sa famille peuvent considérer ces événements négatifs comme jouant un rôle important dans le développement de la maladie. Bien que leur impact apparaît souvent une évidence, les recherches empiriques ne peuvent affirmer toutefois qu'ils jouent un rôle certain dans l'étiologie du trouble.

La perte d'un parent due à la mort ou à l'éclatement de la famille ne semble pas associée au développement d'un trouble alimentaire (Dolan et al., 1990; Kendler et al., 1992; Rastam et Gillberg, 1991). Schmidt, Tiller et Treasure (1993), dans une étude des antécédents de l'enfance des adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire, relevaient que la mort d'un parent apparaît dans moins de 5% des adolescentes du groupe expérimental.

Les récentes recherches accordent à l'abus sexuel dans l'enfance un rôle dans le développement d'un trouble alimentaire. Oppenheimer et al. (1985) et Palmer et al. (1990) ont observé que 31% de leurs patientes anorexiques rapportaient un abus sexuel dans l'enfance. Dans une revue de la littérature sur le sujet, Connors et Morse (1993) concluent que le pourcentage des différentes études varie entre 6% à 66%. Les mêmes auteurs observent une moyenne de 30% des adolescentes qui souffrent d'un trouble alimentaire qui ont subi

un abus sexuel durant l'enfance. Ces taux sont plus élevés que la moyenne des abus rapportés dans la population générale (entre 15 à 30%). Cependant, la différence entre les pourcentages des deux populations (trouble alimentaire et générale) est relativement petite (Bifulco, Brown et Adler, 1991; Russell, 1986). Plusieurs recherches démontrent l'évidence d'un taux plus élevé d'abus sexuel chez les boulimiques plutôt que chez les anorexiques (Palmer et al., 1990; Schmidt, Tiller et Treasure, 1993; Steiger et Zanko, 1990).

L'abus physique dans la problématique des troubles alimentaires, mise à part la violence familiale, a été peu fréquemment observé (Eisler, 1993). Piran et al. (1988) rapportent que 17% des anorexiques de l'étude ont été abusées physiquement. Schmidt, Tiller et Treasure (1993) ont trouvé que 7% des anorexiques avaient fait l'expérience de comportements auto-mutilatoires.

Les Attitudes et la Personnalité des Parents

La croyance qu'un portrait type de personnalité et d'attitudes parentales est associé aux troubles alimentaires est remarquablement persistante. Le stéréotype commun représente une mère dominante, surinvestie et à la fois invalidante au niveau de l'expression émotive de sa fille. Le père est typiquement perçu comme étant distant, faible et marginal dans la famille. Il est possible de croire que ces facteurs relèvent davantage de généralités puisqu'ils sont faiblement validés empiriquement (Eisler, 1993). Il existe cependant certaines évidences concernant les parents d'adolescentes souffrant de troubles alimentaires. Ils ont habituellement une histoire de problèmes de poids ou de préoccupations alimentaires plus élevées que les parents des groupes contrôles (Crisp, Harding et McGuiness, 1974; Kalucy, Crisp et Harding, 1977).

Quelques études ont examiné la psychopathologie parentale dans les familles avec une adolescente anorexique. Winokur et al. (1980) ont observé la présence de troubles affectifs deux fois plus souvent chez les parents d'adolescentes anorexiques que chez les parents du groupe contrôle. L'étude ne démontre pas si ces troubles affectifs se sont présentés avant l'apparition du trouble chez les adolescentes ou suite au développement de l'anorexie mentale. Crisp et al. (1974) ont observé que les parents développent plus de psychopathologies à suivre leur adolescente dans la lutte infernale au gain du poids donc en conséquence au trouble alimentaire.

Relation entre les Parents et l'Enfant

Les adolescentes qui souffrent d'un trouble alimentaire rapportent se sentir inconfortables avec leurs parents. Ainsi, elles se disent moins proches d'eux que les adolescentes non restrictives. Les adolescentes anorexiques rapportent une communication plus déficiente avec les parents (Calam et Slade, 1988) et perçoivent les deux parents comme étant moins attentifs et empathiques que les adolescentes du groupe contrôle (Calam et al., 1990). De plus, les adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire apparaissent moins acceptées et plus critiquées par leurs parents. Humphrey (1986) avance que les adolescentes anorexiques perçoivent toutes leurs parents comme étant plus rejetants, blâmant et négligents que les adolescentes non restrictives.

Certaines observations proviennent d'études sur les différents soins apportés dans l'enfance et sur les relations familiales actuelles chez les patientes souffrant de troubles alimentaires. Les études qui concernent les types de soins accordés durant l'enfance ont trouvé certaines différences entre les groupes cliniques et les groupes contrôles. À l'aide du «Parental Bonding Instrument», certaines études ont rapporté des scores plus bas au niveau

des soins parentaux (Calam et al., 1990; Palmer, Oppenheimer et Marshall, 1988; Steiger et al., 1989). Les scores ne révèlent aucune différence entre le groupe clinique et le groupe contrôle. Une étude récente utilisant le même instrument compare des adolescentes anorexiques avec un groupe contrôle et un groupe d'adolescentes souffrant de troubles psychiatriques (Russell et al., 1992). Les auteurs ont observé que les anorexiques rapportaient leur expérience de l'enfance d'une façon plus similaire aux adolescentes du groupe contrôle que du groupe d'adolescentes psychotropes.

Relation avec la mère

Bruch (1973) soutient que le centre du trouble de l'anorexie mentale est particulièrement relié à la relation entre la mère et l'enfant, la mère répondant de façon inadéquate aux besoins de sa fille. Les mères sont souvent considérées comme étant surinvesties, surprotectrices et exigeantes envers leurs filles (Humphrey, 1987; Selvini-Palazzoli, 1974, Slights et Richards, 1984). Pike et Rodin (1991) soutiennent que les mères des adolescentes anorexiques sont souvent plus critiques quant au poids et à l'apparence physique de leurs filles. Les besoins de l'enfant deviennent donc faiblement différenciés de ceux de la mère puisque l'enfant tente d'épouser ceux valorisés ou vécus par cette dernière (Bruch, 1973; Gordon, Beresin et Herzog, 1989). Même à l'adolescence, les besoins biologiques et psychologiques sont contaminés et la jeune fille est incapable d'accomplir les demandes développementales pour la séparation et l'individuation. Les écrits cliniques ont été très influents mais leur théorie est difficile à évaluer empiriquement en l'absence d'études longitudinales sur la relation parent-enfant (Eisler, 1993).

Une étude récente démontre que les jeunes filles qui entretiennent une relation saine avec les deux parents présentent moins de problèmes alimentaires au temps 1 de

l'expérimentation comme au temps 2 (Swarr et Richards, 1996). Passer du temps avec ses parents et percevoir la venue des changements physiques, associés à la puberté comme étant adéquats, sont reliés à des comportements alimentaires sains (Swarr et Richards, 1996).

La littérature clinique vise clairement le rôle de la mère dans le développement du trouble alimentaire de leur adolescente (Bruch, 1985; Goodsitt, 1983; Selvini-Palazzoli, 1974; Sugarman et Kurash, 1982). Malgré le peu de données sur l'importance du père, ceux-ci indiquent que le père joue un rôle significatif dans le développement du trouble alimentaire de l'adolescente (Humphrey, 1986, 1989; Lewis, 1986).

Relation avec le père

Le rôle du père dans la problématique du trouble alimentaire de l'adolescente a été pauvrement investigué dans les recherches et conséquemment à peine explicité dans la littérature spécialisée. Ainsi, cette carence contribue à la surévaluation de l'importance du rôle «dysfonctionnel» de la mère dans les recherches (Caplan et Hall-McCorquodale, 1985) et souligne l'importance d'explorer ainsi le rôle du père dans les pathologies infantiles et familiales (Phares, 1992; Phares et Compas, 1992).

Les études réalisées suggèrent que les adolescentes qui souffrent d'un trouble alimentaire vivent des difficultés dans leur relation avec leurs pères qui sont tout aussi significatives que celles vécues avec leurs mères (Humphrey, 1987). Lewis (1986) soutient que les adolescentes qui souffrent d'un trouble alimentaire perçoivent leurs pères comme moins affectueux, plus hostiles et plus agressifs que les adolescentes non restrictives. Lewis (1986) explique que le père est une importante source de support et d'identification pour sa fille. Lorsqu'il est non disponible, la jeune fille dépend entièrement de sa mère pour répondre

à ses besoins. Elle s'accroche donc à cette dernière qui en réponse, devient surinvestie et contrôlante envers sa fille. Lewis (1986) soutient que le lien symbiotique entretenu entre l'adolescente anorexique et sa mère résulte du manque d'attention et de support du père. Aussi, il est important, qu'à la période de l'adolescence, au temps où le corps de la jeune fille devient sexuellement mature, qu'elle se sente supportée et proche de son père (Lewis, 1986; Swarr et Richards, 1996). Certains pères peuvent se sentir inconfortables avec les changements associés à la puberté. Sans savoir comment composer avec cet inconfort, ils préfèrent se distancer de leurs filles. Cet auteur soutient que cette attitude est lourde de conséquences en ce sens que l'adolescente percevra les changements de son corps comme inacceptables ou disgracieux. Les pères qui demeurent près de leur fille pendant la période souvent difficile de la puberté influencent l'acceptation qu'elle va avoir de son corps. Cette acceptation sera intégrée et diminuera alors le risque, pour la jeune fille, de développer un trouble alimentaire (Lewis, 1986). Il semble donc que le partage de moments avec le père empêche l'adolescente de percevoir négativement les changements relatifs à la puberté.

En résumé, les études démontrent que la qualité des relations tant avec la mère qu'avec le père joue un rôle significatif dans le développement d'un trouble alimentaire. Malgré qu'une certaine relation soit établie, il est difficile de conclure que ces observations sont spécifiques à la pathologie de l'anorexie mentale à l'adolescence. Il est plus à propos de croire que ces lacunes dans les relations parents-enfant peuvent se retrouver dans un contexte plus global de la maladie chronique à l'adolescence.

Observation du Milieu Familial et des Modèles d'Interactions Spécifiques

L'étude des modes relationnels des familles d'adolescentes anorexiques soulève l'intérêt d'un grand nombre de chercheurs (Grigg, Friesen et Sheppy, 1989). Par la croyance que les symptômes d'anorexie sont à la fois maintenus par le système et entretiennent le système,

les théoriciens, praticiens et chercheurs voient les modes relationnels familiaux comme étant dysfonctionnels ou symptomatiques.

Plusieurs ouvrages se sont fixés comme objectif principal l'étude de l'association entre les modes comportementaux des familles et le trouble de l'anorexie mentale. Toutefois, le lien entre des modes relationnels spécifiques de ce genre de familles avec le développement et le maintien d'un comportement particulier chez l'adolescente anorexique, demeure encore imprécis (Grigg, Friesen et Sheppy, 1989).

Les modèles théoriques présentés servent à l'élaboration de trois types d'explications qui se centrent sur le rôle des interactions familiales dans le développement et le maintien des symptômes.

Modèles unidimensionnels

Les observations du milieu familial mettent en lumière divers aspects par différents auteurs. La description de la famille la plus commune est celle où les liens sont enchevêtrés, avec peu de frontières intergénérationnelles, où les conflits sont fuis et évités et où les mésententes conjugales sont cachées. Selvini-Palazzoli (1974) a mis l'emphase sur les besoins de la famille d'avoir une enfant docile et parfaite, ce que l'enfant incorpore dans sa perception de soi. Selvini-Palazzoli parle aussi de rigidité dans les modèles d'interaction dans la famille et d'un grand respect des rôles familiaux. L'auteure suggère que l'anorexie mentale est la manifestation des conflits familiaux et des conflits de loyauté entre la famille présente à ce jour et les parents ou grands-parents de la famille d'origine.

Selvini-Palazzoli (1970, 1974) a élaboré sa théorie selon la perspective de la théorie de la communication. Elle met l'accent sur des «patterns» familiaux qui sont en constant

état de tension et fréquemment sujets à de nombreuses argumentations. De plus, elle identifie des problèmes de communication majeurs, des problèmes de projection de blâmes, de déresponsabilisation et un taux élevé de conflits conjugaux comme étant associés à l'anorexie mentale. Elle définit le père comme étant absent ou distant en complément à une mère surinvestie et dominante. Le désir de garder secret les problèmes familiaux pour donner une image de famille parfaite a été aussi observé comme étant un «pattern» répétitif caractéristique des familles symptomatiques qu'elle a étudiées.

Le portrait le plus complet en ce sens vient des travaux de Minuchin et de ses collègues (Minuchin et al., 1975, 1978). Ces derniers ont développé un modèle nommé «famille psychosomatique» dans lequel les familles d'adolescentes anorexiques font partie. Ce modèle est constitué de trois facteurs. Le premier soutient que l'enfant est physiologiquement vulnérable. Ainsi, ils croient que certains facteurs biologiques jouent un rôle dans l'étiologie du trouble alimentaire. Le deuxième est que la famille de l'enfant se définit par quatre caractéristiques communes: le contrôle, la surprotection, la rigidité et l'absence de résolution de conflits. Selon les auteurs, aucune de ces caractéristiques ne peut à elle seule initier le trouble de l'anorexie, mais elles peuvent encourager la somatisation chez les enfants qui proviennent de ces familles.

Selon Minuchin et al. (1978), le contrôle excessif des parents auprès de l'enfant entraîne chez ce dernier des difficultés à fonctionner de façon individuelle et autonome. De plus, la surprotection parentale retarde chez l'enfant le développement d'intérêts et d'activités extrafamiliaux qui l'aideraient à acquérir une autonomie personnelle. Une trop grande rigidité de la part des parents encourage le statu quo. Les auteurs postulent que la présence de ces caractéristiques au sein d'une même famille entraîne un manque d'habiletés à résoudre les conflits qui se traduit par l'évitement de ces derniers (Minuchin et al., 1978). Les conflits

non résolus se manifestent régulièrement et contribuent à perpétuer le système familial d'évitement des problèmes et à compromettre définitivement leur résolution.

Le troisième est que la maladie de l'enfant joue un rôle important dans le modèle familial d'évitement de conflits. Ce rôle constitue aussi une importante source de renforcements pour les symptômes de l'enfant qui se sent souvent la cause des tensions familiales (Minuchin et al., 1975).

Les explications des modèles unidimensionnels, quoique suggérant des pistes de recherches intéressantes, ont toujours été difficilement prouvées empiriquement puisqu'il est difficile d'en dégager un consensus compte tenu de divers aspects méthodologiques: la composition des groupes, l'âge moyen des sujets, les critères diagnostiques utilisés, l'âge d'apparition du trouble, la durée du trouble, les antécédents de la famille et la source des renseignements recueillis qui n'ont pas toujours fait l'objet d'une cueillette de données systématique. Ainsi, ils devraient être utilisés prudemment (Grigg, Friesen et Sheppy, 1989).

Modèles bidimensionnels

Sous l'angle d'une perspective développementale, Strober et Yager (1985) ont noté une variabilité dans les constellations familiales associées à l'anorexie mentale. Pour les auteurs, deux modèles familiaux se retrouvent fréquemment chez les familles anorexiques avec lesquelles ils travaillent. Un modèle est caractérisé par un processus centripète qui se définit par une cohésion excessive entre les membres. Dans cette modélisation, les relations familiales se définissent par un manque de permissivité, d'une expression réduite des émotions de même qu'un appauvrissement des contacts extrafamiliaux.

À l'opposé, le second modèle familial, élaboré par les auteurs, se caractérise par un processus centrifuge. Les relations familiales sont ainsi définies par un manque de cohésion et d'attachement entre les membres. Les chercheurs notent que les interactions centrifuges se caractérisent par la menace d'abandon, une dépendance excessive et l'expression d'insatisfactions. L'aspect prédominant de ce type de famille est l'absence fréquente de contrôle dans les relations familiales. En effet, les conflits conjugaux s'expriment ouvertement.

Modèles multidimensionnels

Garner (1982, 1985) reprend les principaux éléments théoriques des différents auteurs et postule que l'anorexie mentale est un trouble multidimensionnel où différentes variables interagissent les unes avec les autres. Pour lui, la prémissse de base que «la minceur est un état hautement désirable» allège l'état de détresse et régit le comportement anorexique (Garfinkel et Garner, 1982; Garner et Bemis, 1982; Garner et Garfinkel, 1985).

Garfinkel et Garner (1982) suggèrent que les familles des adolescentes anorexiques forment un groupe hétérogène. Pour ces auteurs, il n'y a pas de portait type des relations familiales, ni de structure familiale spécifique à l'anorexie mentale. Ainsi, de leur point de vue, il existe une pluralité de facteurs de risques ou de difficultés reliées à la famille qui prédisposent une enfant à l'anorexie mentale. Garfinkel, Garner et Kennedy (1985) observent certaines difficultés communes dans les modèles d'interactions familiales avec une enfant anorexique. Ainsi, des difficultés au niveau de la communication, de l'expression affective et des attentes de performance sont dégagées. Les auteurs maintiennent cependant le caractère distinctif de chacune des familles étudiées.

Une étude récente effectuée par Eisler (1993), appuie les conclusions émises par Garner (1982, 1985) et Garfinkel et Garner (1982). Cet auteur perçoit la famille tel un système social complexe. La variété de caractéristiques familiales sont vues comme participant à un système d'interactions de facteurs dans lesquels les troubles alimentaires sont incorporés (Eisler, 1993). La causalité est perçue comme étant circulaire plutôt que linéaire. Les observations du milieu familial marquent une distinction entre la notion de la famille telle une cause du trouble (concept linéaire) et la famille telle un contexte du trouble. À cause des interactions constantes entre les différentes composantes du système familial, les causes et les effets sont difficiles à distinguer.

Les observations du système familial de Selvini-Palazzoli, Minuchin, Strober et Yager et les autres sont cliniquement convaincantes mais l'évidence empirique du support de ses observations est considérablement limitée. L'hypothèse de l'étiologie multiple (Eisler, 1993; Garfinkel et Garner, 1982) dans laquelle la famille peut jouer un rôle important mais non prédictible est plus vraisemblable.

Conclusion

La croyance qu'il existe un type particulier de constellations familiales ou un style de fonctionnement familial invariablement associé aux troubles alimentaires est difficile à soutenir. Les familles des anorexiques varient considérablement et ne se conforment pas à un seul modèle. En comparaison avec les familles non cliniques, il existe quelques différences, mais elles sont moins prononcées et moins influentes que la littérature clinique le laisse croire a priori.

La majorité des différences observées l'ont été dans des échantillons cliniques. L'explication la plus simple à cet effet est que les différences observées seraient des

conséquences plutôt que des causes du trouble alimentaire. Les relations et le style de fonctionnement familial ne sont pas des entités statiques mais ils évoluent dans les constantes interactions entre les membres de la famille. Ceci est tout aussi vrai pour la relation parent-enfant. Le trouble alimentaire ne peut donc pas être produit que par la personnalité, l'attitude ou les besoins des parents mais également par la réponse de l'enfant.

Certaines similarités que l'on observe ne sont pas nécessairement spécifiques au trouble mais sont probablement des caractéristiques des familles qui vivent aussi de la maladie chronique ou toute autre forme de psychopathologie. D'autres caractéristiques communes sont peut être le résultat des demandes avec lesquelles toutes les familles ont à composer tel le processus de séparation-individuation.

Dans la présente étude, seule la dimension du soutien familial est examinée. Malgré que plusieurs études aient poursuivi l'objectif de décrire les patterns spécifiques d'interaction, peu mettent l'emphase sur l'étude de cette variable auprès d'une population sous-clinique.

Le Réseau Social

Les Changements au Niveau Social à l'Adolescence

L'adolescence est la période toute désignée pour acquérir une autonomie et une indépendance personnelles. L'adolescente doit se séparer de ses parents pour s'affirmer en tant qu'individu en développant sa propre identité. Cette notion d'identité s'étend à plusieurs domaines: personnel, social et sexuel. La période de l'adolescence est particulièrement importante pour l'acquisition d'une identité de genre ainsi que les rôles sexuels qui lui sont appropriés socialement. L'adaptation de l'adolescente à ses nouveaux rôles ne survient pas

sans difficultés. C'est un processus qui s'étend sur plusieurs années et qui implique, pour cette dernière, un va-et-vient constant entre l'enfance et la maturité.

Le support social a un impact direct sur le développement à l'adolescence et sur le bien-être global. Ainsi, les relations avec les pairs peuvent constituer une protection contre l'impact des événements de vie stressants (Aro, Hänninen, et Paronen, 1989).

Plusieurs chercheurs ont porté une attention particulière à l'impact des relations sociales sur la santé mentale des gens (Aro, Hänninen, et Paronen, 1989). Les recherches qui se penchent sur l'importance du réseau social dans la pathologie adolescente sont toutefois peu nombreuses. Quelques études ont démontré une association entre les relations sociales et la santé mentale des adolescents mais la place que cette relation occupe en termes de causalité est controversée (Broadhead, Kaplan, James, Wagner, Schoenbach, Grimson, Heyden, Tibblin, et Gehlbach, 1983).

Le Réseau Social des Adolescentes Souffrant d'Anorexie Mentale Primaire

Les études sur les conséquences sociales des troubles de l'alimentation arrivent à des conclusions souvent contradictoires. Steinhausen, Rauss-Mason et Seidel (1991), dans leur revue des principales études sur l'anorexie mentale, ont conclu que l'adaptation psychosociale semble être l'un des facteurs le plus difficile à évaluer de façon empirique.

Les conséquences sociales de la privation alimentaire sont multiples. Dans leur étude, les auteurs Keys, Broze et Henschel (1950) en avaient déjà proposé plusieurs. L'apathie et le retrait social sont deux caractéristiques communes rencontrées chez les sujets. La spontanéité, les intérêts, les habiletés sociales et les responsabilités prennent un second

rang derrière la préoccupation pour l'alimentation. Les auteurs notent aussi une baisse du désir et des activités sexuelles. La diminution des capacités physiques décroît rapidement et même après une réhabilitation, elles prennent un certain temps à se rétablir.

Certaines conséquences des troubles alimentaires au niveau de la vie sociale peuvent être le résultat de caractéristiques de la personnalité de l'adolescente anorexique. Ainsi, ces conséquences se trouvent accentuées par le trouble alimentaire (Schmidt, Tiller et Morgan, 1995). Les adolescentes anorexiques présentent certaines ressemblances au niveau des traits de la personnalité. Ainsi, le déni du trouble, l'obstination à la poursuite de la maigreur et la surnoiserie pour camoufler leur réalité anorexique sont de ces traits de la personnalité qui viennent créer un manque de confiance, de l'hostilité, des frustrations et un sentiment d'outrage chez ceux qui sont près de l'adolescente anorexique, incluant ceux qui travaillent au rétablissement de cette dernière (Morgan, 1975; Vanderlinden et Vandercycken, 1993).

Aussi, les stratégies d'adaptation inadéquates et le manque d'habiletés à la résolution de problèmes contribuent directement à la détérioration du fonctionnement social rencontrée chez les patientes anorexiques (Soukup, Beiler et Terrell, 1990). Les adolescentes qui souffrent d'anorexie mentale utilisent plus de mécanismes de défense immatures que les adolescentes non anorexiques (Steiger et Houle, 1991; Steiger et al., 1989, 1990; Steiner, 1990). Ces derniers sont associés au développement de pauvres mécanismes d'adaptation à l'âge adulte (Vaillant, Bond et Vaillant, 1986) et contribuent ainsi à la détérioration du fonctionnement social.

L'évaluation de la qualité de vie inclut l'évaluation du fonctionnement physique, psychologique et social. Treasure, Schmidt et Keiler (1992), dans une étude sur la qualité de vie des adolescentes anorexiques, boulimiques et des élèves du secondaire, ont comparé, à

l'aide de mesures auto-évaluatives, leur perception de leur qualité de vie respective. Les deux groupes d'adolescentes anorexiques et boulimiques ont démontré significativement plus de détérioration de leur qualité de vie que le groupe contrôle. Le plus haut niveau de détérioration a été observé dans le domaine psychosocial (réactions émotionnelles inadéquates et isolement social) avec des perturbations additionnelles au niveau de l'énergie et du sommeil. De plus, les adolescentes des deux groupes cliniques ont rapporté souffrir aussi de difficultés dans leur vie courante. Les anorexiques rapportent plus de problèmes avec leur vie à la maison, leur vie sociale et leurs relations intimes (Treasure, Schmidt et Keilen, 1992).

Quelques études ont évalué le support social chez les adolescentes aux prises avec un trouble alimentaire. L'une d'entre elles, effectuée auprès d'un échantillon d'étudiantes, n'a pas trouvé de différences entre les adolescentes anorexiques et les adolescentes non anorexiques quant au niveau de support social rapporté (Jacobson et Robins, 1989). Dans une autre étude cependant, ils ont observé un réseau social plus restreint et un niveau plus faible de support émotionnel et pratique que chez le groupe contrôle (Tiller et al., 1995). D'autres auteurs soutiennent que le support social, tant au plan quantitatif que qualitatif, est identifié comme l'un des facteurs prédictifs de l'établissement du trouble alimentaire (Davis, Olmstead et Rockert, 1992; Keller et al., 1992). Ainsi, pour certaines adolescentes, les conséquences du trouble alimentaire sur leur vie sociale peuvent servir à perpétuer les conditions nécessaires au maintien du trouble. Les perturbations du fonctionnement social agissent donc dans le maintien du trouble alimentaire.

Conclusion

Les différentes recherches démontrent que les séquelles des troubles alimentaires sur la vie sociale sont des conséquences de la restriction alimentaire et de l'anormalité du poids autant que des effets indirects de certaines psychopathologies sous-jacentes et des caractéristiques de la personnalité. La contribution relative des différents mécanismes dans les séquelles sur la vie sociale des anorexiques reste peu expliquée. Toutefois, il semble que les différentes caractéristiques de la personnalité des adolescentes anorexiques ou boulimiques peuvent mener à une minimisation ou une exagération des conséquences du trouble sur leur vie sociale. Les adolescentes anorexiques sont timides et évitantes (Piran et al., 1988) tandis que généralement les boulimiques dramatisent et exagèrent leurs difficultés (Levin et Hyler, 1986). Les adolescentes qui, de plus, sont déprimées vont avoir une perception plus négative de leur fonctionnement social comparativement aux autres.

L'intérêt de l'étude au regard de cette variable est de vérifier si le soutien social des adolescentes restrictives de l'échantillon sous-clinique semble aussi déficitaire que celui décrit pour les adolescentes anorexiques.

Objectifs de la recherche

L'objectif général de cette étude consiste à vérifier si un ensemble de facteurs relié à l'anorexie mentale primaire à l'adolescence est associé à des attitudes alimentaires restrictives chez une population sous-clinique de milieu scolaire.

Cette recherche vise à vérifier les objectifs spécifiques suivants:

- 1) Vérifier si les variables attitudes alimentaires, estime de soi, dépression, image corporelle, soutien familial, événements de vie stressants, maturation pubertaire, perception de contrôle et réseau social rendent bien compte d'une différence entre les adolescents et les adolescentes: une différence devrait être associée au genre.
- 2) Examiner si ces mêmes variables peuvent être associées au développement de l'anorexie mentale primaire chez les adolescentes d'une population sous-clinique: les variables devraient permettre de distinguer les adolescentes restrictives des non restrictives.
- 3) Examiner si certaines de ces variables peuvent prédire un score élevé à l'échelle des attitudes alimentaires à l'adolescence.

Méthode

Participants

Les sujets proviennent d'une école secondaire de la Rive-sud de Montréal. Les niveaux de scolarité s'étendent de la première à la cinquième secondaire. De façon à étudier un échantillon le plus représentatif de la population adolescente, deux classes d'appoint 3 (adaptation scolaire) ont été inclus dans l'échantillonnage. La participation des sujets était volontaire; l'auteure s'est assurée de leur consentement éclairé et celui de leurs parents. L'échantillon comptait 163 adolescents âgés entre 12 et 17 ans ($M = 14$ ans; 91 filles et 72 garçons).

Afin de procéder à des comparaisons entre les groupes restrictif et non restrictif de l'échantillon, une évaluation des participants sur la variable «attitudes alimentaires» à l'aide des scores à l'Échelle des attitudes alimentaires (EAT-26), a été effectuée. Un score de coupure supérieur ou égal à 20 permettait de considérer les attitudes alimentaires comme étant pathologiques. Le groupe des restrictifs est constitué de 13 filles et de 1 garçon. Le participant de sexe masculin a été exclu de façon à favoriser l'homogénéité de l'échantillon qui reflète la réalité de la problématique des troubles alimentaires vécus en grande majorité par les adolescentes. Le groupe des non restrictifs a, quant à lui, été apparié selon les critères suivants: (1) l'âge, (2) le niveau scolaire et (3) le score au EAT-26 en dessous du seuil de coupure de 20.

Finalement, vingt-six adolescentes ont formé l'échantillon de la présente recherche. Cet échantillon représente une population sous-clinique d'anorexiques. Le nombre

correspond à la prévalence sous-clinique d'anorexie mentale observé par Bolduc, Steiger et Leung (1993) dans leur étude auprès de 1162 filles de niveau secondaire de la région de Montréal. L'âge moyen des adolescentes est de 14 ans (écart type = 1.46; étendue = 12 à 17 ans). Deux groupes sont formés respectivement de 13 adolescentes restrictives et de 13 adolescentes non restrictives.

Déroulement

Les participants ont été rencontrés au début de leur année scolaire. Ils ont complété les questionnaires dans le cadre de cours réguliers. Le temps alloué pour la passation des questionnaires était de 75 minutes.

Instruments de Mesure

Le «*Eating Attitudes Test*» (EAT-26), traduit et validé auprès d'une population québécoise francophone (Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault et Gottheil, 1994), est un outil de dépistage de l'anorexie et de la boulimie nerveuses, couramment utilisé auprès de populations cliniques et non cliniques (Leichner et al., 1994). Cet instrument d'auto-évaluation compte 26 items qui forment trois sous-échelles: (1) la diète, qui comprend des items reliés à la préoccupation concernant la minceur, (2) la boulimie qui regroupe des items qui évaluent les comportements boulimiques, tels que orgies alimentaires, les vomissements provoqués et les purgations; et (3) le contrôle oral, regroupant des items reliés aux phénomènes observés chez les patientes qui souffrent d'anorexie. Berland et al. (1986) ont examiné la relation entre la version abrégée du EAT (EAT-26) et l'échelle originale (EAT-40) (Garner et Garfinkel, 1979). Ils ont conclu que le EAT-26 est un substitut fiable et pratique du EAT-40.

Un score égal ou supérieur à 20 permet de considérer les attitudes alimentaires comme pathologiques. Les études ayant utilisé le EAT-26 auprès de populations adolescentes non cliniques rapportent une sensibilité de 88.1%, une spécificité de 96.1%, ainsi qu'une valeur de prédiction positive de 53% (Mann et al., 1983). Williams (1987) propose d'utiliser le EAT-26 en tant qu'instrument de dépistage plutôt que de diagnostic lorsque administré à une population non clinique.

L'étude de Leichner et al. (1994) auprès d'une population québécoise francophone a démontré une bonne sensibilité (89%) du EAT-26 pour détecter les cas de pathologie et un bon degré de spécificité (89.9%). La valeur prédictive positive est de 85,9%. Son coefficient de consistance interne pour le score global est de .86 pour la version francophone. Les coefficients des sous-échelles sont respectivement de .85 (régime), .62 (boulimie), et de .54 (contrôle oral). Ces résultats sont du même ordre que ceux de l'étude de Garner et ses collègues (1982).

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) (Beck, 1978; Bourque et Beaudette, 1982) est une mesure auto-évaluative largement utilisée auprès de populations cliniques comme auprès de populations normales. Cet instrument a été validé et recommandé pour évaluer la dépression chez les patientes qui souffrent de troubles alimentaires (Argus, 1987; Pulos, 1996). Cet instrument a aussi fait preuve de bonnes qualités psychométriques auprès d'adolescents francophones (Baron et Laplante, 1984).

Cette mesure auto-évaluative comporte 21 items. Chaque item offre un choix de quatre réponses, cotées selon une échelle de sévérité de 0 à 3. Les scores de chaque item sont additionnés. Un score total élevé reflète un niveau de dépression plus sévère. Le score total peut se situer entre 0 et 63. Les données normatives suggèrent les catégories de niveau de

sévérité suivantes: absence de dépression, 0 à 9; dépression légère, 10 à 15; dépression modérée, 16 à 23 et dépression sévère, 24 et plus (Burns et Beck, 1978). Les items mesurent les dimensions affectives, cognitives, comportementales et somatiques de la dépression. Un score de coupure de 16 permet de déterminer la présence ou l'absence de dépression d'une intensité clinique dans un échantillon scolaire avec un degré de sensibilité de 100% et un degré de spécificité de 93.2% (Baron et Laplante, 1984). Son coefficient de consistance interne est de .87 (Teri, 1982b).

Le *Questionnaire des événements de vie stressants (QEVS)* est une traduction du «*Life Events Questionnaire*» (LEQ); il a été développé par Newcomb et al. (1981) à partir d'un échantillon de 1 000 adolescents. Il contient 39 items qui décrivent différents événements vécus par les adolescents et pouvant être générateurs de stress (ex.: le divorce des parents, une mortalité dans la famille, une relation amoureuse, etc.). L'adolescent doit évaluer d'abord jusqu'à quel point chaque item le rendrait «heureux» ou «malheureux» à l'aide d'une échelle cotée de la façon suivante: (1) très malheureux, (2) malheureux, (3) neutre, (4) heureux, (5) très heureux. Ensuite, le répondant doit indiquer, sur une échelle dichotomique, si chaque événement qui lui est particulier est arrivé dans la dernière année (oui, non) ou s'il est arrivé il y a plus de un an (oui, non).

Newcomb, Huba et Bentler (1981) ont rapporté des coefficients de consistance interne variant entre .36 et .58 quant aux trois évaluations. Baron et al. (1991) ont adapté et validé la version française du LEQ, auprès d'une population d'adolescents francophones. Selon ces auteurs, le LEQ présente les qualités psychométriques pouvant justifier son utilisation auprès d'adolescents francophones.

Le *Questionnaire des croyances personnelles (QCP)* est une version française du «*Survey of Personal Beliefs*» (SPB) de Howard Kassinove et Andrew Berger (1988). Le QCP constitue une mesure auto-évaluative de la pensée irrationnelle élaborée selon le modèle émotivo-rationnel. Ce questionnaire comporte 50 items, lesquels sont divisés en cinq catégories de croyances irrationnelles: (1) la dramatisation, (2) les devrait-dirigés-vers-soi, (3) les devrait-dirigés-vers-les-autres, (4) la faible tolérance à la frustration, et (5) la valeur personnelle. Une échelle de type Likert en 6 points est utilisée et fournit un score global d'irrationnalité. Le répondant indique son accord avec chacun des énoncés selon une échelle de 1 (totalement en accord) à 6 (totalement en désaccord). Un score pour chaque sous-échelle est obtenu en additionnant les scores de (1-6) de chaque item de celle-ci, de même qu'un score total est obtenu en additionnant les scores de l'ensemble des sous-échelles. Ainsi, l'avantage de cet instrument de mesure est qu'il fournit de l'information sur les différentes catégories de croyances irrationnelles. Il donne également un score global d'irrationalité. Un score élevé au QCP indique un faible niveau de croyances irrationnelles.

Pour les différentes catégories, les coefficients de consistance interne se situent entre .57 et .72 tandis qu'un coefficient de .89 a été obtenu pour l'échelle globale (Demaria, Kassinove et Dill, 1989). Le QCP a été utilisé par Marcotte et Baron (1993) auprès d'une population adolescente. Le coefficient de consistance interne qu'ils ont obtenu s'est montré satisfaisant (.75).

L'échelle de sphères de contrôle de Paulhus (1993) est une mesure auto-évaluative de la perception de contrôle. La version originale de Paulhus et Christie (1981) a été validée auprès d'une population d'étudiants universitaires et répond aux critères de cohérence interne de façon satisfaisante (alpha de Cronbach entre .75 et .83). La version française de Garant et Alain (1992) présente des qualités psychométriques quasi semblables à la version originale (coefficient alpha de .82).

L'échelle comporte 30 énoncés de style affirmatif (ex.: «Tout est possible pour moi si je le veux vraiment.») dont les réponses sont recueillies et compilées à l'aide d'une échelle allant de 1 (pas du tout) à 7 (toujours). Un résultat élevé révèle une plus grande perception de contrôle.

Le *Questionnaire de Rosenberg* (1989) est une mesure auto-révélée de l'estime de soi. Cet instrument, largement utilisé dans la recherche auprès de la population adolescente, comporte dix items pour lesquels le répondant indique son accord sur une échelle en quatre points: (1) tout à fait d'accord, (2) d'accord, (3) en désaccord, et (4) tout à fait en désaccord. Son indice de fidélité se situe à .93.

L'*Échelle de soutien familial et social (PSS)* de Procidano et Heller (1983) a mesuré le soutien familial. Cet instrument a été traduit et adapté par Sicotte et Marcotte (1995). Cette mesure auto-évaluative comporte 20 items cotés à l'aide d'une échelle allant de «tout à fait vrai» à «tout à fait faux». Son indice de fidélité dans la version originale est de .90 tandis qu'il se situe à .94 pour la version traduite et validée auprès d'adolescents québécois (Sicotte, 1998).

Le *Questionnaire du Réseau social du jeune et déviance des pairs* est une traduction du «*Inventory of Social Support*» (Sandler et al., 1984), adapté par Larose (1992). Cet instrument permet d'identifier les caractéristiques structurelles du réseau de soutien social du jeune (le nombre total de personnes constituant son réseau) ainsi que les caractéristiques qualitatives du réseau (stabilité, disponibilité, pouvoir, attachement).

L'*Échelle de Développement Pubertaire (EDP)* est une traduction du «*Pubertal Development Scale*» de Petersen, Crockett, Richards et Boxer (1988). Cette échelle est l'un

des instruments descriptifs le plus fréquemment employé pour mesurer le développement pubertaire. Cette échelle est une mesure auto-évaluative composée de cinq items pour lesquels l'adolescent doit indiquer son niveau de développement d'une caractéristique sexuelle sur une échelle allant de 1 (pas encore débuté) à 4 (semble complétée). Les indices retenus à la base de la classification des items sont: la poussée de la pilosité corporelle, la croissance des seins et les menstruations pour les filles; et la poussée de la pilosité faciale et corporelle et les changements de la voix pour les garçons. Deux versions sont disponibles selon que l'on évalue des filles ou des garçons. Brooks-Gunn et al. (1987) rapportent un coefficient alpha de consistance interne variant de .62 à .76 pour les enfants de 11 à 13 ans. La version traduite et validée de l'Échelle de Développement Pubertaire (Verlaan, Cantin et Boivin, soumis pour publication) rapporte des coefficients alpha qui varient de .56 à .67 pour les filles et de .57 à .77 pour les garçons. Ces coefficients alpha sont comparables à ceux obtenus par Brooks-Gunn et al. (1987). Les cinq catégories de classement sont: prépuberté, début de la puberté, puberté intermédiaire, pubertaire avancée, pubertée complétée.

L'Échelle de l'Image Corporelle «Offer Self-Image Questionnaire» de Offer, Ostrov et Howard (1981) est bien connue et couramment utilisée comme instrument auto-évaluatif chez les adolescents.

Présentation des résultats

Ce chapitre a pour objet la présentation des résultats et se subdivise en trois sections. La première regroupe les données qui indiquent la différence entre les sexes relativement aux variables expliquées précédemment. La deuxième section présente les analyses cherchant à prédire l'appartenance à un groupe restrictif ou non en partant de la connaissance de variables. Finalement, la troisième partie révèle, parmi les variables étudiées, les facteurs prédicteurs d'un comportement alimentaire restrictif à l'adolescence.

Au départ, l'échantillon compte 163 participants (91 filles et 72 garçons) dont l'âge moyen est de 14.34 (é.t. = 1.38). Les filles sont âgées en moyenne de 14.25 (é.t. = 1.32). L'âge moyen des garçons est de 14.44 (é.t. = 1.45) (voir tableau 4).

Tableau 4

Distribution des sujets
selon le sexe et l'âge

Sexe	Âge		
	n	\bar{X}	é.t.
Filles	91	14.25	1.32
Gars	72	14.44	1.45
Total	163	14.34	1.38

Différences entre les Garçons et les Filles

Les résultats de l'analyse des différences de moyennes entre les sexes (voir tableau 5) confirment certaines distinctions significatives entre les adolescents et adolescentes de

l'échantillon global sur les variables comportement alimentaire, estime de soi, dépression, image corporelle, événements de vie stressants, maturation pubertaire, perception de contrôle (contrôle sociopolitique), réseau social (sexe de l'ami,e, partage des confidences, conflits avec les membres, disponibilité).

Tableau 5

Résultats des analyses de moyennes et des écarts types selon le sexe des sujets

Variables	Total (N = 163)		t
	Filles (n = 91)	Garçons (n = 72)	
Attitudes alimentaires	10.05 (11.16)	4.10 (4.89)	4.57***
Estime de soi	29.82 (5.02)	33.03 (5.02)	4.05***
Dépression	11.57 (8.61)	6.43 (6.26)	4.41***
Image corporelle	26.91 (6.00)	32.06 (5.37)	5.69***
Soutien familial	84.49 (19.41)	84.75 (19.32)	.08
Événements de vie stressants			
(- 1 an)	1.92 (1.97)	1.25 (1.60)	2.35*
(+ 1 an)	2.13 (1.55)	1.57 (1.51)	2.33*
(Total)	4.05 (2.70)	2.82 (2.25)	3.12**

Tableau 5 (suite)

Résultats des analyses de moyennes et des écarts types selon le sexe des sujets

Variables	Total (N = 163)		t
	Filles (n = 91)	Garçons (n = 72)	
Croyances irrationnelles			
Dramatisation (Drama)	23.75 (4.58)	25.15 (6.45)	1.56
Devrait dirigés vers soi (Shelf)	25.73 (6.70)	27.78 (7.03)	1.90
Devrait dirigés vers les autres (Shaut)	31.81 (4.68)	30.39 (5.01)	1.87
Faible tolérance à la frustration (Toler)	27.65 (6.11)	29.26 (6.23)	1.66
Valeur personnelle (Valpr)	31.55 (7.43)	30.50 (6.83)	.93
Perception de contrôle			
Contrôle personnel	47.36 (7.62)	48.29 (8.84)	.71
Contrôle interpersonnel	46.56 (10.48)	47.80 (10.02)	.76
Contrôle sociopolitique	33.73 (6.82)	37.79 (8.82)	3.29***

Tableau 5 (suite)

Résultats des analyses de moyennes et des écarts types selon le sexe des sujets

Variables	Total (N = 163)		t
	Filles (n = 91)	Garçons (n = 72)	
Réseau social			
Sexe de l'ami,e	1.66 (0.18)	1.29 (0.23)	11.22***
Statut de l'ami,e	3.06 (0.50)	3.12 (0.67)	.68
Âge de l'ami,e	2.42 (0.32)	2.33 (0.35)	1.53
Nombre de rencontres/sem.	2.96 (0.53)	3.05 (0.59)	.93
Durée de la connaissance de l'ami,e	3.69 (0.40)	3.70 (0.51)	.16
Partage des confidences et et des secrets	3.26 (0.61)	2.81 (0.86)	3.62***
Conflits avec les membres	2.25 (0.61)	1.96 (0.62)	2.83**
Satisfaction de la relation	4.01 (0.60)	3.92 (0.81)	.80
Disponibilité	3.69 (0.79)	3.34 (0.99)	2.48**
Meilleur,e ami,e	0.32 (0.16)	0.28 (0.23)	1.20

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

L'analyse de différence de moyenne sur la variable «comportement alimentaire» confirme la différence significative entre les sexes ($t(129.28) = 4.57, p < .000$). De concert avec les données épidémiologiques des recherches antérieures, les adolescentes démontrent significativement plus de comportements alimentaires problématiques ($M = 10.05$, é.t. = 11.16) que les adolescents ($M = 4.10$, é.t. = 4.89). La variable «estime de soi» présente aussi des différences au regard des sexes ($t(161) = 4.05, p < .000$). Ainsi, les filles démontrent une estime de soi plus faible ($M = 29.82$, é.t. = 5.02) que les garçons ($M = 33.03$, é.t. = 5.02). Tel qu'entendu, les résultats vont dans le même sens que ceux des différentes recherches dans le relevé de la documentation. Les filles se montrent plus déprimées ($M = 11.57$, é.t. = 8.61) que les garçons ($M = 6.43$, é.t. = 6.26). Ainsi, une différence significative entre les sexes ($t(159.94) = 4.41, p < .000$) est reconnue dans l'explication de la variable «dépression». La perception de l'image corporelle est différente selon qu'il s'agit du sexe féminin ou masculin à l'adolescence ($t(161) = 5.69, p < .000$). En effet, la perception qu'ont les filles de leur image corporelle est plus négative ($M = 26.91$, é.t. = 5.99) que les garçons ($M = 32.06$, é.t. = 5.37).

Globalement, les adolescentes étudiées vivent plus d'événements de vie stressants ($M = 4.05$, é.t. = 2.70) que les adolescents ($M = 2.82$, é.t. = 2.25). Ainsi, la variable «événements de vie stressants (total)» diffère significativement selon les sexes à l'adolescence ($t(161) = 3.12, p < .002$). En ce qui concerne les événements de vie stressants vécus il y a moins d'un an, la même différence significative est démontrée ($t(161) = 2.35, p < .02$). En effet, les adolescentes interrogées ont vécu plus d'événements de vie stressants au courant de la dernière année ($M = 1.92$, é.t. = 1.97) que les garçons ($M = 1.25$, É.T. = 1.60). Une différence significative s'observe entre les sexes et s'applique à la variable «événements de vie stressants (+ de 1 an)» ($t(161) = 2.33, p < .02$). Les filles ont rapporté avoir vécu, il y a plus d'un an, davantage d'événements de vie stressants ($M = 2.13$, é.t. = 1.55) que les adolescents ($M = 1.57$, é.t. = 1.51).

Pour la variable «perception de contrôle», on observe qu'une seule des trois sous-échelles (contrôle sociopolitique) révèle une différence significative entre les sexes ($t(159) = 3.29$, $p < .001$). Ainsi, les filles affirment qu'elles contrôlent moins leur environnement social et politique ($M = 33.73$, $\text{é.t.} = 6.82$) que les adolescents ($M = 37.79$, $\text{é.t.} = 8.82$). La variable «réseau social» présente une différence significative entre les adolescents et les adolescentes sur la sous-échelle «sexe de l'ami,e» est observée ($t(153) = 11.22$, $p < .000$). Ainsi, les filles entretiennent davantage des amitiés avec le sexe féminin ($M = 1.66$, $\text{é.t.} = .18$) et les adolescents avec le sexe masculin ($M = 1.29$, $\text{é.t.} = .23$). Les résultats à la sous-échelle «partage des confidences et des secrets» montrent des différences significativement révélatrices d'une différence de genre ($t(113.79) = 3.62$, $p < .000$). En effet, la base des relations amicales féminines repose davantage sur le partage de leur intimité ($M = 3.26$, $\text{é.t.} = .61$) que les garçons ($M = 2.81$, $\text{é.t.} = .86$). La variable «conflits entre les membres» ressort comme étant différente selon le sexe des participants ($t(154) = 2.83$, $p < .005$). Ainsi, les adolescentes vivent davantage de conflits interpersonnels ($M = 2.25$, $\text{é.t.} = .61$) que les adolescents ($M = 1.96$, $\text{é.t.} = .62$). Finalement, la variable «disponibilité» affiche des résultats différents selon le sexe des participants ($t(154) = 2.48$, $p < .01$). Les filles considèrent que leurs amies sont plus disponibles pour leur offrir du support social ($M = 3.69$, $\text{é.t.} = .79$) que les garçons ($M = 3.34$, $\text{é.t.} = .99$).

Différence entre les Groupes Restrictif et Non Restrictif

Par le score des participants au EAT-26, deux groupes ont été formés. Le groupe des non restrictifs compte 149 adolescents (78 filles et 71 garçons). Le groupe des restrictifs a été formé de participants ayant atteint un résultat à l'Échelle d'Attitudes Alimentaires (EAT-26) supérieur au score de coupure (> 20) qui détermine la présence d'attitudes alimentaires problématiques. Ainsi, 14 participants (13 filles et 1 garçon) se sont démarqués. Ces résultats

sont en accord avec la documentation au regard de la surreprésentation féminine dans les problématiques alimentaires.

De façon à obtenir des groupes représentatifs de la population à risque (celle susceptible de développer des troubles alimentaires) et ainsi de mettre à l'épreuve la deuxième hypothèse de la présente recherche, nous avons constitué deux sous-groupes formés respectivement de 13 adolescentes.

Le tableau 6 démontre que pour les deux groupes à l'étude, soit les restrictives et non restrictives, une majorité des adolescentes proviennent d'un milieu de vie correspondant à la famille nucléaire typique. Ainsi, 8.5% des adolescentes dites restrictives et non restrictives vivent en présence de leurs deux parents.

Tableau 6

Distribution des filles selon leur score au EAT-26
et leur milieu de vie

Score EAT-26	Restrictives			Non restrictives		
	N	%	% Cum	N	%	% Cum
Milieu de vie						
1. 2 parents	8	61.54%	61.54%	9	69.23%	69.23%
2. mère seule	3	23.07%	84.60%	1	7.69%	76.92%
3. père seul	0	0.00%	84.60%	0	0.00%	76.92%
4. famille reconstituée	0	0.00%	84.60%	3	23.07%	100%
5. famille d'accueil	2	15.38%	100%	0		
6. garde partagée	0			0		

Le tableau 7 donne le portrait des adolescentes des deux groupes quant à leur rang familial. En grande partie, les adolescentes à l'étude se trouvent au 2^e (84.6%) et au 3^e (69.2%) rang. Pour celles constituant le groupe des restrictives, 46.2% sont au 2^e rang et 38.5% sont au 3^e rang. Quant aux participantes formant le groupe des non restrictives, 38.5% se situent au 2^e rang et 30.8% sont au 3^e rang dans la famille.

Tableau 7
Distribution des filles selon leur score au EAT-26
et leur rang dans la famille

Score EAT-26		Restrictives			Non restrictives		
		N	%	% Cum	N	%	% Cum
Rang dans la famille	1. unique	0	0.00%	0.00%	0	0.00%	0.00%
	2. 1 ^{er} rang	2	15.38%	15.38%	4	30.77%	30.77%
	3. 2 ^e rang	6	46.15%	61.53%	5	38.46%	69.23%
	4. 3 ^e rang	5	38.46%	100%	4	30.77%	100%

Le tableau 8 fournit la distribution des participantes au regard du niveau scolaire. Comme l'appariement du groupe des adolescentes non restrictives incluait ce critère, il est évident de retrouver une distribution similaire des deux groupes quant au niveau scolaire. Cependant, il est intéressant d'observer que le plus grand nombre d'adolescentes restrictives (groupe qui s'est formé sans considérer le niveau scolaire) se retrouvent en 4^e secondaire soit, 30.8%.

Tableau 8

Distribution des filles selon leur score au EAT-26
et leur niveau scolaire

Score EAT-26	Restrictives			Non restrictives		
	N	%	% Cum	N	%	% Cum
1. 1 ^{re} secondaire	3	23.07%	23.07%	3	23.07%	23.07%
2. 2 ^e secondaire	2	15.38%	38.45%	2	15.38%	38.45%
3. Appoint 3*	1	7.69%	46.14%	1	7.69%	46.14%
4. 3 ^e secondaire	2	15.38%	61.52%	2	15.38%	61.52%
5. 4 ^e secondaire	4	30.77%	92.29%	4	30.77%	92.29%
6. 5 ^e secondaire	1	7.69%	100%	1	7.69%	100%

* L'appoint 3 est une classe dans le secteur de l'adaptation scolaire qui couvre la 1^{re} et 2^e secondaire pour les élèves en difficultés.

Le tableau 9 démontre que toutes les adolescentes du groupe restrictif ont débuté leur puberté (100%). Elles se distribuent en grande partie dans les trois derniers stades pubertaires avec une proportion plus forte au quatrième stade (53.8%) donc après le stade des premières menstruations. Pour les adolescentes du groupe des non restrictives, elles se situent en totalité dans les trois derniers stades pubertaires avec une proportion majoritaire aussi au quatrième stade (79.9%).

Tableau 9

Distribution des filles selon leur score au EAT-26
et leur statut pubertaire

Score EAT-26		Restrictives			Non restrictives		
		N	%	% Cum	N	%	% Cum
Stade pubertaire	1. pré	0	0.0%	0.0%	0	0.0%	0.0%
	2. début	1	7.69%	7.69%	0	0.0%	0.0%
	3. intermédiaire	1	7.69%	15.38%	2	15.38%	15.38%
	4. avancé	7	53.85%	69.23%	10	76.92%	92.30%
	5. complété	4	30.77%	100%	1	7.69%	100%

Des analyses de différences de moyennes entre les groupes restrictifs et non restrictifs (voir tableau 10) ont été effectuées dans le but de rendre compte de la deuxième hypothèse qui avait comme objectif de vérifier si les variables à l'étude représentaient bien celles qui sont en cause dans les problématiques alimentaires.

Sur l'ensemble des variables étudiées, six rendent compte d'une différence significative entre les groupes des restrictives et des non restrictives. Ainsi, les variables: attitudes alimentaires ($t (12.42) = 8.97, p < .000$), estime de soi ($t (24) = 2.63, p < .015$), dépression ($t (24) = 2.47, p < .021$), satisfaction de l'image corporelle ($t (24) = 3.39, p < .002$) et valeur personnelle ($t (24) = 2.56, p < .017$) ressortent comme étant associées aux troubles alimentaires.

Tableau 10

Résultats des analyses de moyennes et
des écarts types pour les filles restrictives et non restrictives

Variables	Non restrictives	Restrictives	t
	(n = 13)	(n = 13)	
Attitudes alimentaires	1.62 (1.61)	32.15 (12.17)	8.97***
Estime de soi	31.23 (4.21)	26.38 (5.16)	2.63*
Dépression	8.54 (4.39)	18.23 (13.42)	2.47*
Image corporelle	30.00 (4.06)	22.23 (7.19)	3.39***
Soutien familial	85.77 (18.24)	77.00 (26.07)	.99
Événements de vie stressants			
(- 1 an)	2.15 (2.34)	2.08 (2.57)	.08
(+ 1 an)	1.85 (1.21)	2.77 (1.96)	1.44
(Total)	4.00 (2.27)	4.85 (3.46)	.74
Maturation pubertaire	6.69 (0.63)	6.54 (1.56)	.33

Tableau 10 (suite)

Résultats des analyses de moyennes et des écarts types pour les filles restrictives et non restrictives

Variables	Non restrictives	Restrictives	t
	(n = 13)	(n = 13)	
Croyances irrationnelles			
Dramatisation (drama)	25.15 (5.26)	22.46 (3.41)	1.55
Devrait dirigés vers soi (Shelf)	27.85 (7.86)	22.69 (8.31)	1.62
Devrait dirigés vers les autres (Shaut)	31.85 (4.18)	30.15 (4.88)	.95
Faible tolérance à la frustration (Toler)	28.31 (5.72)	27.15 (6.26)	.49
Valeur personnelle (Valpr)	34.54 (8.31)	26.69 (7.26)	2.56*
Perception de contrôle			
Contrôle personnel	43.85 (9.99)	48.46 (8.96)	1.24
Contrôle interpersonnel	46.15 (10.06)	43.85 (10.46)	.57
Contrôle sociopolitique	33.77 (6.56)	34.54 (6.62)	.30

Tableau 10 (suite)

Résultats des analyses de moyennes et
des écarts types pour les filles restrictives et non restrictives

Variables	Non restrictives	Restrictives	t
	(n = 13)	(n = 13)	
Réseau social			
Sexe de l'ami,e	1.69 (0.19)	1.64 (0.18)	.74
Statut de l'ami,e	3.14 (0.33)	3.03 (0.64)	.54
Âge de l'ami,e	2.25 (0.27)	2.39 (0.37)	1.13
Nombre de rencontressem.	2.85 (0.63)	3.09 (0.65)	.91
Durée de la connaissance de l'ami	3.60 (0.42)	3.66 (0.51)	.31
Partage des confidences et et des secrets	3.51 (0.58)	3.09 (0.85)	1.42
Conflits avec les membres	2.28 (0.56)	2.05 (0.77)	.85
Satisfaction de la relation	4.32 (0.38)	3.87 (0.66)	2.04*
Disponibilité	3.89 (0.59)	3.38 (1.02)	1.51
Meilleur,e ami,e	0.36 (0.26)	0.24 (0.17)	1.34

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

L'analyse des différences de moyennes démontre que l'estime de soi est plus faible chez les restrictives ($M = 26.38$, é.t. = 5.16) que chez les non restrictives ($M = 31.23$, é.t. = 4.21). Pour ce qui est de la dépression, les résultats viennent appuyer la majorité des études qui portent sur l'association entre la dépression et les troubles alimentaires. Ainsi, les adolescentes restrictives se rapportent plus déprimées ($M = 18.23$, é.t. = 13.42) que les adolescentes du groupe non restrictif ($M = 8.54$, é.t. = 4.39). La satisfaction de l'image corporelle est une variable qui apparaît indissociable de la problématique alimentaire. Ainsi, les filles du groupe restrictif présentent une satisfaction liée à leur image corporelle plus faible ($M = 22.23$, é.t. = 7.19) que leurs consœurs du groupe non restrictif ($M = 30.00$, é.t. = 8.31). Sur la variable «croyances irrationnelles», les restrictives se montrent plus irrationnelles ($M = 34.54$, é.t. = 8.31) que les adolescentes non restrictives ($M = 26.69$, é.t. = 7.26) au niveau de leur valeur personnelle. Finalement, les adolescentes du groupe qui présentent des conduites alimentaires problématiques rapportent des relations sociales moins satisfaisantes ($M = 3.87$, é.t. = 0.66) que les adolescentes non restrictives ($M = 4.32$, é.t. = 0.38).

Facteurs Prédicteurs d'un Comportement Alimentaire Restrictif à l'Adolescence

Les données recueillies auprès des groupes d'adolescentes restrictives et non restrictives (26 participantes), soumis à l'analyse de régression multiple (tableau 11), utilise les variables estime de soi, croyances irrationnelles (valeur personnelle), image corporelle et dépression comme variables dépendantes puisque, ces dernières, discriminent le plus, par l'analyse de différences de moyennes, les adolescentes restrictives des adolescentes non restrictives. L'analyse de régression multiple est effectuée à partir d'une hiérarchisation croissante des variables selon leur importance relative définie par la recension des écrits. Cette dernière analyse fait état d'une variance expliquée de l'ordre de 57% d'un comportement alimentaire restrictif à l'adolescence par les variables en cause.

Les résultats révèlent que dans l'ensemble des variables, la dépression est un prédicteur significatif d'un comportement alimentaire restrictif à l'adolescence. Les résultats de l'analyse de régression multiple ne permettent pas de faire état de d'autres facteurs prédicteurs dans cette étude.

Tableau 11

Résumé de l'analyse de régression multiple sur les variables estime de soi, croyances irrationnelles (valeur personnelle), image corporelle et dépression comme facteurs prédicteurs d'un comportement alimentaire restrictif à l'adolescence

Variables	Bêta	t	<u>p</u>
Estime de soi	-.123	-.523	n.s.
Valeur personnelle	-.251	-1.68	n.s.
Image corporelle	-.037	-1.53	n.s.
Dépression	.54	2.42	.05

Discussion

Discussion des Résultats

L'objectif principal de cette étude était de vérifier si un ensemble de facteurs associés à l'anorexie mentale étaient reliés à des attitudes alimentaires restrictives chez une population sous-clinique de milieu scolaire. Ces facteurs incluaient: les attitudes alimentaires, l'estime de soi, la dépression, l'image corporelle, le soutien familial, les événements de vie stressants, la maturation pubertaire, les croyances irrationnelles, la perception de contrôle et le réseau social.

Dans un premier temps, il nous a été possible de comparer les différences entre les adolescents et les adolescentes du secondaire. Considérant la prévalence des troubles alimentaires majoritairement chez les filles, il était essentiel de vérifier les différences entre les garçons et les filles au regard des variables à l'étude impliquées dans la problématique de l'anorexie mentale. L'échantillon total fut par la suite subdivisé en deux groupes: un premier qui rassemblait les adolescentes restrictives et un second, les adolescentes non restrictives. L'existence de différences au regard des mêmes variables, entre les adolescentes des deux groupes, a également été examinée. De plus, il s'agissait d'explorer si les variables à l'étude pouvaient expliquer une attitude alimentaire restrictive chez les adolescentes du secondaire.

La première hypothèse, postulant que les dimensions retenues font ressortir des différences significatives entre les adolescents et les adolescentes, est confirmée pour

plusieurs variables. L'analyse des différences de moyennes démontre que des différences ressortent clairement aux dimensions: attitudes alimentaires, estime de soi, dépression, image corporelle, événements de vie stressants, perception de contrôle (contrôle sociopolitique) et réseau social (sexé de l'ami,e, partage des confidences et des secrets, conflits avec les membres, disponibilité). Les résultats ne confirment pas que les garçons et les filles se distinguent au regard des variables: soutien familial, croyances irrationnelles, perception de contrôle (contrôle personnel et interpersonnel) et réseau social (statut de l'ami,e, âge de l'ami,e, nombre de rencontres par semaine, durée de la connaissance de l'ami,e, satisfaction de la relation, relation avec un,e meilleur,e ami,e).

La seconde hypothèse, postulant que les adolescentes restrictives se distinguent des adolescentes non restrictives à l'ensemble des variables, est également partiellement supportée. Les résultats de l'analyse des différences de moyennes témoignent, en effet, d'une différence significative entre les groupes d'adolescentes restrictives et non restrictives concernant les dimensions attitudes alimentaires, estime de soi, dépression, image corporelle, croyances irrationnelles (valeur personnelle) et réseau social (satisfaction des relations). Nos données ne peuvent cependant confirmer la présence de différences significatives concernant le soutien familial, les événements de vie stressants, la maturation pubertaire, les croyances irrationnelles (dramatisation, devrait dirigés vers soi, devrait dirigés vers les autres, faible tolérance à la frustration), la perception de contrôle et le réseau social (sexé de l'ami,e, statut de l'ami,e, âge de l'ami,e, nombre de rencontres par semaine, durée de la connaissance de l'ami,e, partage des confidences et des secrets, conflits avec les membres, disponibilité, meilleur,e ami,e).

La dernière hypothèse a permis de vérifier l'existence de facteurs prédicteurs de l'anorexie mentale primaire à l'adolescence. La dépression a été identifiée comme facteur

qui prédit la problématique dans le modèle incluant, au départ, quatre variables: estime de soi, valeur personnelle (croyance irrationnelle), image corporelle et dépression.

La présente étude établit des différences marquées entre les garçons et les filles à l'adolescence en lien avec certaines variables. Il en est de même entre les adolescentes dites restrictives et celles non restrictives. Enfin, la prédition de facteurs reliés à la problématique précise la dimension prépondérante de la dépression lorsque l'on considère l'ensemble du modèle.

Différences Reliées au Genre

Comme le démontre les résultats, les adolescents sont différents des adolescentes sur un certain nombre de facteurs: les attitudes alimentaires, l'estime de soi, la dépression, l'image corporelle, les événements de vie stressants, la perception de contrôle (contrôle sociopolitique) et le réseau social (sexé de l'ami,e, partage des confidences et des secrets, conflits avec les membres, disponibilité). Les résultats obtenus nous permettent de nous positionner au regard d'autres études qui comparent les garçons et les filles au niveau des variables concernées. Les résultats viennent, en effet, confirmer ceux des différentes études qui concluent à des différences reliées au genre sur plusieurs facteurs. La majorité des auteurs observent une prépondérance des attitudes alimentaires restrictives chez les adolescentes (APA, 1994; Bolduc et al., 1993; Nezelof et Bonin, 1990; Stein, 1991). Les recherches révèlent également que les filles présentent une estime de soi plus faible que les garçons puisqu'à l'adolescence, ce facteur varie en fonction de la satisfaction de l'image corporelle (Cairns, McWhriter, Duffy et Barry, 1990; Harter, 1990; Wichstrom, 1998). Ainsi, à cette période, les auteurs s'entendent pour dire que l'insatisfaction reliée à l'image corporelle est présente davantage chez les filles que chez les garçons (Alasker, 1992; Tobin-Richards,

Boxer et Petersen, 1983). Le même constat s'impose dans le relevé des écrits concernant la dépression à l'adolescence. En effet, les filles présentent davantage de symptômes que les garçons et cette tendance se poursuit à l'âge adulte (Ge, Lorenz, Conger, Elder et Simmons, 1994; Petersen et al., 1991; 1993). De concert avec le facteur de la dépression, les événements de vie majeurs sont plus nombreux chez les adolescentes que chez les adolescents et pourraient s'expliquer par une augmentation, pour les filles, à cette période, de l'humeur dépressive (Compas, Howell, Phares, Williams et Ledoux, 1989; Larson et Hamm, 1993). Quant à la perception de contrôle, une même distinction s'établit entre les garçons et les filles (Evans, Shapiro et Lewis, 1993). Finalement, selon la recension des écrits, le réseau social des adolescents et des adolescentes s'inscrivent dans des bases qui diffèrent selon le genre (Gordon, 1972).

Bien que notre hypothèse prévoyait des différences significatives à l'ensemble des variables, celles pour lesquelles les résultats se sont montrés révélateurs rendent bien compte de la majorité des variables impliquées dans la problématique des troubles alimentaires, telle que définie dans la recension des écrits, sauf pour la dimension des croyances irrationnelles reliées à la valeur personnelle. Les résultats de l'étude confirment ainsi certaines distinctions reliées au genre dans la problématique de l'anorexie mentale à l'adolescence, ce qui en fait une problématique majoritairement féminine. À cet effet, les résultats de l'étude de Whitaker (1992) confirment que les troubles alimentaires représentent la troisième maladie chronique en importance chez les jeunes filles à l'adolescence. Dans notre étude, un seul garçon a obtenu un score supérieur à 20 au EAT-26. Ainsi, la répartition du trouble alimentaire dans notre échantillon atteint un pourcentage de 92.9% de filles, ce qui va dans le même sens que les résultats des recherches précédentes qui soutiennent qu'entre 90 à 95% des patients atteints d'un trouble alimentaire sont de sexe féminin (Jeammet, 1993; Nezelof et Bonin, 1991; Shisslak et al., 1987).

La socialisation des femmes est possiblement révélatrice de ces différences entre les garçons et les filles à l'adolescence. Traditionnellement, ce que l'on attend socialement d'une femme est différent d'un homme. Les caractéristiques associées au genre se distinguent ainsi de deux façons. Pour les filles, il y a la valorisation des attributs tels prendre soin des autres, être dévouée, douce, compréhensive, être non agressive, ni dominatrice. On s'attend à ce qu'elle soit maternelle, émotive, créatrice, fragile, serviable, qu'elle favorise l'amour et la paix, tout en étant belle, attirante et mince. On a cru longtemps que ces caractéristiques faisaient partie de la nature biologique des femmes, cependant on réalise aujourd'hui qu'elles servent à tenir les rôles prévus dans l'organisation sociale (Prud'homme et Bilodeau, 1999). Bandura (1995) définit les caractéristiques traditionnellement féminimes comme étant de l'ordre de l'expressivité. Quant aux hommes, l'affirmation de soi, la confiance en soi, la détermination à réussir, l'esprit compétitif et la volonté de prendre des risques sont des caractéristiques valorisées socialement qui, selon Bandura (1995), sont davantage de l'ordre de l'instrumentalité.

À l'adolescence, plusieurs jeunes ressentent une pression à évoluer de façon stéréotypée à leur sexe (Petersen et al., 1991). Cette pression pour les adolescentes d'abandonner aux conduites masculines au profit d'un surinvestissement des conduites féminines induit une certaine vulnérabilité au niveau de la santé mentale (Craighead et Green, 1989; Hill et Lynch, 1983). Ainsi, l'absence de caractéristiques instrumentales, traditionnellement masculines, rend les femmes plus vulnérables à la psychopathologie dans laquelle le rôle des parents est un important facteur d'influence (Obeidallah et al., 1996). En effet, Bandura (1963, 1995), par sa théorie de l'apprentissage social, soutient qu'une mère qui surinvestit son rôle traditionnellement féminin va induire la passivité chez sa fille. Il est donc peu étonnant de constater des différences révélatrices entre les garçons et les filles lorsque l'on considère l'importance de la socialisation des femmes. Cette hypothèse d'explication associée

à l'influence des rôles sociaux sur les problèmes de santé mentale est appuyée par plusieurs auteurs (Bandura, 1995; Craighead et Green, 1989; Hill et Lynch, 1983; Nolen-Hoeksema et al., 1991; Obeidallah et al., 1996; Petersen et al., 1991).

À l'adolescence, comme pour les troubles alimentaires, plusieurs psychopathologies détiennent un ratio garçon/fille différent. Ainsi, la dépression à l'adolescence affiche un ratio de deux filles pour un garçon (Kandel et Davies, 1986; Petersen et al., 1991, 1993; Rutter, 1986). Le trouble des conduites, quant à lui, se veut plus fréquent chez les garçons à l'adolescence avec un ratio de deux garçons pour une fille (Cohen et al., 1993). La nature des infractions est aussi différente selon le genre. Pour les garçons, elles s'avèrent plus violentes et structurées que les filles qui commettent, quant à elles, des infractions statutaires (Ferland et Cloutier, 1996). Cette distinction s'établit, selon certains auteurs, en fonction de la norme sociale qui ne tolère, ni ne normalise les comportements agressifs chez les filles (Kovanagh et Hops, 1994). La délinquance est également un trouble où la différence reliée au genre est prédominante. Le rapport des jeunes comparaissant en cour juvénile est de quatre à cinq garçons pour une fille (Pelsser, 1989). Les troubles névrotiques de type phobique présentent un portrait similaire puisqu'à l'adolescence, les filles vivent des phobies de façon plus fréquentes et également plus intenses que les garçons (Pelsser, 1989). Ces psychopathologies sont ainsi des exemples qui peuvent tout aussi bien s'inscrire dans l'explication d'une socialisation différentielle entre les garçons et les filles. À titre d'exemple, si nous considérons le trouble des conduites, il a été clairement établi que la famille et les divers agents de socialisation ont une influence prépondérante dans cette problématique (Zoccolillo, 1993).

Différences entre les Adolescentes Restrictives et Non Restrictives

Les résultats démontrent certaines différences significatives entre les groupes d'adolescentes restrictives et non restrictives quant aux variables: attitudes alimentaires, image corporelle, estime de soi et dépression. Ces derniers permettent d'avancer que ces facteurs qui ont été associés à l'anorexie mentale dans une population clinique sont déjà présents dans une population sous-clinique. Les résultats vont dans le même sens que la majorité des études quant à leur lien étroit avec la problématique de l'anorexie mentale à l'adolescence (Bolduc, Steiger et Leung, 1993; Leung et Steiger, 1990; Petersen et al., 1990; Wichstrom, 1998).

Les résultats obtenus sur le facteur «attitudes alimentaires» appuient les conclusions obtenues par Bolduc, Steiger et Leung (1993) dans une étude réalisée auprès de 1162 filles de niveau secondaire de la région de Montréal. Ainsi, cette distinction, observée dans l'étude entre les adolescentes sur leurs attitudes alimentaires, soutient la prévalence sous-clinique des troubles alimentaires qui oscille entre 5% et 24% (Connors et Johnson, 1987; Fairburn et Beglin, 1990). De nombreuses études révèlent la présence d'attitudes problématiques au regard de l'alimentation et de l'image corporelle chez bon nombre de jeunes femmes occidentales (Connors et Johnson, 1987; Patton, 1988; Withaker et al., 1989). La différence entre les adolescentes restrictives et les adolescentes non restrictives au niveau de la satisfaction de l'image corporelle vient donc appuyer ces résultats précédents. La représentation de l'image corporelle représente l'élément le plus important qui contribue à la variation de l'estime de soi chez les adolescentes (Cairns, McWhriter, Duffy et Barry, 1990; Harter, 1988; Wichstrom, 1999). Il est intéressant de constater que les résultats de la présente étude offrent un portrait similaire au niveau des liens entre les facteurs associés au trouble clinique, et ce dans une population non-clinique. En effet, les résultats révèlent une

différence entre les jeunes filles des groupes restrictif/non restrictif au niveau de l'estime de soi. En ce qui concerne la dépression, il est intéressant d'observer que les résultats de l'étude auprès d'une population sous-clinique appuie le lien étroit entre les deux troubles établis dans la recension des écrits auprès de la population clinique. En effet, les troubles affectifs représentent le plus haut taux de concomitance dans la problématique de l'anorexie mentale (Herzog et al., 1992; Herzog et al., 1996).

Concernant les variables pour lesquelles aucune différence n'a été révélée entre les deux groupes, certaines observations s'avèrent intéressantes, notamment au regard de la variable «soutien familial». La dimension du soutien familial ne fait état d'aucune spécificité au regard de la problématique alimentaire auprès d'une population sous-clinique. Ainsi, les résultats de l'étude ne supportent pas le postulat que l'absence de soutien familial est à l'origine d'une problématique alimentaire restrictive. Il demeure tout de même étonnant de constater que le facteur familial ne ressort pas comme étant problématique alors que pour d'autres psychopathologies, telles la dépression et le trouble des conduites (Zoccolillo, 1993), la relation est claire. En ce sens, trois hypothèses d'explication peuvent être discutées. Premièrement, considérant la recension des écrits qui met de l'avant un problème de séparation/individuation de l'adolescente restrictive envers sa famille, il est possible de croire qu'elle ne soit pas consciente du poids que l'emprise des problèmes familiaux a sur elle et sur l'influence au niveau du trouble alimentaire. La deuxième hypothèse d'explication s'inscrit dans une critique méthodologique de la présente étude. Ainsi, un manque de sensibilité de la mesure familiale utilisée serait peut-être en cause. Finalement, bien que non significatifs dans le sens de la formulation de l'hypothèse de recherche, les résultats tendent aux mêmes conclusions des tenants du modèle multidimensionnel puisque les données sur le soutien familial ne font état d'aucun type de famille caractéristique aux adolescentes restrictives. Ainsi, la conclusion, retenue par certains auteurs (Eisler, 1993; Garfinkel et

Garner, 1982; Garner, 1982, 1985) sur l'hétérogénéité des familles dans la problématique de l'anorexie mentale à l'adolescence, est appuyée par les résultats de la présente étude pour la dimension du soutien familial, ce qui alimentent une troisième hypothèse d'explication. L'étude de l'ensemble des caractéristiques familiales associées aux différents modèles permettrait cependant de mieux cerner si la famille a une réelle influence sur le développement et le maintien d'un trouble alimentaire à l'adolescence.

Les événements de vie stressants ne semblent pas distinguer les adolescentes restrictives de l'ensemble de la population adolescente. Ces résultats permettent de poser l'hypothèse d'une certaine universalité de changements à la période de l'adolescence, lesquels provoquent différents stress chez la majorité des adolescentes. Il aurait donc pu être pertinent de focaliser l'objet d'étude sur les différentes capacités d'adaptation (en terme de ressources personnelles et environnementales) entre les deux groupes d'adolescentes. Ainsi, le début d'une vie sexuelle active, par exemple, peut être considéré comme un événement de vie stressant à la période de l'adolescence (Marcotte, 1995), mais cette expérience peut être gérée différemment selon les ressources de chacune. Bien que les adolescentes anorexiques aient manifestement une capacité d'adaptation déficiente pour ce qui est de certains événements de vie, il est possible que d'autres adolescentes vivent des difficultés semblables sans toutefois développer un trouble alimentaire. Ainsi, l'absence de différences entre les deux groupes peut être attribuable à divers facteurs notamment à la non-spécificité de cette variable à la problématique des troubles alimentaires à l'adolescence. Il est donc difficile d'observer que les événements de vie stressants distinguent les jeunes filles restrictives de leurs pairs puisque ceux-ci peuvent agir également comme facteurs associés dans d'autres types de problématiques à l'adolescence.

Une distinction entre les deux groupes quant à la variable «maturation pubertaire» n'a pu être établie puisque ceux-ci étaient assez hétérogènes en terme d'étendue d'âge (12 à 17 ans). Ainsi, on observe chez les restrictives comme chez les non restrictives, que les niveaux de maturation pubertaire sont diversifiés donc peu révélateurs d'une particularité propre à la problématique alimentaire. Ces résultats viennent donc à l'encontre des conclusions de l'étude de Jeammet (1993) qui détermine deux âges où la fréquence d'apparition de l'anorexie semble être accrue, soit à 14 ans et à 18 ans, âges du début et de la fin de la maturation pubertaire. Néanmoins, les résultats sur le facteur de la maturation pubertaire supportent la conclusion de la majorité des études précédentes qui soutiennent que l'âge d'apparition du trouble alimentaire est surtout à la période de l'adolescence de concert avec l'arrivée de la puberté. La présence d'adolescentes restrictives (23%) en première secondaire suggère cependant qu'il y a possiblement des filles plus jeunes qui ont des préoccupations problématiques au niveau de l'alimentation. Ainsi, Bolduc et al. (1993) suggèrent qu'il serait important d'examiner dans quelle mesure les attitudes et comportements problématiques face à l'alimentation sont répandus chez les préadolescentes.

Les résultats de la présente étude font état d'une différence entre les jeunes filles restrictives et celles du groupe de comparaison au niveau de la croyance irrationnelle associée à la valeur personnelle. Certaines croyances irrationnelles ont été proposées par Bruch (1972) comme étant spécifiques à l'anorexie mentale à l'adolescence. La surestimation de l'image corporelle, la difficulté à discriminer les signaux internes en provenance du corps et le sentiment profond et généralisé d'inefficacité et d'impuissance constituent les trois types de croyances irrationnelles identifiées. Comme le groupe de restrictives a été formé à partir d'une population sous-clinique, il est permis de croire que les adolescentes en cause n'avaient pas atteint une rigidité au niveau de leurs croyances irrationnelles qui les distinguaient des autres sur toutes les distorsions cognitives associées à la problématique de l'anorexie.

En effet, selon Withaker et al. (1989), l'ensemble des jeunes filles, à l'adolescence, sont préoccupées par l'alimentation et leur image corporelle. La présence de distorsions cognitives associée à la valeur personnelle parle donc d'une vulnérabilité cognitive des adolescentes à attitudes alimentaires restrictives comparativement aux adolescentes du groupe contrôle.

Alors que les auteurs des différentes études sur la notion de contrôle dans la problématique de l'anorexie mentale à l'adolescence observent un contrôle plus intérieurisé chez les adolescentes anorexiques de type restrictif, les résultats de la présente étude ne font état d'aucune différence entre les deux groupes. L'utilisation d'une population sous-clinique et l'absence d'un diagnostic précis en terme spécificité du type I (anorexique de type restrictif) ou de type II (anorexique de type boulimique) amène une certaine hétérogénéité au niveau des adolescentes constituant le groupe des restrictives. En effet, les anorexiques de type restrictif possèdent un lieu de contrôle plus intérieurisé tandis que les anorexiques de type boulimique se distinguent par un lieu de contrôle plus extérieurisé (Hood, Moore et Graner, 1982). Ainsi, cette particularité peut avoir créé un effet d'annulation d'une différence avec le groupe des non restrictives.

L'absence d'un réseau social significatif dû à l'isolement des jeunes filles anorexiques est un facteur qui a été soulevé par certains auteurs dans la recension des écrits. Les résultats de l'étude font état d'une différence entre les adolescentes restrictives et les adolescentes non restrictives au niveau de la satisfaction sociale. Comme l'isolement et les difficultés sociales s'installent graduellement avec l'évolution de la chronicité du trouble (Morgan, 1977; Vandercycken, 1993), il est possible de croire que cet aspect pourrait être considéré comme un facteur de risque au développement du trouble alimentaire à l'adolescence. En effet, plusieurs auteurs soutiennent que le support social, tant au plan quantitatif que qualitatif, est identifié comme un facteur qui agit comme prédicteur de l'établissement du trouble alimentaire (Davis, Olmstead et Rockert, 1992; Keller et al., 1992).

De concert avec la recension des écrits, il est possible d'avancer que les dimensions qui se montrent dans l'étude non significatives auprès de groupes issus d'une population sous-clinique, distinguent les anorexiques dans une population clinique. Le constat intéressant qui ressort de ces résultats se situe autour des pistes utiles à la prévention. Ainsi, comme certaines variables se montrent non distinctives des groupes d'adolescentes restrictives et non restrictives au sein d'une population sous-clinique, il s'avère peu probable qu'elles aient un poids préventif. D'autre part, un programme de prévention basé sur les attitudes alimentaires, l'estime de soi, la dépression, l'image corporelle, la croyance irrationnelle relative à la valeur personnelle et la satisfaction des relations sociales, pourrait s'avérer efficace aux termes des résultats de la présente étude puisqu'une différence s'observe entre les adolescentes restrictives et non restrictives sur ces dimensions.

Aussi, il serait essentiel de vérifier si ces variables constituent des facteurs de risques associés à la problématique de l'anorexie mentale en effectuant une étude longitudinale qui permettrait de voir si ces mêmes adolescentes dites restrictives deviendront anorexiques au sens clinique. De plus, il serait intéressant d'élaborer une étude comparative qui vérifierait ces mêmes facteurs dans une perspective différentielle, à savoir s'ils prédisent seulement l'anorexie ou s'ils sont associés à d'autres troubles à l'adolescence.

Facteurs Prédicteurs d'un Comportement Alimentaire Restrictif à l'Adolescence

Sur les quatre variables incluses dans le modèle de l'analyse de régression multiple, un seul facteur se montre prédicteur d'un comportement alimentaire restrictif à l'adolescence. Ainsi, la dépression ressort comme étant une variable associée à la dynamique de la problématique, et elle est confirmée par la majorité des études qui accordent une importance

particulière à ce facteur en termes de concomitance avec le trouble de l'anorexie mentale (Herzog et al., 1992; Herzog, Nussbaum et Marmor, 1996; Leung et Steiger, 1990). Les résultats de l'étude permettent de participer au débat quant à la nature de la relation entre l'humeur et les troubles alimentaires. Ainsi, trois hypothèses sont soulevées par les auteurs (Leung et Steiger, 1990; McCarthy, 1990; Piran, Kennedy, Garfinkel et Owens, 1985; Simpson, Al-Mufti, Anderson et al., 1992; Strober et Katz, 1987): la dépression est induite par l'anorexie, la dépression amène l'anorexie et les deux troubles ont une variable commune qui agit mutuellement sur le développement de ces derniers. Les résultats de la présente étude suggèrent une séquence de causalité prédominante et soulignent l'importance de vérifier la première hypothèse puisque l'on observe que la dépression est déjà associée aux attitudes alimentaires restrictives dans une population sous-clinique. Les résultats appuient les observations de certains auteurs qui observent un pourcentage de 50% à 75% des patientes qui ont vécu la dépression avant l'établissement du trouble alimentaire (Devlin et Walsh, 1989; Hudson, Pope, Yurgelun-Todd, Jonas et Frankenburg, 1987; Swift, Andrews et Barklage, 1986). Enfin, ces résultats auprès d'une population sous-clinique confirment l'évidence de la force de l'association entre les perturbations de l'humeur et les pathologies alimentaires déjà observée dans la population clinique, ce qui laisse croire en des facteurs étiologiques communs.

Dans le cadre de la présente étude, l'analyse de régression multiple doit être interprétée avec une certaine prudence. En effet, comme le nombre des sujets constituant les deux groupes est assez restreint, la puissance statistique de l'analyse s'avère relativement faible. Ainsi, cela peut avoir comme effet de minimiser le poids de certaines variables (telles l'estime de soi, la valeur personnelle, l'image corporelle) dans la problématique à l'étude. Le but de procéder tout de même à ce genre d'analyse vise davantage à obtenir des indicateurs cliniques qu'à prétendre statistiquement en une généralisation des résultats à l'ensemble de la

population d'adolescentes aux attitudes alimentaires restrictives. Il est important de spécifier cependant que dans le contexte d'une problématique, telle l'anorexie, où les participantes à une étude sont difficilement accessibles et peu nombreuses, le compromis d'échantillons plus restreints peut tout de même fournir des résultats satisfaisants pour ce qui est de l'information pertinente à la dynamique sous-jacente à la problématique. Ainsi, le nombre d'adolescentes restrictives, regroupées pour les fins de cette étude, correspond à l'incidence observée dans les études précédentes, ce qui fournit un portrait réaliste de la problématique des troubles alimentaires chez les adolescentes. La pertinence de cette étude est ainsi justifiée et fournit, en retour, des résultats qui peuvent orienter aussi bien les cliniciens que les chercheurs à l'élaboration d'hypothèses de recherches ultérieures ou à des modifications dans les priorités de traitement.

Commentaires Critiques

La présente étude a été réalisée auprès d'adolescentes car celles-ci représentent, de par leur sexe et leur âge, le groupe le plus à risque de développer un trouble alimentaire.

Lors de l'expérimentation, certains élèves ont refusé de répondre aux questionnaires ou étaient absents au moment de la passation. Le taux de participation de 81.5% (163 élèves) se révèle néanmoins excellent. Tous les sujets ont participé d'une façon volontaire et dans la mesure du possible, toute forme de pression pouvant influencer les adolescents dans leur choix, a été éliminée. Ainsi, dans un souci de respect d'une participation libre et volontaire, les motivations relatives au refus n'ont pas été investiguées.

La présente étude utilisait toutes des mesures auto-évaluatives. Malgré que les questionnaires permettent l'anonymat et ainsi diminuent le phénomène de la désirabilité

sociale, qu'ils encouragent une plus grande franchise, qu'ils permettent aux participants de répondre à leur rythme et donc d'assurer une plus grande précision de leurs réponses et que l'influence de l'administrateur est pratiquement nulle, il est possible que les réponses fournies aient pu contenir des biais de perception ou une restitution des souvenirs et des affects non conformes à la réalité de l'adolescent. Aussi, lors de l'analyse des données, certains questionnaires — que l'auteure croyait au départ pertinents — se sont avérés peu sensibles à la réalité de l'anorexie mentale à l'adolescence. Ainsi, ces questionnaires pourraient être remis en cause et remplacés par d'autres plus adéquats. D'autre part, le recours exclusif à des questionnaires a pu fournir une information de moindre qualité que l'emploi conjoint d'entrevues semi-structurées qui, pour sa part, a l'avantage de combiner l'objectivité et la profondeur. En effet, une entrevue semi-structurée aurait permis de cerner les opinions des participants avec plus de précision que le font les questionnaires. Aussi, l'utilisation de cette technique aurait permis à l'auteure de vérifier si le répondant a bien compris la question ou a répondu selon l'ordre prévu. Néanmoins, la présente étude dresse un tableau de la problématique alimentaire restrictive qui se compare assez bien à ce que l'on observe ailleurs en Occident (Bolduc, Steiger et Leung, 1993; Connors et Johnson, 1987; Patton, 1988; Whitaker et al., 1989). Cette similitude n'est pas étonnante si l'on considère que les adolescentes des pays occidentaux sont soumises à des pressions socio-culturelles relativement semblables en ce qui a trait à l'image corporelle et à l'alimentation (Bolduc et al., 1993). À cet effet, plusieurs auteurs soutiennent qu'ici, comme ailleurs, les troubles alimentaires représentent des problèmes psychosociaux graves qui exigent une intervention précoce et peut-être davantage des programmes de prévention auprès des groupes à risque (Bolduc et al., 1993; Crisp, 1988; Garner et Garfinkel, 1984; Shisslak et al., 1987; Steiger et al., 1987).

La taille de l'échantillon incite à la prudence dans la généralisation des résultats obtenus. Ces derniers doivent être considérés comme exploratoires et interprétés en vue d'aider à dégager certains paramètres spécifiques à chaque groupe, ceux-ci pouvant orienter des avenues de recherches intéressantes et pertinentes. Aussi, au plan méthodologique, l'ensemble des informations recueillies avec les tests comporte plusieurs variables qui peuvent suggérer certaines pistes pour des recherches futures. Les analyses de l'étude permettent de confirmer le lien de certaines variables avec la problématique alimentaire restrictive à l'adolescence. Cependant, peu d'études ont vérifié empiriquement les différents modèles d'explication du trouble de façon à fournir un portrait global de la situation.

Il est important de considérer que cette étude a été réalisée auprès d'une population sous-clinique, ce qui offre une perspective différente de certaines variables en lien avec la problématique des troubles alimentaires décrites dans la littérature. Le choix d'une population sous-clinique a été intéressant pour l'auteure sans quoi cette étude n'aurait pu être réalisée puisque l'accès à une population clinique d'adolescentes anorexiques relève de délais considérables et soulève d'importantes difficultés telles: l'ouverture des différents milieux d'intervention, l'accessibilité au diagnostic et les contraintes liées à la participation des adolescentes en cours de traitement. Malgré tout, l'auteure entend réaliser la validation empirique d'un modèle multifactoriel auprès d'une population clinique dans la poursuite de ses études doctorales.

Conclusion

Jusqu'à maintenant très peu de chercheurs se sont attardés à dresser un portrait global de la problématique de l'anorexie mentale primaire à l'adolescence en suggérant un poids prédictif à certaines variables en cause. Toutefois, l'importance, qui a été accordée à cette problématique depuis les dernières années, principalement chez la population adolescente, démontre la pertinence d'explorer davantage la nature et le rôle des différents facteurs impliqués dans le trouble anorexique.

La présente recherche effectue certaines observations qui pourront éclairer l'orientation des études futures concernant les attitudes alimentaires restrictives à l'adolescence. L'hypothèse qui postulait des différences entre les garçons et les filles au regard de certains facteurs spécifiques à la problématique alimentaire, est partiellement confirmée. Les différences entre les adolescentes restrictives et non restrictives sur les mêmes facteurs s'avèrent, en partie, supportées. Enfin, les résultats de l'analyse de régression multiple identifient la dépression comme un facteur qui a un poids prédicteur d'une problématique alimentaire restrictive à l'adolescence.

Cette étude a permis de vérifier certaines observations tirées d'études cliniques au regard de l'incidence majoritairement féminine et des facteurs reliés au trouble anorexique auprès d'une population sous-clinique. Une prochaine étude aurait, sans doute, à évaluer auprès d'une population clinique, le poids relatif de chacun des facteurs de façon à élaborer un modèle hiérarchique de compréhension de l'anorexie mentale primaire à l'adolescence.

Les prochaines recherches auraient également avantage à comparer la problématique de l'anorexie mentale à d'autres problématiques vécues à l'adolescence en termes de facteurs associés de façon à identifier ceux qui sont exclusivement prédicteurs du trouble alimentaire.

Enfin, la spécificité des recherches futures permettra de mieux comprendre la complexité de ce trouble multidimensionnel par l'étude du rôle particulier de chacun des facteurs associés ainsi que de leurs influences mutuelles.

Références

- Allgood, H. B., Lewinsohn, P. M., Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). Washington: DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd. rév.). Washington: DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd.). Washington: DC: Author.
- Armstrong, M. G., Roth, D. M. (1991). Attachment and separation difficulties in eating disorders: a preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 1412-155.
- Aro, H., Hänninen, V., & Paronen, O. (1989). Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16-year-old adolescents. *Social Science Medecine*, 29, 9, 1051-1056.
- Attie, I., Brooks-Gunn, J., & Petersen, A. C. (1987). A developmental perspective on eating disorders and eating problems. Dans M. Lewis, & S. J. Millstein (Éds), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 409-420). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Baran, L., & Alain, M. (1993). Désir de contrôle et perte de poids. *Science et comportement*, 23, 2, 131-143.
- Baron, P. (1993). *La dépression chez les adolescents*. Canada: Edisem Inc. et Maloine.
- Beaumont, P. J., George, G. C., & Smart, D. E. (1976). «Dieters» and «vomiters and purgers» in anorexia nervosa. *Psychological Medecine*, 6, 4, 617-622.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Bemporad, J. R. (1994). Dynamic and interpersonal theories of depression. Dans W. M. Reynolds, & H. F. Johonson (Éds), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 81-96). New York: Olenum Press.
- Bernstein, A. E., & Warner, G. M. (1986). *Women treating women*. Madison: International University Press.
- Bhagat, R. S., McQuaid, S. J., Lindholm, H. et al. (1985). Total life stress: a multimethod validation fo the construct and its effects on organizationally valued outcomes and withdrawal behaviors. *Journal Appl. Psychol.*, 70, 202-214.

- Bifulco, A., Brown, G. W., & Adler, Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 159, 115-122.
- Bliss, E. L., & Branch, C. (1960). *Anorexia nervosa*. New York: Hoeber.
- Bolduc, D., Steiger, H., & Leung, F. (1993). Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescents de la région de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 18, 2, 183-196.
- Boos, M. (1959). Crainte de la maturité féminine du corps dans l'anorexie. *Psychosomatische Medizin*, Bern: Huber.
- 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.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Brooks-Gunn, J., & Attie, I. (1996). Developmental psychopathology in the context of adolescence. Dans M. Lenzenweger, & J. Haugaard (Éds), *Frontiers of Developmental Psychopathology* (pp. 148-189). N.Y.: Oxford.
- Brooks-Gunn, J., & Ruble, N. (1982). Developmental process in the experience of menarche. Dans A. Baum, & J. E. Singer (Éds), *Handbook of Psychology and Health*. New Jersey: L. Erlbaum Ass.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *The social origins of depression*. London: Tavistock Press.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the body-self relations questionnaire. *Journal of Personnality Assessment*, 55, 1-2, 135-144.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medecine*, 24, 2, 187-194.
- 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.
- Burger, J. M. (1992b). Desire for control and academic performance. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24, 147-155.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parent. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 460-551.

- Calam, R. M., & Slade, P. D. (1989). Sexual experience and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 4, 391-397.
- Cantwell, D. P., Sturzenburger, S., Burroughs, J., Salkin, B., & Green, J. K. (1977). Anorexia nervosa: An affective disorder? *Archives of General Psychiatry*, 34, 1087-1095.
- Casper, R. C. (1982). Treatment principles in anorexia nervosa. *Adolescent Psychiatry*, 10, 86-100.
- Casper, R. C. (1983). Some provisional ideas concerning the psychologic structure in anorexia nervosa and bulimia. *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research* (p. 387). New York: Alan R. Liss.
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Golberg, S. C., & Davis, J. M. (1980). Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives General of Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Cattarin J. A., & Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*, 2, 2, 114-125.
- Charcot, J. M. (1889). *Diseases of the Nervous System*. London: New Sydenham Society.
- Claes, M. (1983). *L'expérience adolescente*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Cloutier, R. (1982). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Coburn, J., & Ganong, L. (1989). Bulimic and non-bulimic college females perceptions of family adaptability and family cohesion. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 27-33.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. S., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-I. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 849-895.
- Colahan, M., & Senior, R. (1995). Family patterns in eating disorders: going round in circles, getting nowhere fasting. Dans G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Éds), *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. (pp. 243-258). New York: John Wiley & Sons.
- Collins, J. K. (1987). Methodology for the objective measurement of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 3, 393-399.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 3, 393-403.
- Compas, B. E., Davis, G. E., & Forsythe, C. J. (1985). Characteristics of life events during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 13, 6, 677-691.
- Compas, B. E., Salvin, L. A., Wagner, B. M., & Vannatta, K. (1986). Relationship of life events and social support with psychological dysfunction among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 3, 205-221.

- Connors, M. E., & Johnson, C. L. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors, 12*, 165-179.
- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 1, 1-11.
- Conway, T. L., Vickers, R. R. Jr., & French, J. R. P. Jr. (1992). An application of person-environment fit theory: perceived versus desired control. *Journal of Social Issues, 48*, 95-107.
- Crémieux, A. (1954). *Les difficultés alimentaires de l'enfant, les anorexies mentales infantiles et juvéniles*. Paris: PUF.
- Crisp, A. H. (1965). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa - a study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research, 9*, 67-78.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia Nervosa: Let me be*. London: Academic Press.
- Crisp, A. H., & Bhat, A. V. (1982). Personnalité et anorexia nervosa: The phobic avoidance stance. *Psychotherapy and Psychosomatics, 38*, 178-200.
- Crisp, A. H., Harding, B., & McGuiness, B. (1974). Anorexia nervosa. Psychoneurotic characteristics of parents: relationship to prognosis. *Journal of Psychosomatic Research, 18*, 167-173.
- Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., Harding, B., & Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 179-191.
- Crisp, A. H., Palmer, R. L., & Kalucy, R. S. (1976). How common is anorexia? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry, 128*, 549-554.
- Crowther, J. H., Post, G., & Zaynor, L. (1985). The prevalence of bulimia and binge eating in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 4*, 29-42.
- Cummins, R. (1990). Social insecurity, anxiety and stressful events as antecedents of depressive symptoms. *Behavioral Medicine, 16*, 161-164.
- Dally, P. (1969). *Anorexia nervosa*. London: Heinemann.
- Dansky, B. S., & Brewerton, T. D. (1994, Avril). *The National Women's Study: Relationship between rape and PTSD to bulimia nervosa and binge eating disorder*. Communication présentée à la sixième Conférence internationale annuelle des troubles alimentaires, New York, États-Unis.
- Dare, C., & Eisler, I. (1992). Family therapy for anorexia nervosa. Dans P. J. Cooper, & A. Stein (Éds), *Feedings Problems and Eating Disorders in Children and Adolescents*. Reading: Harwood.
- Davis, R., Olmstead, M. P., & Rockert, W. (1992). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa. II: Prediction of clinical outcome. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 205-211.
- De Silva, P. (1995). Cognitive-behavioural models of eating disorders. Dans G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Éds), *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research* (pp.141-154). New York: John Wiley & Sons.

- Delay, J. (1949). La narco-analyse d'une anorexie mentale. *Presses médicales*, 57, 112-114.
- Dess, N. K., Raizer, M., Chapman, C. D. et al. (1988). Stressors in the learned helplessness paradigm: effects in body weight and conditioned taste aversion in rats. *Physiol. Behav.*, 44, 483-490.
- Deutsch, H. (1944). *The psychology of women*. New York: Grune et Stratton.
- Devlin, M. J., & Walsh, B. T. (1989). Eating disorders and depression. *Psychiatric Annals*, 19, 473-476.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York: Prodist.
- Dolan, B. M., Evans, C., & Lacey, J. H. (1989). Family composition and social class in bulimia: a catchment area study of a clinical and a comparison group. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 267-272.
- Dolan, B. M., Lieberman, S., Evans, C., & Lacey, J. H. (1990). Family features associated with normal body weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 639-647.
- Dornbusch, S. M., Carlsmith, J. M., Duncan, P. D., Gross, R. T., Martin, J. A., Ritter, P. L., & Siegel-Gorelick, B. (1984). Sexual maturation, social class, and the desire to be thin among adolescent females. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5, 6, 308-314.
- Douvan, E. A., & Adelson, J. (1966). *The adolescent experience*. New York: Wiley.
- Dubas, J. S., & Petersen, A. C. (1993). *Female pubertal development*. New York: Brunner/Mazel.
- Duché, D. J. (1970). *Adolescence et puberté*. Paris: Hachette.
- Duncan, P. D. (1985). The effects of pubertal timing on body image, school behavior, and deviance. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 3, 227-235.
- Eagles, J. M., Johnston, M. I., Hunter, D., Lobban, M., & Millar, H. R. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *American Journal of Psychology*, 152, 9, 1266-1271.
- Eisler, I. (1993). Family Models of Eating Disorders. Dans G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Éds), *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research* (pp. 155-173). John Wiley, & Sons Ltd.
- Eisler, I., & Szmukler, G. (1985). Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 171-176.
- Eisler, I., Szmukler, G., & Dare, C. (1985). Systematic observation and clinical insight - are they compatible? *Psychological Medicine*, 15, 173-188.
- Eissler, K. R. (1943). Some psychiatric aspects of anorexia nervosa. *Psychoanalytic Review*. 30.

- Eth, S., & Pynoos, R. S. (1985). *Post Traumatic Stress Disorder in Children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Evans, G. W., Shapiro, D. H., & Lewis, A. L. (1993). Specifying dysfunctional mismatches between different control dimensions. *British Journal of Psychology*, 84, 255-273.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- 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.
- Fenichel, O. (1955). Anorexia. Dans *Collected Papers* (vol. 2). Londres: Routledge et Kagan.
- Ferguson, E., Dodds, A., Ng, L., & Flannigan, H. (1994). Specifying dysfunctional mismatches levels of analysis? *Personality and Individual Differences*, 16, 425-432.
- Ferland, A., & Cloutier, R. (1996). L'inadaptation psychosociale des adolescents, comparaison des filles et des garçons, Essai présenté à l'école de psychologie de l'Université Laval.
- 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.
- Freeman, R. J., Thomas, C. D., Solymon, L., & Koopman, R. F. (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 439-456.
- Freud, A. (1965). *Le normal et la pathologique chez l'enfant*. Paris: Gallimard.
- Furnham, A., & Atkins, L. (1997). Dieting Control Beliefs and Disordered Eating. *European Eating Disorders Review*, 5, 4, 278-296.
- Garant, V., & Alain, M. (1995). Perception de contrôle, désir de contrôle et santé psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27, 3, 251-267.
- Gardner, R. M., & Bokenkamp, E. D. (1996). The role of sensory and non-sensory factors in body size estimations of eating disorders subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 1, 3-15.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa - a multidimensional perspective*. New York: Alan Liss.
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., & Garner, D. M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa. *Archives General of Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Garnezy, N., & Rutter, M. (1983). *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Garnezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. Dans M. Rutter, & L. Hersov (Éds), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (2e éd.). Oxford, England: Blackwell.

- Garner, D. M., & Bermis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 6*, 123-150.
- Garner, D. M., & Bermis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. Dans D.M. Garner, & P. E. Garfinkel (Éds), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford.
- 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 for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C., & Moldofsky H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medicine, 38*, 5, 327-336.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. (1996). Coming to age too early: Pubertal influences on girl's vulnerability to psychological distress. *Child Development, 67*, 3386-3400.
- Gershon, E. S., Schreiber, J. L., Hamouit, J. R., Dibble, E. D., Kaye, W. H., Nurnberger, J., Andersen, A., & Ebert, M. H., (1984). Clinical findings in patients with anorexia and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry, 141*, 1419-1422.
- Gomez, J., & Dally, P. (1980). Psychometric rating in the assessment of progress in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 136*, 290-296.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 51-60.
- Goodyer, I. M. (1990). *Life experiences, development and childhood psychopathology*. West Sussex. England: John Wiley.
- Goodyer, I. M. (1993). Recent stressful life events: their long term effects. *European Journal of Children Adolescent Psychiatry, 2*, 1-9.
- Gordon, C., Beresin, E., & Herzog, D. B. (1989). The parents' relationship and the child's illness in anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Psychoanalysis, 17*, 29-42.
- Gouin-Décarie, T. (1955). *De l'adolescence à la maturité*. Montréal: Fides.
- 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.
- Graber, J. A., Petersen, A. D., & Brooks-Gunn, J. (1996). Pubertal processes: Methods, measures, and models. Dans J. A. Gruber (Éd.), *Transitions through adolescence: Interpersonal domains and context*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Grigg, D. N., Friesen, J. D., & Sheppy, M. I. (1989). Family patterns associated with anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*, 1, 29-42.
- Grilo, C. M., Shiffman, S., Wing, R. R. (1989). Relapse crises and coping among dieters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 488.

- Guillemot, A., & Laxenaire, M. (1993). *Anorexie mentale et boulimie: le poids de la culture*. Paris: Masson.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Trans. Clin. Soc. Lond.*, 7, 222-228.
- Hall, A. (1978). Family structure and relationships of 50 female anorexia nervosa patients. *Aust. NZ J. Psychiat.*, 12, 263-268.
- Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., Sampognaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Halmi, K. A., Falk, J. R., & Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting. *Psychological Medicine*, 11, 697-706.
- Heilbrun, A. B., & Flodin, A. (1989). Food cues and perceptual distortion of the female body: implications for food avoidance in the early dynamics of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 843-851.
- Heilbrun, A. B., & Putter, L. D. (1986). Preoccupation with stereotype sex role difference, ideal body and weight stress in college women showing anorexic characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 1035-1049.
- Heilbrun, A. B. Jr., & Bloomfield, D. L. (1986). Cognitive difference between bulimic and anorexic females: self-control deficits and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 2, 209-222.
- Heinberg, J. L. (1996). Theories of body image disturbance: perceptual, developmental, and sociocultural factors. Dans J. K. Thompson (Éds), *Body image, eating disorders, and obesity - an integrative guide for assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Hendren, R. L. (1983). Depression in anorexia nervosa. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 22, 59-62.
- 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. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 4, 843-862.
- Herzog, W., Deter, H. C., & Vandereycken, W. (1992). *The course of eating disorders*. Berlin: Springer-Verlag.
- Hesnard, J. (1939). *Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique*. Paris: Alcan.
- Hobbs, W. L., & Johnson, C. A. (1996). Anorexia nervosa: an overview. *American Family Physician*, 54 (4), 1273-1279.
- Hood, J., Moore, T. E., & Garner, D. M. (1982). Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1, 3-13.

- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 7, 921-927.
- Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R., & Tyano, S. (1995). Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 1, 5-9.
- Hotaling, G. T., Atwell, S. G., & Linsky, A. S. (1978). Adolescent life changes and illness: a comparison of three models. *Journal of Youth Adolescence*, 7, 393-403.
- Hsu, L. K. G. (1991). Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 10, 1, 15-30.
- Hudson, H., Pope, H. G. Jr., Yurgelun-Todd, D., Jonas, J. M., & Frankenburg, F. R. (1987). A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1283-1287.
- Humphrey, L. L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and non-distressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 223-232.
- 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.
- Jacobson, E. (1976). Ways of female superego formation and the female castration conflict. *Psychoanalytic Quarterly*, 45, 525-538.
- Jacobson, R., & Robins, C. J. (1989). Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 665-670.
- Jeammet, P. (1993). Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence. Diagnostic et traitement. *Revue du Praticien*, 43, 17, 2289-2293.
- Jessner, L., & Abse, D. W. (1960). Regressive forces in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 301-312.
- Johnson, C. L., Lewis, C., Love, S., & Stuckey, M. (1984). Incidence and correlates of bulimic behaviour in a female high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 6-10.
- Johnson, C. L., Stuckey, M., & Lewis, L. D. (1982). Bulimia: a descriptive and survey of 316 cases. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 3-18.
- Kalucy, R. S., Crisp, A. H., & Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 381-395.
- Kandel, D. B., & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.
- Kassinove, H., & Berger, A. (1988). *Survey of personal beliefs*. Hofstra University. Communication personnelle.

- Katz, J. L., & Walsh, B. T. (1978). Depression in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 135*, 507.
- Kavanagh, K., & Hops, H. (1994). Good girls? Bad boys? Gender and development as contexts for diagnosis and treatment. *Advances in Clinical Child Psychology, 16*, 45-79.
- Kay, D. W. K., Schapira, K., & Brandon, S. (1967). Early factors in anorexia nervosa compared with non-anorexic groups. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 133-139.
- Keller, M. B., Herzog, D. B., Lavori, P. W., Bradburn, I. S., & Mahoney, E. M. (1992). The naturalistic history of bulimia nervosa: extraordinary high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 1-9.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Childhood parental loss and adult psychopathology in women. *Archives of General Psychiatry, 49*, 109-116.
- Kestemberg, E., Kestemberg, J., & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kestenberg, J. (1975). *Children and Parents: Psychoanalytic Studies in Development*. New York: Jason Aronson.
- Keyes, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klerman, G. L. (1988). The current age of youthful melancholia. Evidence for increase in depression among adolescents and young adults. *British Journal of Psychiatry, 152*, 4-14.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S. L., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood, II: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry, 41*, 643-649.
- Kristeller, J. L., & Rodin, J. (1989). A three-stage model of treatment continuity: compliance, adherence, and maintenance. Dans A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Éds), *Handbook of psychology and health*, Vol. 4 (pp.85-112). New York: McGraw-Hill.
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M., Wittchen, H., Pirke, K. M. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry, 15*, 785-789.
- Laseque, E. C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine, 21*, 384-403.
- Laufer, M. (1983). The breakdown. *Adolescence, 1, 1*, 63-70.
- Leassle, R. G., Tuschl, R. J., Waadt, S., Pirke, K. M. (1989). The specific psychopathology of bulimia nervosa: a comparison with restrained and unrestrained eaters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 772-775.
- 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.

- Leung, F., & Steiger, H. (1990). Lack of causal relationship between depressive symptoms and eating abnormalities in a nonclinical population: findings from a six-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders, 10*, 5, 513-519.
- Levin, A. P., & Hyler, S. E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry, 27*, 47-53.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence, 31*, 124, 935-947.
- Marcotte, D., & Potvin, P. (1998, Février). *The emergence of gender differences in depression: the role of sex-typed characteristics, pubertal status, self-esteem, and body image*. Affiche présentée au 7^e congrès de la Société de recherche en adolescence, San Diego.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal depression and eating disorders in women. *Behavioral Research Therapy, 28*, 3, 205-215.
- Meilleur, D. (1987). *Les aspects cognitifs liés à l'anorexie mentale primaire chez les adolescentes*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Meilleur, D. (1997). Attitudes face à l'avènement de la puberté et aux transformations corporelles chez des adolescentes anorexiques. Thèse de doctorat inédit, Université de Montréal.
- Meyer, B. C., & Weinroth, C.A. (1957). Observations on psychological aspects of anorexia nervosa. *Psychosomatics Medecine, 19*, 46-68.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. (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*. Havard: University Press.
- Mitchell, J. E., & Pyle, R. L. (1982). The bulimic syndrome in normal weight individuals: a review. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 61-73.
- Mizes, J. S. (1993). Bulimia nervosa. Dans A. S., Bellack, & M. Hersen (Éds), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting*. New York: Plenum.
- Mizes, J. S., & Christiano, B. A. (1995). Assessment of cognitive variables relevant to cognitive behavioral perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Research Therapy, 33*, 1, 95-105.
- Molinari, E. (1995). Body-size estimation in anorexia nervosa. *Perceptuals Motors and Skills, 81*, 1, 23-31.
- Morgan, H. G., & Russell, G. S. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa. *Psychological Medecine, 5*, 355-371.
- Mynors-Wallis, L., Treasure, J., & Chee, D. (1992). Life events and anorexia nervosa: differences between early and late onset cases. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 4, 369-375.

- Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 400-415.
- Nezelof, S., & Bonin, B. (1990). L'anorexie mentale: trouble spécifique du comportement alimentaire. *Soins, 536*, 27-30.
- Offer, D. (1969). *The psychological world of the teenager: A study of normal adolescent boys*. New York: Basic Books.
- Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K. I. (1981). *The adolescent: a psychological self-portrait*. New York: Basic Books.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R. L., & Chaloner, D. A. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description. *Journal of Psychiatric Research, 19*, 2-3, 357-361.
- Orbach, S. (1993). *Hunger strike*. London: Penguin Group.
- Palmer, R. L., Oppenheimer, R., Dignon, A., Chaloner, D. A., & Howells, K. (1990). Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: an extended series. *British Journal of Psychiatry, 156*, 699-703.
- Patton, G. C., (1988). The spectrum of eating disorder in adolescent. *Journal of Psychosomatic Research, 32*, 579-584.
- Paulhus, D. L., & Christie, R. (1981). Spheres of control: An interactionist approach to assessment of perceived control. Dans H.M. Lefcourt (Éd.), *Research with the locus of control construct: assessment methods, 1*, 161-188, New York: Academic Press.
- Paxton, S. J., Wertheim, E. H., Gibbons, K., Szmuker, G. I., Hillier, L., & Petrovich, J. L. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 3, 361-379.
- Pelsser, R. (1989). *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal: Gaëtan Morin.
- 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.
- Petersen, A. C., Crockett, L., Richards, M., & Boxer, A. (1988). A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms. *Journal of Youth and Adolescence, 17*, 117-133.
- Petersen, A. C., & Taylor, B. (1980). The biological approach to adolescence: biological change and psychological adaptation. Dans J. Adelson (Éd.), *Handbook of adolescent psychology*. NY: Wiley Science.
- Phelps, L., Johnston, L. S., Jimenez, D. P., Wilczenski, F. L., Andrea, R. K., & Healy, R. W. (1993). Figure preference, body dissatisfaction, and body distortion in adolescence. *Journal of Adolescent Research, 8*, 3, 297-310.
- Pickles, A., & Rutter, M. (1991). Statistical and conceptual models of «turning points» in developmental process. Dans D. Magrusson, & L. Bergman (Éds), *Stability and change: methods and models for data treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P.E., & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 395-400.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., & Brouilette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 589-599.
- Plaut, E. A., & Hutchinson, F. L. (1986). The role of puberty in female psychosexual development. *International Review of Psycho-Analysis, 13*, 417-432.
- Pope, H. G., Hudson, J. L., Yurgelun-Todd, D., & Hudson, M. S. (1984). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia in three student population. *International Journal of Eating Disorders, 3*, 45-51.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family: three validation study. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1, 1-24.
- Prud'homme, D., & Bilodeau, D. (1999). *Vivre avec la peur, c'est assez!* Montréal: Logiques.
- Raimbault, G., & Eliacheff, C. (1989). *Les indomptables. Figures de l'anorexie.* Paris: Odile Jacob.
- 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.
- Reynolds, W. M. (1992). Depression in children and adolescents. Dans W. M. Reynolds (Éd.), *Internalizing disorders in children and adolescents* (pp. 149-254). New York: John Wiley & Sons.
- Ritvo, S. (1976). Adolescent to woman. *Journal of American Psychoanalytic Assessment, 24*, 127-138.
- Root, M. P. P., Fallon, P., & Friedrich, W. N. (1986). *Bulimia: A systems approach to treatment.* New York: W. W. Norton.
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America, 19*, 4, 773-787.
- Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 4, 331-343.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment, 3*, 1, 32-37.
- Rosenbaum, M. B. (1979). The changing body image of the adolescent girl. Dans M. Sugar (Éd.), *Female adolescent development*, New York: Brunner/Mazel.
- Rosenbaum, M. B. (1993). The changing body image of the adolescent girl. Dans J. S. Dubas, & A. C. Petersen (Éds), *Female Pubertal Development*. New York: Brunner/Mazel.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image.* (2e éd.). Princeton, N.J.: Princeton University Press.

- Rozin, P., & Fallon, A. (1988). Body image, attitudes to weight and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: A comparison of men and women in two generations. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 342-345.
- Russell, D. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Russell, G. F. (1985). Premenarchal anorexia nervosa and its sequelae. *Journal of Psychosomatic Research, 19*, 2-3, 363-369.
- Russell, J., & Gilbert, M. (1992). Is tardive anorexia nervosa a discrete diagnostic entity? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 26*, 429-435.
- 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.
- Rutter, M., Izard, C. E., & Read, P. B. (1986). *Depression in young people. Developmental and Clinical Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F. D., & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 17*, 35-56.
- Sandler, I. N., Miller, P., Short, J., & Wolchick, S. A. (1989). Social support has a protective factor for children and stress. Dans D. Belle (Ed.). *Children's social networks and social support*. New York: Wiley.
- Schmidt, U., Evans, K., Tiller, J., & Treasure, J. (1995). Puberty, sexual milestones and abuse: how are they related in eating disorder patients? *Psychological Medicine, 25*, 2, 413-417.
- Schmidt, U., Tiller, J., & Treasure, J. (1993). Setting the scene for eating disorders: childhood care classification and course of illness. *Psychological Medicine* (in press).
- Schwartz, D., Thompson, M. G., & Johnson, C. L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: the sociocultural context. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 3, 95-112.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Anorexia nervosa*. London: Chaucer.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation*. London: Human context books.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Shisslak, C. M., Crago, M., Neal, M. E., & Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 660-667.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., Vogel, L., & Fantini, D. A. (1986). Possible causes of the thin standard of bodily attractiveness for women. *International Journal of Eating Disorders, 5*, 5, 907-916.
- Simmonds, M. (1914). Destruction hypophysaire avec issue fatale. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 40*, 322-333.

- Simpson, S. G., Al-Mufti, R., Anderson, A. E., & al. (1992). Bipolar II affective disorders in eating disordered in patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 719.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. Dans R. Schwarzer (Éd.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 88-126). Washington: Hemisphere.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 21*, 167-179.
- Slade, P. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 19*, 2-3, 255-265.
- Soukup, V. M., Beiler, M. E., & Terrell, F. (1990). Stress, coping style and problem solving ability among eating disordered impatients. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 592-599.
- Sours, J. A. (1974). The anorexia nervosa syndrome. *International Journal of Psycho-Analysis, 55*, 567-576.
- Steiger, H., Fraenkel, L., & Leichner, P. P. (1989). Relationship of body-image distortion to sex-role identifications, irrational cognitions, and body weight in eating-disordered females. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 1, 61-65.
- Steiger, H., & Zanko, M. (1990). Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups. *Journal Interper. Viol., 5*, 74-86.
- Steinhauser, H. C., Rauss-Mason, C., & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine, 21*, 447-454.
- Steinhauser, H. C., & Vollrath, M. (1992). Semantic differentials for the assessment of body-image and perception of personality in eating-disordered patients. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 1, 83-91.
- Stern, S., Whitaker, C. A., Hagemann, N. J., Anderson, R. B., & Bargman, G. J. (1981). Anorexia nervosa: the hospitals role in family treatment. *Family Process, 20*, 395-408.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist, 41*, 246-263.
- Strober, M. (1984). Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 3*, 2, 3-16.
- 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., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 239-253.

- Strober, M., & Yager, J. (1985). A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents. Dans D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Éds). *Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 363-390). New York: Guilford Press.
- Sunday, S. R., Halmi, K. A., Werdann, L., & Levey, C. (1992). Comparison of body size estimation and eating disorder inventory scores in anorexia and bulimia patients with obese, and restrained and unrestrained controls. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 2, 133-149.
- 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, 4, 636-646.
- Swift, W. J., Andrews, D., & Barklage, N. E. (1986). The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 143, 290-299.
- Szmukler, G. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 2-3, 143-153.
- Teri, L. (1982). The use of the beck depression inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.
- Theander, S. (1970). Anorexia Nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 214.
- Thienemann, M., & Steiner, H. (1993). Family environment of eating disordered and depressed adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 1, 43-48.
- Thomä, H. (1961). *Anorexia nervosa*. Berne: Huber.
- Tobin-Richards, M. H., Boxer, A. M., & Petersen, A. C. (1983). *Girls at Puberty*. New York: Plenum Press.
- Toner, B. B., Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1986). Long-term follow-up of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medecine*, 48, 520-529.
- Tyson, P., & Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytic Theories of Development*. New York: Yale University.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1993). Facteurs familiaux et génétiques prédisposant à l'apparition de troubles des conduites alimentaires: une brève mise au point. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 41, 5-6, 231-234.
- Vandereycken, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1, 7-16.
- Verlaan, P., Cantin, S., & Boivin, M. (1999). *L'Échelle de développement pubertaire: Équivalence en langue française du «Pubertal Development Scale»*. Manuscrit soumis pour publication.
- Waller, J., Kauffmann, R., & Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa. *Psychosomatic Medecine*, 2, 59-75.

- Walsh, B. T., Roose, S. P., Glassman, A. H., Gladis, M., & Sadik, C. (1985). Bulimia and depression. *Psychosomatic Medicine*, 47, 123-131.
- Weiner, I. B., & DelGaudio, A. (1976). Psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 1, 232-245.
- Wilkins, J. (1995). Anorexie mentale et Boulimie: un modèle d'intervention qui tient compte des enjeux de l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 16, 3, 133-158.
- Willenbring, M. L., Levine, A. S., & Morley, J. E. (1986). Stress induced eating and food preference in humans: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 5, 855-864.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, G. G., Mckenzie, S. J., & Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon.
- Winokur, A., March, V., & Mendels, J. (1980). Primary affective disorder in the relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 695-698.
- Withaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S., Walsh, B. T., & KaliKow, K. (1989). The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of the conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 65-78.

Appendice A

Critères diagnostiques du DSM-III pour l'anorexie mentale

Critères diagnostiques du DSM-III
pour l'anorexie mentale

- A) Peur intense de devenir obèse qui ne diminue pas au fur et à mesure de l'amaigrissement;
 - B) Perturbation de l'image corporelle (se sent grosse même quand elle est décharnée);
 - C) Perte de poids d'au moins 25% du poids initial;
 - D) Refus de maintenir son poids au-dessus d'un poids minimal compte tenu de l'âge et de la taille;
 - E) Absence de maladie physique identifiée qui pourrait expliquer la perte de poids.
-

Appendice B

Critères diagnostiques du DSM-III-R pour l'anorexie mentale

**Critères diagnostiques du DSM-III-R
pour l'anorexie mentale**

-
- A) Peur de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, par exemple perte de poids visant à maintenir un poids corporel de 15% inférieur à la normale ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 15% de la normale;
 - B) Peut intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale;
 - C) Perturbation de l'estimation de son poids corporel, de sa taille ou de ses formes, par exemple la personne dit «se sentir grosse» même quand elle est très amaigrie, croit que certaines parties de son corps sont trop grosses alors même qu'elle est, à l'évidence, trop maigre;
 - D) Chez les femmes, absence d'au moins trois cycles mentuels consécutifs attendus (aménorrhée primaire ou secondaire). Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration oestrogéniques.
-