

Cette thèse intitulée

Régulation émotionnelle et conduites alimentaires à risque : approfondissement du rôle de l'alexithymie et des émotions discrètes de types traits et états

Présentée par
Jessica Pugliese

A été évaluée par un jury composé des examinateurs suivants

Antonio Zadra
Président-rapporteur

Serge Lecours
Directeur de recherche

Dominique Meilleur
Membre du jury

Julie Achim
Examinateur externe

She tries to be somebody by becoming nobody. She is the one who is most hardworking to be clever and most ill. She is very interested in food, but does not eat it. She tries to improve her self-esteem by destroying herself. She sacrifices herself to save herself. She behaves like a small child, and as a mother for her parents. She is the self-obliterating child governing the whole family. She is the most obedient protesting most violently. She is conforming and different. She longs for help, and despises her helpers.

Skarderud, 2007

Résumé

La forte prévalence des conduites alimentaires à risque (CAAR), par exemple la restriction alimentaire, les vomissements auto-induits ainsi que les crises d'hyperphagie boulimique de sévérité non diagnostique, et les conséquences importantes qu'elles peuvent entraîner ont amené les chercheurs à vouloir mieux comprendre les facteurs impliqués dans leur développement. Cette thèse s'intéresse à un phénomène à la base d'un nombre grandissant de théories sur les CAAR : la régulation émotionnelle. Le premier article se concentre sur le concept d'alexithymie, un trait de personnalité jouant un rôle clé dans la régulation émotionnelle ainsi que le développement, le maintien et la rechute des CAAR. Bien que l'association entre l'alexithymie et les CAAR soit bien établie, les études n'offrent pas d'explication quant aux facteurs qui contribuent à l'apparition de traits de personnalité alexithymiques qui, à leur tour, placent l'individu à risque de développer des CAAR. En explorant la documentation scientifique disponible, il est possible de constater que plusieurs psychanalystes ont autrefois proposé des concepts pour expliquer le développement de l'alexithymie (p. ex. refoulement primaire, expérience non formulée, déni), mais ces théories ont rarement fait l'objet d'études empiriques. L'objectif du premier article est donc de tester ces modèles en utilisant deux stratégies de régulation émotionnelle provenant du modèle de James J. Gross, soit la suppression expressive et la réévaluation cognitive. Un échantillon de 292 femmes provenant majoritairement d'une population non clinique universitaire a complété le *Toronto Alexithymia Scale-20 items*, le *Emotion Regulation Questionnaire* et le *Eating Disorder Inventory-2*. Les résultats des médiations proposent que la suppression expressive prédit positivement les traits de personnalité alexithymiques, ce qui prédit positivement les CAAR. Inversement, la réévaluation cognitive prédit négativement les traits de personnalité alexithymiques, ce qui prédit ensuite négativement

les CAAR. Ces résultats suggèrent qu'il pourrait être pertinent d'intervenir sur certains mécanismes potentiellement précurseurs de l'alexithymie afin de favoriser la diminution d'agirs comportementaux comme les CAAR. Les résultats de cette première étude ouvrent la réflexion sur des pistes d'intervention concrètes pouvant être mises en application auprès des personnes souffrant de CAAR. En effet, les résultats de cette thèse suggèrent qu'il pourrait être important d'aider l'individu à diminuer l'évitement/la suppression de ses émotions pour plutôt encourager leur exploration. Il est possible d'émettre l'hypothèse que ce type d'intervention permettrait, avec le temps, la diminution des traits alexithymiques, ceci en favorisant la formation de représentations mentales des émotions. Conséquemment, la diminution de décharges somatiques comme les CAAR pourrait s'en suivre. L'implication des résultats pour les thérapies de différentes approches (p.ex. psychodynamique, cognitivo-comportementale et basée sur la mentalisation) est ensuite discutée.

Afin de préciser l'étude de la régulation émotionnelle dans les CAAR, le second article a pour but d'identifier les émotions jouant un rôle particulier au sein de ces comportements. Pour ce faire, cet article, qui comprend deux études, s'intéresse aux liens entre les catégories émotionnelles distinctes du modèle des émotions différentielles d'Izard (p. ex. tristesse, joie) et les CAAR. La première étude a pour objectif d'explorer l'association entre les émotions-traites et les conduites alimentaires de recherche de minceur et boulimiques. Un total de 244 femmes provenant en majorité d'une population non clinique universitaire a complété le *Eating Disorder Inventory-2* et le *Differential Emotion Scale-trait version*. Les analyses de régression démontrent que le modèle d'Izard prédit significativement les conduites de recherche de minceur et boulimiques. La contribution unique de chaque émotion-trait est ensuite étudiée. Les résultats indiquent que la honte est la seule émotion qui reste un prédicteur significatif des conduites de

recherche de minceur et que seuls la culpabilité, le mépris et l'hostilité dirigée contre soi demeurent des prédicteurs significatifs des comportements boulimiques. Pour sa part, la seconde étude a pour but d'explorer l'association entre les émotions-états et les CAAR. Un total de 155 participantes provenant de l'échantillon de la première étude a complété un questionnaire leur demandant de rapporter par écrit un comportement de restriction ou de boulimie ayant eu lieu dans le passé. Elles ont ensuite complété le *Differential Emotion Scale-state version*. Les analyses descriptives démontrent que nonobstant la nature du comportement, la tristesse est l'émotion vécue la plus intensément par les participantes avant l'épisode rapporté. De plus, une comparaison de groupes a révélé que les personnes ayant décrit un épisode de boulimie ressentent significativement moins de joie et d'intérêt avant l'épisode que celles ayant rapporté un comportement restrictif. En résumé, les résultats suggèrent tout d'abord que les émotions négatives semblent jouer un rôle important au sein des CAAR. En ce sens, cet article appuie les recommandations de certains chercheurs à l'effet que l'intervention auprès des personnes ayant des CAAR nécessite d'inclure des volets dédiés à la régulation des émotions. Toutefois, ces études vont encore plus loin en proposant qu'il pourrait être pertinent de développer des interventions ciblées et concrètes permettant la gestion d'émotions ou de patrons d'émotions qui jouent un rôle prédominant auprès des différents CAAR.

Mots-clés : Trouble de la conduite alimentaire, alexithymie, régulation émotionnelle, suppression expressive, réévaluation cognitive, théorie des émotions différentielles.

Abstract

The high prevalence of disordered eating (DE), for example food restriction, self-induced vomiting or binge eating that are not of diagnostic severity, and the important consequences that they can entail have led researchers to further investigate the premorbid factors involved in them. The present thesis is interested in a phenomenon that is the basis of a growing body of theories on DE: emotion regulation. The first paper focuses on the concept of alexithymia, a personality trait that plays a key role in emotion regulation as well as in the development, maintenance, and relapse of DE symptoms. Although the association between alexithymia and DE is well established, current studies offer no explanation as to what factors contribute to the development of alexithymic personality traits, which in turn puts the individual at risk for DE. Several psychoanalysts have offered theoretical concepts to explain the development of alexithymia (e.g. primary repression, unformulated experience, denial), but these have not been submitted to empirical studies. The aim of the first study is to test these theories using two empirically established emotion regulation strategies taken from James J. Gross's model, namely expressive suppression and cognitive reappraisal. A sample of 292 women, the majority being undergraduated students, completed the *Toronto Alexithymia Scale-20 items*, the *Emotion Regulation Questionnaire*, and the *Eating Disorder Inventory-2*. The results of the mediation analyzes suggest that expressive suppression significantly and positively predicts alexithymic personality traits, which positively predicts DE. Inversely, cognitive reappraisal negatively predicts alexithymic personality traits, which then negatively predicts DE. These results suggest that it could be important to intervene on certain mechanisms that are potential precursors of alexithymia in order to promote the reduction of DE. More specifically, the results of this first study open up reflection on concrete lines of intervention that could be applied to

people suffering from DE. Indeed, the results propose that it could be beneficial to encourage these individuals to explore their emotions rather than to avoid / suppress them. It can be hypothesised that these types of intervention will allow, over time, the reduction of alexithymic traits by promoting the formation of mental representations of emotions. Consequently, it is possible that the decrease in somatic discharges such as DE will follow. The implication of the results for different therapeutic approaches (psychodynamic, cognitive behavioral and mentalization-based) is then discussed.

In order to further clarify the role of emotional regulation in DE, the second paper aims to identify emotions that play a key role in the disorder. This article, divided into two studies, focuses on the association between distinct emotional categories from Izard's differential emotions theory (e.g. sadness, joy) and pathological eating. The first study explores the relationship between trait-emotions and DE. A total of 244 women, the greater part being undergraduated students, completed the *Eating Disorder Inventory-2* and the *Differential Emotion Scale-trait version*. Regression analyzes show that Izard's model significantly predicts both drive for thinness and bulimic behaviors. The unique contribution of each trait-emotion is then explored. The results indicate that shame is the only emotion that remains a significant predictor of drive for thinness and that only guilt, contempt and self-directed hostility remain significant predictors of bulimic behavior. As for the second study, a total of 155 participants coming from the first study sample completed a questionnaire asking them to report in writing an episode of restriction or bulimia that occurred in the recent past. They then completed the *Differential Emotion Scale-state version*. Descriptive analyzes reveal that regardless of the kind of DE, sadness is the emotion experienced most intensely by the participants before the reported episode. Furthermore, group comparisons indicate that people who report a bulimic episode felt

significantly less joy and interest before the event than those who recalled a restrictive behavior. In summary, the results first suggest that people with DE experience more negative emotions on a daily basis. Thereby, this article supports the recommendations of certain researchers suggesting that interventions with people exhibiting DE should include components dedicated to the regulation of emotions. Moreover, these studies go even further by suggesting that it could be relevant to develop targets and concrete interventions allowing the regulation of specific emotions or patterns of emotions, which could play a predominant role with the various DE.

Keywords: Eating disorder, alexithymia, emotion regulation, expressive suppression, cognitive reappraisal, differential emotions theory.

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT.....	VI
TABLE DES MATIÈRES	IX
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES FIGURES	XII
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	XIII
REMERCIEMENTS.....	XIV
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
FAITS GÉNÉRAUX SUR LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE	1
RÉGULATION ÉMOTIONNELLE	6
<i>Théories de la régulation émotionnelle.....</i>	<i>8</i>
<i>Régulation émotionnelle et TCA selon Hilde Bruch.....</i>	<i>12</i>
ALEXITHYMIE	12
PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE LA THÈSE.....	15
<i>Présentation de la première étude.....</i>	<i>16</i>
<i>Présentation de la seconde étude</i>	<i>20</i>
RÉFÉRENCES	23
CHAPITRE 2 – PREMIÈRE ÉTUDE.....	35
RÉSUMÉ	36
ABSTRACT.....	37
INTRODUCTION	38
<i>Informations générales sur les troubles de la conduite alimentaire</i>	<i>38</i>
<i>Alexithymie, conduites alimentaires à risque et régulation émotionnelle.....</i>	<i>41</i>
<i>Modèles théoriques de l'étiologie de l'alexithymie.....</i>	<i>45</i>
<i>Limites des Études</i>	<i>47</i>
<i>Objectifs et Hypothèses de l'Étude.....</i>	<i>49</i>
MÉTHODE.....	50
<i>Participants</i>	<i>50</i>
<i>Instruments de Mesure.....</i>	<i>51</i>
<i>Procédure</i>	<i>52</i>
RÉSULTATS	53
<i>Analyses Préliminaires.....</i>	<i>53</i>
<i>Analyses Principales.....</i>	<i>53</i>
DISCUSSION	56
RÉFÉRENCES	65
CHAPITRE 3 - DEUXIÈME ÉTUDE	81
RÉSUMÉ	82
ABSTRACT.....	83
INTRODUCTION	85
<i>La théorie des émotions différentielles.....</i>	<i>86</i>
<i>Émotions et conduites alimentaires à risque.....</i>	<i>88</i>
<i>Objectifs de recherche.....</i>	<i>92</i>
ÉTUDE 1	93

MÉTHODOLOGIE	93
<i>Participant</i> es.....	93
<i>Procédures</i>	94
<i>Instruments</i>	94
RÉSULTATS	96
<i>Analyses préliminaires</i>	96
<i>Analyses principales</i>	96
DISCUSSION	98
ÉTUDE 2	101
MÉTHODOLOGIE	101
<i>Participants</i>	101
<i>Procédures</i>	102
<i>Instruments</i>	102
RÉSULTATS	104
DISCUSSION	105
DISCUSSION GÉNÉRALE	107
<i>Résumé des résultats obtenus aux deux études</i>	107
<i>Forces de l'étude</i>	108
<i>Implications cliniques et pistes de recherche futures</i>	109
<i>Limites de l'étude</i>	111
RÉFÉRENCES	113
CHAPITRE 4 – DISCUSSION GÉNÉRALE	130
SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS OBTENUS	131
<i>Premier article</i>	131
<i>Deuxième article</i>	132
<i>Intégration des résultats des deux études</i>	133
IMPLICATIONS CLINIQUES.....	137
RECHERCHES FUTURES	146
CONCLUSION.....	146
RÉFÉRENCES	151
ANNEXE I : Certificat éthique	xii
ANNEXE II : Formulaire de consentement	xiii
ANNEXE III : Questionnaire sociodémographique.....	xii
ANNEXE IV : Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2).....	xiv
ANNEXE V : Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)	xxi
ANNEXE VI : Emotion Regulation Questionnaire (ERQ).....	xxiii
ANNEXE VII : Differential Emotion Scale-IV (DES-IV).....	xxv
ANNEXE VII : Differential Emotion Scale-I (DES-I)	xxviii

Liste des tableaux

Introduction générale :

Tableau 1. Conséquences physiques et psychologiques des TCA	5
--	---

Premier article :

Tableau 1. Corrélations entre les variables d'intérêt.....	78
---	----

Deuxième article :

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et symptomatologie des participantes	126
---	-----

Tableau 2. Corrélations entre les comportements alimentaires de recherche de minceur et boulimiques ainsi que les émotions-traits	127
--	-----

Tableau 3. Résultats des régressions hiérarchiques prédisant les comportements de recherche de minceur et boulimiques	128
--	-----

Tableau 4. Résultats au test t comparant les émotions-états vécues avant un épisode restrictif et boulimique.....	129
--	-----

Liste des figures

Figure 1. Modèle de médiation : suppression expressive, alexithymie et conduites alimentaires à risque	79
Figure 2. Modèle de médiation : suppression expressive, alexithymie et recherche de minceur ..	79
Figure 3. Modèle de médiation : suppression expressive, alexithymie et boulimie	79
Figure 4. Modèle de médiation : réévaluation cognitive, alexithymie et conduites alimentaires à risque	79
Figure 5. Modèle de médiation : réévaluation cognitive, alexithymie et recherche de minceur ..	80
Figure 6. Modèle de médiation : réévaluation cognitive, alexithymie et boulimie	80

Liste des abréviations

ACT	Acceptance and commitment therapy / thérapie d'acceptation et d'engagement
CAAR	Conduites alimentaires à risque
CBT-E	thérapie cognitivo-comportementale pour TCA
DES-I	Differential Emotions Scale, state version
DES-IV	Differential Emotions Scale, trait version
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ED	Eating Disorder
EDI-2	Eating Disorder Inventory-2
ERQ	Emotion Regulation Questionnaire
FBT	Thérapie basée sur la famille / Family-based treatment
RE	Régulation émotionnelle
TAS-20	Toronto Alexithymie Scale-20 items
TBM	Thérapie basée sur la mentalisation
TCA	Troubles de la conduite alimentaire
TCD	thérapie comportementale dialectique / Dialectical behavior therapy
TED	Théorie des émotions différentielles

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les différents organismes ayant financé l'accomplissement de ce doctorat tels que le département de psychologie de l'Université de Montréal ainsi que M. Gilles Brosseau, représentant de la succession Wilrose Desrosiers et Pauline Dunn.

Je remercie aussi mon directeur de thèse, Serge Lecours, pour m'avoir permis de développer mon esprit critique, pour avoir poussé mes réflexions toujours plus loin et, surtout, pour avoir été non seulement mon directeur de recherche, mais une source d'inspiration clinique.

Également, je tiens à exprimer ma gratitude envers mes collègues de laboratoire pour tous ces rires, ces moments de folie (décos de Noël) et ces échanges. Catherine, merci d'avoir été ma partenaire de jujubes et de nouilles Ramen. Également, merci, Marie-Ève, pour ton support autant académique que personnel. Tu as été pour moi une mentore, une grande sœur. Finalement, merci, Lola pour tes histoires divertissantes.

Je tiens de plus à exprimer toute ma gratitude envers toi, Valérie Guertin : ma collègue, ma colocataire, mon amie. Je tiens premièrement à souligner nos nombreux moments de travail commun (tu es d'ailleurs juste en face de moi pendant que j'écris ce texte). Nous avons sûrement visité tous les Tim Hortons de la ville de Montréal pour tes cappuccinos. Plus particulièrement, merci d'avoir porté mon courage lorsque j'en avais moins.

J'aimerais aussi te remercier, Marie-Claude. Je l'ai toujours dit, c'est en grande partie grâce à toi que j'ai couru un demi-marathon, mais c'est aussi et surtout grâce à toi que j'ai réussi un des plus gros marathons de ma vie, ma thèse. Ne lis pas mes remerciements en marchant, j'aurais peur que tes pieds restent pris dans un *Ty-Rap*.

Merci Jade Pelletier-Brochu, ma « partner ». Nous avons littéralement passé 5 ans côte à côte. Cette fois-ci, j'ai envie de remercier le doctorat de m'avoir permis de rencontrer une amie aussi unique. Notre thèse est la fin d'un chapitre, mais tu seras dans ma vie pour le reste du livre.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers mes amis fidèles Maxim-Olivier, Virginie et Mireille. Vous avez cru en moi à chaque moment, en plus d'écouter mes nombreux discours sur la psychologie.

Je veux aussi souligner le soutien inconditionnel de mes parents. Merci à toi, maman, de ne jamais avoir douté de moi. Tu as fait de moi la femme forte, indépendante et persévérante que je suis. Merci, papa, pour tes petits plats, tes SMS de citations quotidiennes, ta chaleur et ton amour. Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers toi, belle-maman, Suzie, pour ta patience, ton support, ta grande compréhension et des pâtes aux brocolis.

Je tiens finalement à exprimer toute ma reconnaissance envers les professionnels travaillant à l'Institut Douglas. Vous avez été des superviseurs/enseignants/mentors/grandes sœurs ou frères dévoués et incroyablement inspirants. Je suis aujourd'hui fière de dire que je travaille à vos côtés et que vous êtes non seulement mes collègues, mais mes amis.

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION GÉNÉRALE

Faits généraux sur les troubles de la conduite alimentaire

Les troubles de la conduite alimentaire (TCA) sont aujourd’hui considérés comme un problème de santé publique important (Hudson, Hiripi, Pope Jr. et Kessler, 2007). On observe une augmentation considérable du nombre de cas répertoriés depuis les soixante dernières années, et ce, malgré un dépistage plus fin de la psychopathologie (Keski-Rahkonen, Mustelin, 2016; Wakeling, 1996).

Les TCA sont globalement définis comme une altération de l’image corporelle ainsi que des comportements alimentaires et affectent principalement les femmes âgées entre 12 et 35 ans (American Psychiatric Association, 2013). Parmi l’ensemble des TCA répertoriés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), l’anorexie mentale, la boulimie, l’hyperphagie boulimique et les troubles de la conduite alimentaire non spécifiés sont considérés comme les plus fréquents (American Psychiatric Association, 2013; Stice, Marti et Rhode, 2013). La prévalence des TCA rapportée dans le DSM-5 pour une période de 12 mois est de 0,4% pour l’anorexie, de 1% à 1,5% pour la boulimie, et de 0,8% (hommes) et 1,6% (femmes) pour l’hyperphagie boulimique (American Psychiatric Association, 2013). En ce qui a trait à la population québécoise, l’Institut Douglas (2013), par ses données administratives, estime que 3% des filles et des femmes âgées entre 13 et 30 ans ont un TCA (Institut Douglas, 2013). Les chercheurs soulignent toutefois qu’il y a sans doute une sous-estimation des prévalences, puisque les statistiques présentées ne tiennent pas compte des cas non déclarés (Udo et Grilo, 2019).

Bien que les catégories diagnostiques soient utiles pour de multiples raisons (discussions entre professionnels et chercheurs, facilitation du processus de collecte de données, obtention de

financement pour la recherche, choix de traitement), plusieurs spécialistes du domaine croient qu'il pourrait être intéressant de se centrer sur le type de conduites alimentaires problématiques présenté par la personne (p. ex. restriction alimentaire, comportements boulimiques) plutôt que de tenter de situer les individus au sein de catégories diagnostiques. Maints arguments sont apportés pour justifier un tel fonctionnement. Tout d'abord, les cliniciens concluent fréquemment au diagnostic de trouble alimentaire non spécifié puisque la présentation symptomatique du trouble est souvent hétérogène (Fairburn et Harisson, 2003; Forbush et al., 2018). De plus, les individus présentant un TCA évoluent régulièrement d'une catégorie diagnostique à une autre (p. ex. anorexie mentale vers boulimie). Également, on retrouve un chevauchement important des symptômes entre les diverses catégories diagnostiques (Fairburn, Cooper, Shafran et Wilson, 2008; Latzer, Hochdorf, Bachar et Canetti, 2002).

En ce qui a trait aux symptômes retrouvés dans la population générale, les données semblent préoccupantes. En effet, dans la population nord-américaine, on identifie une haute proportion de conduites alimentaires à risque (CAAR), c'est-à-dire des comportements restrictifs (p. ex. les diètes, l'exercice physique excessif, la préoccupation extrême pour le poids) et boulimiques (p. ex. les vomissements provoqués, les crises hyperphagiques) ne présentant pas un niveau de sévérité justifiant l'attribution d'un diagnostic (Lipson et Sonnevile, 2017; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg et Loth, 2011; Slof-op et al., 2017). Par ailleurs, plusieurs études se sont intéressées au phénomène. Tout d'abord, l'étude de Jeffrey Adlis et Forster (1991), comprenant un échantillon de 4000 adultes (âge moyen de 37,8 ans), démontre que 75% des femmes ont suivi un régime au cours de leur vie (Jeffery et al., 1991). Une étude plus récente effectuée à l'aide d'un échantillon de 31 636 participants (60,2% de sexe féminin) âgés entre 13 et 98 ans (âge moyen 31,6 ans) révèle que jusqu'à 63% des femmes ont déjà suivi un régime

dans le but de perdre du poids (Slof-op et al., 2017). Au niveau collégial et universitaire, une étude de Lipson et Sonnevile (2017) faite auprès de 9713 étudiants démontre que 40,2% des participants connaissent des crises hyperphagiques et 30,2% présentent des comportements compensatoires (p.ex. vomissements auto-induits, laxatifs, diurétiques). Finalement, l'étude de Forman et Hoffman (2004) suggère qu'une adolescente sur quatre a recours à des comportements présentant des risques pour la santé afin de contrôler son poids, par exemple les vomissements auto-induits, l'utilisation de laxatifs ou de pilules pour perdre du poids, les jeûnes, etc. Au Québec, l'Institut Douglas (2013) estime, et ce à l'aide de ses données administratives, qu'environ 30 000 femmes et filles souffrent d'un TCA, mais il propose que ce chiffre triplerait si l'on tenait compte des formes partielles du trouble (c.-à-d. une intensité des symptômes qui n'atteint pas un seuil diagnostique).

Même si les CAAR sont communes dans la société, elles ne devraient pas être prises à la légère puisqu'elles semblent un facteur de risque important pour le développement des TCA. En effet, les études tendent à indiquer que la psychopathologie débute souvent par des CAAR, pour éventuellement s'exacerber en trouble avéré (Fairburn, Cooper, Doll et Davies, 2005; Neumark-Sztainer et al., 2011; Stice, Marti et Durand, 2011). Ceci laisse donc supposer que les comportements alimentaires problématiques s'étalent sur un continuum allant de CAAR isolées jusqu'à des conduites atteignant un seuil diagnostique, les TCA (Wildes et Marcus, 2013). Par ailleurs, la méta-analyse de Schaumberg, Anderson, Anderson et Gorrell (2016) tend à indiquer que les adolescentes qui restreignent leur alimentation sont huit fois plus à risque de développer un TCA. Dans le cas de la restriction alimentaire jugée plus sévère, le risque peut alors être dix-huit fois plus élevé (Patton, Selzer, Coffey, Carlin et Wolfe, 1999). De plus, une étude longitudinale comprenant un échantillon de 2516 participants (1130 de sexe masculin, 1386 de

sexe féminin) révèle que les adolescents qui restreignent leur alimentation ou qui font usage de comportements compensatoires (p.ex. laxatifs, vomissements auto-induits) semblent être cinq fois plus à risque de développer un TCA cinq ans plus tard (Neumark-Sztainer et al., 2006).

Une présence aussi répandue de CAAR est inquiétante puisque les personnes qui en souffrent sont à risque de développer des complications importantes. En effet, quoique généralement de moindre sévérité, les répercussions associées aux CAAR sont souvent décrites comme similaires à celles associées aux TCA, qui sont pour leur part répertoriées dans le Tableau 1. Entre autres, les écrits scientifiques rapportent que les CAAR sont associées à des complications médicales, des difficultés au niveau du fonctionnement, un risque accru de problèmes psychiatriques, la présence d'idées suicidaires et une détresse psychologique considérable (Brausch et Gutierrez, 2009; Crow, Agras, Halmi, Mitchell et Kraemer, 2002; Gadalla et Piran, 2008; Kärkkäinen, Mustelin, Raevuori, Kaprio et Keski-Rahkonen, 2018; Mond et al., 2006; Stice et Peterson, 2007).

Tableau 1

Conséquences physiques et psychologiques des TCA

Conséquences physiques	Conséquences psychologiques
<ul style="list-style-type: none"> - Ostéoporose - Difficultés cardiovasculaires - Érosion de l'émail dentaire - Difficultés au niveau du système endocrinien (p.ex. aménorrhée, infertilité) - Difficultés gastro-intestinales 	<ul style="list-style-type: none"> - Obsession avec la nourriture - Difficultés sur le plan cognitif (p.ex. problèmes de concentration) - Labilité émotionnelle (p.ex. irritabilité, sensibilité) - Apathie <p>Comorbidité importante avec d'autres problématiques psychiatriques/psychologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Dépression - Troubles de la personnalité - Trouble obsessionnel-compulsif

En ce qui concerne les interventions, les données disponibles semblent plus généralement concerner les TCA, probablement puisque les personnes qui présentent une plus grande sévérité des symptômes sont souvent celles qui se retrouvent, volontairement ou non, en traitement. Ainsi, les méta-analyses suggèrent qu'entre 40% et 60% seulement des personnes ayant un TCA seront identifiées comme étant en rémission totale (Hay, 2013; Shaw et Stice, 2016; Watson et Bulik, 2013). La documentation scientifique estime ensuite que 30% seront en rémission partielle et que 20% présenteront un portrait chronique (Steinhausen, 2002). En effet, les TCA apparaissent comme des psychopathologies particulièrement difficiles à traiter, les personnes qui en souffrent démontrant typiquement peu de motivation à changer (Clausen, Marlene et Jones, 2013; Fairburn et Harrison, 2003). Elles tendent à résister aux interventions visant à réduire

leurs comportements alimentaires problématiques, et semblent suivre un traitement principalement suite aux pressions répétées qu'exercent leurs proches (Polivy et Herman, 2002; Vanderlinden, 2008). Des auteurs ont également suggéré que la chronicité de la pathologie peut, entre autres, être associée au fait que les interventions effectuées visent principalement la prévention de conséquences sévères (p. ex. sous-poids important) alors qu'il est plutôt proposé d'intervenir précocement (Treasure et Schmidt, 2008). En effet, une intervention rapide est associée à un meilleur pronostic puisque les complications peuvent augmenter avec la durée de la maladie (Steinhausen, 2002). C'est d'ailleurs pour cette raison que Neumark-Sztainer et ses collègues (2007) recommandent de débiter le traitement dès la présence de CAAR. Pour ce faire, il pourrait être pertinent de raffiner le dépistage des symptômes. En ce sens, la *National Institute of Mental Health* et plusieurs autres spécialistes du domaine proposent d'améliorer les connaissances actuelles sur les facteurs qui contribuent au développement des conduites alimentaires problématiques, ceci peu importe leur niveau de sévérité (Chavez et Insel, 2007; Schlegl, Quadflieg, Löwe, Cuntz et Voderholzen, 2014; Speranza, Loas, Wallier et Corcos, 2007). Une piste de recherche prometteuse à laquelle les chercheurs accordent de plus en plus d'importance est la vie émotionnelle des personnes présentant des CAAR.

Régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle (RE) fait référence aux processus par lesquels les individus influencent le type d'émotions vécues ainsi que la manière dont elles sont ressenties et exprimées (Gross, 2001). En effet, celle-ci permet de modifier les différentes caractéristiques de l'émotion : sa nature; son intensité; sa durée; son temps de latence et de montée; ses réponses biologiques, cognitives et comportementales (Mikolajczak, 2009).

Trois points méritent d'être précisés concernant la RE (Gross, 2002). Tout d'abord, même s'il est d'usage de penser que la gestion des émotions permet de réduire l'intensité des émotions négatives, les études tendent en fait à démontrer qu'elle permet à la fois d'augmenter et de diminuer la magnitude des émotions négatives et positives. Ensuite, la RE peut être consciente (p. ex. changer le sujet d'une conversation qui nous rend tristes) ou automatique et non consciente (p. ex. exagérer son expression de joie lorsqu'on reçoit un cadeau décevant). Finalement, la RE n'est considérée ni bonne, ni mauvaise. Une même manière de gérer les émotions peut permettre aux chirurgiens d'opérer avec succès ou bien neutraliser une réaction de détresse empathique devant une scène de torture.

À ce jour, les études suggèrent que la régulation émotionnelle joue un rôle essentiel dans l'ajustement d'un individu à son milieu, que ce soit au niveau de sa santé physique et mentale, de ses relations interpersonnelles ou de son rendement professionnel et académique (Brackett et Salovey, 2004; John et Gross, 2004). Il est donc peu étonnant de constater qu'un déficit dans la régulation émotionnelle est associé à plus de 75% des diagnostics du DSM-IV, par exemple le trouble de personnalité limite, la dépression majeure, le trouble bipolaire, le trouble d'anxiété généralisée, l'anxiété sociale, l'abus de substances et les troubles de la conduite alimentaire (Aldao, Nolen-Hoeksema et Schweizer, 2010).

En ce sens, il est proposé que les individus utilisent différentes stratégies de régulation émotionnelle afin d'exercer un certain contrôle sur leurs émotions et d'éviter qu'elles ne deviennent grandement désorganisées. Ces stratégies peuvent permettre d'influencer l'intensité, la durée ou même le type d'émotions ressenties (Gross, 1998). Généralement, les chercheurs divisent les stratégies de régulation émotionnelle en deux catégories (Aldao et al., 2010). On retrouve les stratégies adaptatives (p. ex. acceptation, résolution de problème et réévaluation

cognitive) et non adaptatives (p. ex. rumination, évitement et suppression). Cette compartimentation est effectuée sur la base de leur association avec la psychopathologie. En effet, les stratégies adaptatives ont été inversement associées à la psychopathologie alors que les stratégies non adaptatives ont été associées positivement à la psychopathologie (Aldao et al., 2010).

En plus de l'utilisation de stratégies adaptatives de régulation émotionnelle, les études suggèrent qu'un des éléments clés de la régulation émotionnelle est d'avoir accès à un large répertoire d'émotions (Barrett, Gross, Christensen et Benvenuto, 2001; Cole, Michel et O'Donnell Teti, 1994). En effet, lorsqu'une émotion jugée appropriée et caractéristique d'une situation est inaccessible, ceci peut indiquer qu'une fonction adaptative de base est « bloquée ». Outre l'accès limité à certaines émotions, il est parfois possible d'observer une prédominance de certaines émotions chez un individu, cet attribut étant perçu comme tout aussi préoccupant. Par exemple, les résultats de quelques études semblent indiquer que la dépression est caractérisée par un accès limité aux émotions positives, mais aussi par une prépondérance de la tristesse (Blumberg et Izard, 1986; Izard, Bartlett et Marshall, 1972; Watson et al., 1995). Dans le même sens, les écrits scientifiques suggèrent que le trouble des conduites est associé à une prédominance de l'émotion de colère et le trouble de la personnalité antisociale à une disponibilité réduite de la culpabilité (Barrett et al., 2001; Cole et al., 1994).

Théories de la régulation émotionnelle

La recherche en régulation émotionnelle a gagné en popularité il y a environ 30 ans, période que l'on appelle d'ailleurs « la révolution des affects » (Fisher et Tangney, 1995). Elle a tout d'abord émergé dans le domaine de la psychologie développementale, plus spécifiquement au sein des études portant sur l'enfance (Eisenberg, Champion et Ma, 2004). Les chercheurs

s'intéressaient, entre autres, aux processus par lesquels les nourrissons, alors entièrement dépendants de leurs parents pour gérer leurs émotions, en venaient à s'autoréguler. Plusieurs domaines ont alors été abordés : la maturation des fonctions sous-corticales; l'acquisition de compétences individuelles comme la conscience de soi et la compréhension des émotions; le rôle de l'environnement social comme le climat émotionnel familial, la sensibilité parentale et l'effet des amis (Eisenberg, Cumberland et Spinrad, 1998; Thompson, Lewis et Calkins, 2009).

En ce qui a trait à la régulation émotionnelle chez l'adulte, sujet auquel s'intéresse cette thèse, James J. Gross est le chercheur dont la contribution est la plus significative. Encore aujourd'hui, son modèle est le plus étudié et validé au sein des écrits scientifiques. Il demeure également l'auteur le plus cité.

Régulation émotionnelle selon la théorie de James J. Gross. Gross (1998) a construit le *Process Model*, et ce, en se basant sur les principes convergents issus des différentes théories existantes portant sur la régulation émotionnelle (Arnold, 1960; Buck, 1985; Ekman, 1972; Fridja, 1986; Izard, 1977; Lazarus, 1991; Plutchick, 1980; Scherer, 1984; Tomkins, 1962). Il a ainsi tenté d'organiser le grand nombre de stratégies de régulation émotionnelle discuté dans les différents écrits scientifiques en les situant le long du processus d'émergence des émotions (Gross, 1998, 2001). Selon sa conception, une émotion se déploie dans le temps, c'est-à-dire qu'elle débute par une évaluation des indices internes et externes pour ensuite se manifester simultanément sur plusieurs plans : comportemental, expérientiel et physiologique. Ces réponses émotionnelles peuvent être modulées tout au long de ce processus, leur donnant ainsi leur forme lorsqu'elles se manifestent.

Plus précisément, le *Process Model* distingue deux types de stratégies de régulation des émotions : les stratégies basées sur les antécédents de la réponse émotionnelle et les stratégies

basées sur la réponse émotionnelle elle-même. Les stratégies basées sur les antécédents de la réponse émotionnelle sont celles ayant lieu avant que la réponse émotionnelle ne soit générée et qu'elle n'influence notre comportement ou nos réactions physiologiques. Elles incluent la sélection de la situation (p. ex. visiter un ami qui nous fait rire la veille d'un examen plutôt que d'aller à une période de révision avec des étudiants anxieux), la modification de la situation (p. ex. changer un sujet de conversation qui nous perturbe), le déploiement attentionnel (p. ex. compter les tuiles du plafond lors d'une conversation de groupe inconfortable) et la manipulation effectuée sur le traitement cognitif des informations reçues (choisir la signification que l'on donnera à une situation). Pour ce qui est des stratégies basées sur la réponse émotionnelle, il s'agit d'influencer la réponse émotionnelle une fois qu'elle a été générée sur l'une de ses trois composantes : expressive/comportementale, cognitive/expérientielle ou physiologique (p. ex. consommation de substance ou cacher son expression de colère quand une personne nous insulte).

Gross et John (2003) ont porté une attention plus particulière à deux stratégies spécifiques de régulation émotionnelle, soit la réévaluation cognitive et la suppression expressive. Ces auteurs citent plusieurs raisons pour justifier leur choix : 1) les deux stratégies se définissent en termes de différences individuelles; 2) il est possible de les manipuler en laboratoire; 3) elles sont toutes deux utilisées pour diminuer l'intensité émotionnelle ressentie; 4) elles représentent l'un des contrastes les plus connus, la réévaluation cognitive étant basée sur les antécédents de la réponse émotionnelle alors que la suppression expressive se base sur la réponse émotionnelle.

La réévaluation cognitive se définit comme le processus cognitif par lequel l'évaluation d'une situation permet d'en atténuer ou d'en accroître le caractère émotionnel, par exemple considérer une entrevue d'emploi comme l'opportunité d'en apprendre davantage sur le milieu

plutôt que comme une évaluation de sa valeur personnelle (Gross et John, 2003). La suppression expressive, pour sa part, consiste plutôt à inhiber l'expression des émotions de façon à ne pas communiquer d'informations à autrui sur ses états internes, par exemple cacher sa honte à ses collègues de classe lors d'un échec à un examen (Gross, 1998). Il est important de noter que la suppression expressive et la réévaluation cognitive ne sont pas antinomiques, c'est-à-dire que l'utilisation de l'une est indépendante de l'utilisation de l'autre.

De manière générale, la réévaluation cognitive est associée à une diminution des émotions négatives et à une augmentation des émotions positives ainsi que du bien-être psychologique (Gross et John, 2003). À l'inverse, la suppression expressive est associée à une diminution des émotions négatives et positives. De plus, la suppression est associée négativement au bien-être psychologique (John et Gross, 2004). En effet, Gross (1998) soutient que la suppression expressive ne fait pas disparaître le problème émotionnel à la base de l'émotion exprimée. Il observe en effet que les participants utilisant la suppression expressive présentent moins d'expressions comportementales émotionnelles. Toutefois, ceux-ci rapportent ressentir plus fortement l'émotion « réprimée » comparativement aux participants utilisant la réévaluation cognitive. De plus, les participants utilisant la suppression expressive disent percevoir plus d'activation physiologique (système nerveux sympathique) associée à l'émotion réprimée relativement aux autres participants.

Dans un même ordre d'idées, les recherches en régulation émotionnelle tendent à démontrer qu'une plus grande utilisation de la suppression expressive et une plus petite utilisation de la réévaluation cognitive sont associées à la psychopathologie (Gross et John, 2003). En effet, la suppression expressive est associée à un niveau plus élevé de détresse psychologique ainsi qu'à un plus grand risque de dépression, d'anxiété et d'état de stress post-

traumatique (Calvo et Eysenk, 2000; Eftekhari, Zoellner et Vigil, 2009; Gross et John, 2003).

Les troubles de l'alimentation semblent également associés positivement à la suppression expressive et négativement à la réévaluation cognitive (Danner, Sternheim et Evers, 2014).

Régulation émotionnelle et TCA selon Hilde Bruch

La psychanalyste et psychiatre Hilde Bruch (1962; 1978) est l'une des premières cliniciennes et chercheuses à avoir abordé le déficit émotionnel présent chez les personnes qui présentent des conduites alimentaires problématiques.

Bruch (1962; 1978) élabore éventuellement un modèle pour décrire les différents traits de personnalité prototypiques distinguant les personnes ayant un TCA. Entre autres, elle explique que ces individus semblent avoir une faible conscience intéroceptive, une caractéristique qu'elle place d'ailleurs au cœur des problématiques alimentaires. Ce trait de personnalité est défini comme une incertitude par rapport aux états somatiques et affectifs vécus ainsi qu'une peur ou une culpabilité relative aux expériences affectives ressenties. Des études empiriques ultérieures révèlent d'ailleurs la présence d'une association entre une faible conscience intéroceptive et les TCA (Fassino, Piero, Garmaglia et Abbate-Dagga, 2004).

Alexithymie

Les observations et la théorie de Bruch ont ouvert la porte aux recherches explorant le lien entre la personnalité et les TCA. Cet engouement est possiblement dû à la multitude de modèles théoriques identifiant certains traits de personnalité comme étant impliqués dans l'étiologie, l'expression symptomatique et le maintien des TCA (Cassin et von Ranson, 2005; Farstad, McGeown et von Ranson, 2016). L'un des traits de personnalité étudié pour son association avec les TCA et grandement inspiré du concept de conscience intéroceptive de Bruch est l'alexithymie. Le concept est introduit par Sifneos dans les années 1970 pour regrouper un

ensemble de caractéristiques observées chez les personnes souffrant de maladies psychosomatiques (Corcos et Speranza, 2003). L'alexithymie signifie littéralement « pas de mot pour les émotions » et reflète une déficience au niveau des processus cognitivo-expérientiels de l'expérience émotionnelle humaine, une composante essentielle à la régulation des émotions (Bagby et Taylor, 1997; Sifneos, 1972). Malgré la divergence des modèles élaborés pour rendre compte du phénomène, l'alexithymie bénéficie aujourd'hui d'une définition empirique généralement acceptée par l'ensemble des théoriciens et chercheurs de diverses approches : 1) une difficulté ou une incapacité à identifier ses émotions et à les différencier de leurs sensations corporelles; 2) une difficulté à exprimer/décrire ses émotions; 3) une vie imaginaire limitée; 4) une pensée concrète, tournée vers les aspects extérieurs de la vie au détriment des aspects affectifs subjectifs ou « intérieurs » (Taylor, Ryan et Bagby, 1985). Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que l'alexithymie était un *état* résultant de la psychopathologie comme les TCA ou la dépression (p. ex. un état de dénutrition extrême qui entraîne certains déficits émotionnels). Toutefois, une multitude d'études, entre autres longitudinales et factorielles, ont plutôt suggéré qu'il s'agissait d'un *trait* de personnalité (Luminet, Bagby, Wagner, Taylor et Parker, 1999). En effet, l'alexithymie présente une stabilité temporelle importante, bien que son niveau puisse varier à travers la vie d'un individu (Luminet, Bagby et Taylor, 2001; Porcelli et al., 2003). De surcroît, le phénomène se répartit selon une distribution normale dans la population générale (Leweke, Leichsenring, Kruse et Hermes, 2012). L'alexithymie ne serait donc pas un concept dichotomique, mais s'observerait plutôt sur un continuum (Swiller, 1988). À plus forte intensité, toutefois, ce trait de personnalité reflèterait une perturbation importante de la qualité de la régulation émotionnelle et prédisposerait les individus à la psychopathologie. En effet, plusieurs écrits scientifiques suggèrent qu'il s'agit d'un phénomène transnosographique caractéristique

d'un grand nombre de troubles mentaux comme l'état de stress post-traumatique et les psychopathologies associées à la dépendance (Haviland, Hendryx, Shaw et Henry, 1994; Yehuda et al., 1997). En ce qui concerne les CAAR, la méta-analyse de Nowakaowski, McFarlane et Cassin (2013) indique que celles-ci sont associées, tout comme les TCA, à un niveau plus élevé d'alexithymie.

Ainsi, autant l'alexithymie que la faible conscience intéroceptive semblent impliquer une perception limitée des états internes. La documentation scientifique propose qu'un des facteurs contributifs possibles à ce déficit est la présence d'une asyntonie (c.-à-d. dissonance / absence d'harmonie ou de lien / impossibilité à s'accorder avec une personne ou un environnement) dans la communication émotionnelle parent-enfant au cours du développement. En effet, en décrivant des phénomènes apparentés à l'alexithymie, plusieurs auteurs tels que Bion (1962) et Winnicott (1967) abordent le sujet dans leurs écrits. Selon leur conception, les perceptions, sensations et émotions primaires de l'enfant sont transformées par le parent en représentations mentales. En effet, cette théorie postule que le parent est chargé de renvoyer à l'enfant ses états émotionnels, mais sous une forme plus « digeste » pour celui-ci. Au fur et à mesure de leurs interactions, des expériences internes de plus en plus complexes seraient communiquées. Les auteurs proposent que l'enfant en vient éventuellement à intégrer cette capacité et est alors possiblement en mesure de l'appliquer de manière autonome pour réguler son propre monde interne. Parallèlement, Linehan (1993) a insisté sur le rôle d'un environnement familial invalidant à l'enfance dans le développement du trouble de personnalité limite, une psychopathologie ayant pour caractéristique principale une forte dérégulation émotionnelle. Il semble que l'invalidation émotionnelle soit également associée aux TCA (Haslam, Mountford, Meyer et Waller, 2008; Mountford, Corstorphine, Tomlinson et Waller, 2007). Certains auteurs précisent toutefois qu'il

ne s'agit peut-être pas d'une invalidation « objective », mais plutôt d'une invalidation ressentie et donc de la perception de l'enfant/adolescent/adulte (Wheeler, Wintre et Polivy, 2003).

En résumé, pour qu'un enfant développe une conscience émotionnelle robuste, il est possiblement important qu'il grandisse dans un environnement au sein duquel il perçoit que l'expression de ses émotions est encouragée et dans lequel il peut détecter une certaine cohérence et prévisibilité au niveau de ses expériences internes. Dans le cas opposé, les expériences émotionnelles ne bénéficieraient probablement pas d'un fondement suffisant leur permettant d'être représentées, organisées et régulées. En effet, certaines théories psychanalytiques proposent que ce type de climat peut amener l'enfant à développer certains mécanismes de protection permettant « d'isoler » l'émotion vécue comme trop intense. Ceux-ci pourraient toutefois empêcher la formation de représentations mentales des émotions et donc possiblement favoriser le développement de traits alexithymiques (Taylor, Bagby et Parker, 2016). Ces mécanismes portent différents noms selon les auteurs et les courants : refoulement primaire, répression et dissociation avec expérience non formulée (Marty, 1990; Stern, 2010; Taylor et al., 2016). Toutefois, malgré les écrits qui ont abordé ces mécanismes, la relation proposée ne demeure qu'une conjecture puisqu'aucune étude scientifique ne semble avoir lié ces mécanismes au développement de l'alexithymie. En effet, les connaissances empiriques au sujet de l'étiologie de l'alexithymie demeurent très limitées. Les cliniciens critiquent grandement cette méconnaissance, car les personnes ayant des traits alexithymiques représentent un défi particulier puisqu'il n'y a pas d'intégration entre l'affect et la cognition.

Présentation des études de la thèse

Les deux articles de cette thèse ont pour objectif global d'avancer les connaissances sur le lien entre la présence de difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle et les CAAR.

Afin de clarifier l'emploi de certains termes, quelques précisions peuvent être apportées concernant leur définition. Tout d'abord, le terme TCA sera utilisé pour faire référence aux comportements alimentaires problématiques de sévérité diagnostique. À des fins de simplification, cette expression inclura aussi les diagnostics *autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments spécifié ou non spécifié* qui sont utilisés pour représenter les troubles qui ne remplissent pas tous les critères des troubles spécifiques, mais qui provoquent tout de même une altération du fonctionnement et une détresse cliniquement significative (American Psychiatric Association, 2013). Pour sa part, l'expression CAAR sera utilisée pour discuter des conduites alimentaires problématiques retrouvée dans la population générale, mais dont le niveau de sévérité ne justifie pas de diagnostic au DSM-5. Finalement, très rarement, le terme « comportements alimentaires problématiques » sera employé pour faire référence aux conduites alimentaires pathologiques, peu importe le niveau de sévérité. Toutefois, la plupart du temps, cette expression sera accompagnée d'une mention indiquant le niveau de sévérité discutée (p.ex. « conduites alimentaires problématiques de sévérité diagnostique ou non »).

Présentation de la première étude

Bien que le rôle de l'alexithymie au sein des TCA et des CAAR soit robustement établi, plusieurs critiquent le manque de connaissances empiriques leur permettant d'intervenir plus efficacement auprès des individus ayant des conduites alimentaires problématiques (peu importe leur niveau de sévérité) et présentant des traits de personnalité alexithymiques (Nowakowski et al., 2013). Des études supplémentaires sur les potentiels facteurs étiologiques de l'alexithymie pourraient s'avérer une avenue intéressante. En effet, elles pourraient permettre une meilleure compréhension du processus, fournissant ainsi des outils supplémentaires pour l'élaboration de traitements efficaces. Au cours des dernières décennies, certains chercheurs et cliniciens

s'inspirant de l'approche psychanalytique ont proposé une série de mécanismes utilisés par les individus pour « détacher » l'affect de sa cognition (p. ex. refoulement primaire, répression et dissociation avec expérience non formulée). Certains auteurs suggèrent que ces mécanismes empêchent la formation de représentations mentales des émotions, pouvant contribuer au développement de l'alexithymie (Marty, 1990; Stern, 2010; Taylor et al., 2016). Malgré le caractère fort intéressant des théories suggérées, celles-ci ne semblent pas avoir été testées empiriquement dans le contexte de la compréhension des CAAR.

L'objectif du premier article est donc de tester empiriquement ces modèles en « opérationnalisant » les mécanismes de mise de côté émotionnelle proposés dans les diverses théories psychanalytiques, ceci en ayant recours à deux stratégies de régulation émotionnelle provenant du modèle de James J. Gross ayant reçu un fort appui empirique : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. Le focus de cet article étant également les conduites alimentaires problématiques, l'objectif est de voir comment ce processus s'inscrit dans la compréhension des CAAR. Deux formes distinctes de CAAR (c.-à-d. restriction et comportements boulimiques) sont également investiguées à titre exploratoire. Les séquences hypothétiques suivantes sont donc mises à l'épreuve :

1) Suppression expressive → alexithymie → CAAR/recherche de minceur/boulimie

2) Réévaluation cognitive → alexithymie → CAAR/recherche de mineur/boulimie

Un total de 292 femmes provenant d'une population non clinique majoritairement universitaire a pris part à l'étude. Les participantes ont complété une série d'instruments autorapportés. Tout d'abord, le *Toronto Alexithymia Scale-20* (Bagby, Parker et Taylor, 1994), a été choisi pour mesurer l'alexithymie. Ensuite, le *Emotion Regulation Questionnaire* (Gross et John, 2003) a été sélectionné pour évaluer les stratégies de régulation émotionnelle utilisées par

les participantes. Finalement, le *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991) a été utilisé afin de mesurer les CAAR globales, les conduites restrictives et les comportements boulimiques.

Certaines précisions méritent d'être faites quant à l'emploi de ce questionnaire. Tout d'abord, l'échelle *recherche de minceur* a été choisie afin de mesurer les comportements alimentaires qui s'apparentent à l'anorexie mentale. Cette échelle a démontré son efficacité pour distinguer les personnes ayant des symptômes d'anorexie de celles qui n'en ont pas (Garner, Olmsted et Garfinkel, 1982). De plus, cette échelle est utilisée pour évaluer les tendances restrictives d'un individu et est associée à l'échelle *restriction alimentaire* du *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (Klemchuk, Hutchinson et Frank, 1990). Cependant, nous sommes bien conscients que cette utilisation n'est pas sans lacune puisque la recherche de minceur ne se limite pas à une diminution des apports alimentaires et ne peut pas être interprétée comme un équivalent du diagnostic complexe que représente l'anorexie mentale. La seconde précision concerne sa cotation pour les études composées d'échantillons non cliniques. Il est avant tout essentiel de noter que l'EDI a été utilisé maintes fois dans les études employant des échantillons non cliniques, justifiant par conséquent son utilisation pour cette thèse (Klemchuk, Hutchinson et Frank, 1990; Miller, Schmidt, Vaillancourt, McDougall et Laliberte, 2006; Van Strien, Engels, Van Leeuwe et Snoek, 2005). Toutefois étant donné la symptomatologie moins importante retrouvée dans ce type d'échantillon, certaines modifications ont été apportées à la cotation habituellement utilisée afin d'obtenir une plus grande variabilité au sein des réponses données par les participantes. En effet, l'échelle de Likert normalement graduée en 3 points (3 = « Toujours », 2 = « En général », 1 = « Souvent », 0 = « Quelquefois », 0 = « Rarement », 0 = « Jamais ») a plutôt été graduée en 6 points allant de 6 = « Toujours » à 1 = « Jamais ». Cette adaptation réfère à la cotation dite « non transformée » du EDI et aucun avantage ou

inconvenient n'y a été associé (Garner, 1991). Par ailleurs, il est recommandé d'effectuer cette modification pour les échantillons non cliniques puisque la cotation transformée (0 à 3) ne permet pas une fluctuation des réponses suffisante pour obtenir des résultats significatifs (Shoemaker, van Strien et van der Staak, 1994). Plus spécifiquement, elle vise à mesurer les formes « d'anorexie extrême », ce qui se révèle être plutôt rare dans une population non clinique.

Des analyses de médiation ont ensuite été effectuées pour tester les séquences hypothétiques suggérées. L'approche proposée pour l'exploration de ces relations n'est pas orthodoxe en ce qu'elle « recule » dans la chaîne associative ou l'ordre logique des variables à l'étude. En effet, le lien entre l'alexithymie et les CAAR/TCA est bien documenté. Ainsi, la première étude effectue un « zoom in » sur l'alexithymie en plaçant cette notion en position de variable intermédiaire ou médiatrice afin d'examiner le rôle des deux grandes stratégies de régulation émotionnelle en tant que variables prédictives de l'alexithymie. En déplaçant ainsi la chaîne logique (« causale »), un mécanisme de « mise à côté » comme la suppression expressive peut être évalué dans sa valeur de cible éventuelle des interventions psychologiques visant à réduire l'alexithymie (et donc les CAAR).

Malgré son originalité, il est important de noter que cette manière d'utiliser la médiation est justifiée théoriquement. En effet, plusieurs chercheurs mentionnent qu'il s'agit d'une méthode permettant de tester une séquence causale hypothétique dans laquelle une première variable, indépendante, en influence une seconde, intermédiaire, qui agit à son tour sur la troisième, dépendante (Baron et Kenny, 1986; El Akremi et Roussel, 2003). Autrement dit, la médiation fait référence à un mécanisme génératif (Baron et Kenny, 1986). Par ailleurs, cette façon de faire a déjà été employée dans d'autres contextes. Par exemple, dans leur étude, El Akremi et Roussel (2003) commencent par expliquer que le sentiment de confiance à l'égard

d'une organisation et de son management peut influencer l'engagement affectif des salariés. Toutefois, ils précisent qu'il serait important de s'intéresser aux variables qui précèdent cette relation, c'est-à-dire à celles qui peuvent influencer le sentiment de confiance, notamment les pratiques d'empouvoirement.

Les résultats du premier article confirment les séquences hypothétiques proposées. Tout d'abord, ils révèlent que la suppression expressive prédit positivement les traits de personnalité alexithymiques qui, à leur tour, prédisent positivement les variables CAAR, recherche de minceur et boulimie. Les résultats indiquent également que l'utilisation de la réévaluation cognitive prédit négativement les traits de personnalité alexithymiques, ceci prédisant ensuite une présence réduite de CAAR, de recherche de minceur et de comportements boulimiques.

Présentation de la seconde étude

La recherche en régulation émotionnelle suggère également que pour gérer adéquatement son monde interne, il semble important d'avoir accès à un large éventail d'émotions (Izard, 1972). En effet, un système émotionnel humain caractérisé par la prédominance de certaines émotions ou par un accès limité à certaines d'entre elles peut indiquer la présence d'une importante dérégulation émotionnelle et mettre la personne à risque de symptômes psychopathologiques (Barrett et al., 2001; Cole et al., 1994). Ainsi, l'objectif de la seconde étude est d'approfondir les connaissances sur le lien entre les différentes émotions et les conduites alimentaires de nature boulimique et restrictive. Pour ce faire, la théorie des émotions différentielles élaborée par Carroll Izard est utilisée. Celle-ci suggère que le système émotionnel humain se compose d'un bon nombre d'émotions primaires qui sont distinctes dans leur fonction favorisant la résolution des problèmes adaptatifs rencontrés par chaque individu : l'intérêt, la joie, la surprise, la colère, la tristesse, le mépris, le dégoût, la culpabilité, la timidité, la honte et

la peur et l'hostilité dirigée contre soi. Le modèle aborde à la fois la notion d'émotions-traits (différences individuelles stables se manifestant par la fréquence avec laquelle les émotions sont vécues au quotidien par un individu) et d'émotions-états (expériences émotionnelles limitées dans le temps et provoquées par un stimulus environnemental particulier).

De manière générale, le second article propose d'aborder la relation spécifique entre différentes émotions à la base de deux types de CAAR (restriction et boulimie) grâce à deux stratégies de recherche complémentaires : émotions distinctes habituelles et comportements alimentaires habituels; épisodes alimentaires spécifiques et émotions distinctes ponctuelles qui les précèdent. L'objectif est d'obtenir le portrait le plus complet possible des liens entre les émotions distinctes et les CAAR. L'article est par conséquent séparé en deux études. La première vise tout d'abord à explorer l'association entre les émotions-traits et les conduites alimentaires de recherche de minceur et boulimiques. L'objectif est d'identifier les émotions ou patrons (*patterns*) émotionnels qui semblent « dominer » l'expérience émotionnelle de la personne et qui prédisent de manière unique les différents CAAR.

Un total de 244 femmes provenant d'une population non clinique majoritairement universitaire a complété un ensemble de questionnaires autorapportés. Tout d'abord, le *Eating Disorder-2* (Garner, 1991) a été utilisé pour mesurer les CAAR globales, les conduites restrictives et les comportements boulimiques. Pour ce qui est des émotions-traits du modèle d'Izard (1972), le *Differential Emotion Scale-trait version* (Izard, Libero, Putnam et Haynes, 1993) a été choisi afin de les évaluer.

Les résultats des corrélations et des régressions effectuées suggèrent que les émotions négatives jouent un rôle déterminant dans les CAAR. Lorsque la contribution unique de chaque émotion est observée, seule la honte demeure un prédicteur significatif de la recherche de

minceur et seuls le mépris, la culpabilité et l'hostilité dirigée contre soi prédisent de façon unique la variable boulimie.

Pour sa part, la seconde étude de l'article explore la relation entre les émotions-états et des épisodes précis de conduites alimentaires boulimiques ou restrictives. Le but est de s'intéresser à la nature ainsi qu'à l'intensité des émotions vécues immédiatement avant un épisode de restriction et de boulimie rapporté par les participantes. Les différences significatives existant entre les émotions-états vécues avant un épisode boulimique et celles ressenties avant un épisode restrictif sont examinées.

Un total de 155 participantes issues de la première étude a tout d'abord complété un questionnaire leur demandant de rapporter par écrit un comportement de restriction ou de boulimie ayant eu lieu dans le passé. Les participantes ont ensuite complété le *Differential Emotion Scale-state version* (Izard et al., 1972). Les résultats des scores moyens obtenus pour chaque émotion-état suggèrent que les émotions négatives sont vécues de manière prédominante avant un épisode de restriction ou de boulimie, la tristesse se plaçant au premier rang. Des tests-t ont pour leur part révélé que les personnes ayant rapporté un épisode boulimique ressentaient significativement moins de joie et d'intérêt avant l'épisode que les participantes ayant indiqué un épisode de restriction.

Références

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. et Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Arnold, M.A. (1960). *Emotion and personality*. (vol. 1) New York : Columbia University Press.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. et Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M. et Taylor, G. J. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. Dans G. J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker (dir.), *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (p. 26-45). Cambridge : University Press.
- Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C. et Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15(6), 713-724.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London : Heinemann.
- Blumberg, S. H. et Izard, C. E. (1986). Discriminating patterns of emotions in 10-and 11-yr-old children's anxiety and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(4), 852-857.

- Brackett, M. A. et Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test. Dans G. Geher (dir.), *Measurement of emotional intelligence* (p. 179–194). Hauppauge, NY : Nova Science Publishers.
- Brausch, A. M. et Gutierrez, P. M. (2009). The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 58-71.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.
- Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. London : Routledge & Kegan Paul.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Buck, R. (1985). Prime theory: An integrated view of motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(3), 389-413.
- Calvo, M. G. et Eysenck, M. W. (2000). Early vigilance and late avoidance of threat processing: Repressive coping versus low/high anxiety. *Cognition & Emotion*, 14(6), 763-787.
- Cassin, S. E. et von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895-916.
- Chavez, M. et Insel, T. R. (2007). Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist*, 62(3), 159.
- Clausen, L., Lübeck, M. et Jones, A. (2013). Motivation to change in the eating disorders: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 755-763.

- Cole, P. M., Michel, M. K. et Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. Dans Fox NA (dir.), *Monographs of the society for research in child development* (vol. 59, p. 73-100). Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Corcos, M. et Speranza M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris : Dunod.
- Crow, S. J., Stewart Agras, W., Halmi, K., Mitchell, J. E. et Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 309-318.
- Danner, U. N., Sternheim, L. et Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215(3) 1–6.
- Douglas Institut Universitaire en Santé Mentale. (2013). Troubles de l'alimentation : causes et symptômes. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation>
- Eftekhari, A., Zoellner, L. A. et Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(5), 571-586.
- Eisenberg, N., Champion, C. et Ma, Y. (2004). Emotion-related regulation: An emerging construct. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 236-259.
- Eisenberg, N., Cumberland, A. et Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241-273.
- Ekman, P. (1972). Universals and cultural differences in facial expression of emotion. Dans J. Cole (dir.), *Nebraska symposium on motivation* (vol. 19, p. 207-283). Lincoln, NE : University of Nebraska Press.
- El Akremi, A. et Roussel, P. (2003). Analyse des variables modératrices et médiatrices par les

- méthodes d'équations structurelles : applications en GRH. Dans *Actes de la 10 ème conférence de l'Association Française de Gestion des Ressources Humaines* (p. 1063-1096).
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. et Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2249-2255.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. et Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. Dans D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (p. 578-614). New York : The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407-416.
- Farstad, S. M., McGeown, L. M. et von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *46*, 91-105.
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C. et Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, *37*(4), 168-174.
- Fischer, K. W. et Tangney, J. P. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. Dans J. P. Tangney et K. W. Fischer (dir.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride* (p. 3-22). New York : Guilford Press
- Forbush, K. T., Chen, P. Y., Hagan, K. E., Chapa, D. A., Gould, S. R., Eaton, N. R. et Krueger, R. F. (2018). A new approach to eating-disorder classification: Using empirical methods to delineate diagnostic dimensions and inform care. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(7), 710-721.

- Forman-Hoffman, V. (2004). High prevalence of abnormal eating and weight control practices among US high-school students. *Eating behaviors*, 5(4), 325-336.
- Frijda, N. H. (1986) *The emotions*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Gadalla, T. et Piran, N. (2008). Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. *Women & health*, 48(4), 467-484.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory – 2: Professional manual*. Floride : Psychological Assessment Ressources, Inc.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. et Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J. et John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C. et Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 9, 313-318.

- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G. et Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 124-128.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462–469.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G. et Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York : Plenum.
- Izard, C.E., Bartlett, E.S. et Marshall, A.G. (1972). *Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression*. New York : Academic Press.
- Izard, C. E., Libero, D. Z., Putnam, P. et Haynes, O. M. (1993). Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of personality and social psychology*, 64(5), 847.
- Jeffery, R. W., Adlis, S. A. et Forster, J. L. (1991). Prevalence of dieting among working men and women: the healthy worker project. *Health Psychology*, 10(4), 274.
- John, O. P. et Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
- Keski-Rahkonen, A. et Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.

- Klemchuk, H. P., Hutchinson, C. B. et Frank, R. I. (1990). Body dissatisfaction and eating-related problems on the college campus: Usefulness of the Eating Disorder Inventory with a nonclinical population. *Journal of Counseling Psychology*, 37(3), 297–305.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E. et Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819–834.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J. et Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22-28.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder* (vol. 51). New York : Guilford Press.
- Lipson, S. K. et Sonnevile, K. R. (2017). Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 US colleges and universities. *Eating Behaviors*, 24, 81-88.
- Luminet, O., Bagby, R. M. et Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 254-260.
- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H., Taylor, G. J. et Parker, J. D. (1999). Relation between alexithymia and the five-factor model of personality: a facet-level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 345-358.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P. et Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating behaviors*, 7(1), 69-78.
- Mikolajczak, M. (2009). La régulation des émotions négatives. Dans M. Mikolajczak, J. Quoidbach, I. Kotsou et D. Nelis (dir.), *Les compétences émotionnelles* (p. 153-191). Paris : Dunod.
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., Owen, C., Crosby, R. et Mitchell, J. (2006). Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: Implications for the classification of bulimic-type eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 294-302.
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S. et Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 48-58.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J. et Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), 559-568.
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E. et van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E. et Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T. et Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a

- critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1-14.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C. C. J. B., Carlin, J. B. et Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *Bmj*, 318(7186), 765-768.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York : Harper & Row.
- Polivy, J. et Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
- Porcelli, P., Bagby, R. M., Taylor, G. J., De Carne, M., Leandro, G. et Todarello, O. (2003). Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 911-918.
- Schaumberg, K., Anderson, D. A., Anderson, L. M., Reilly, E. E. et Gorrell, S. (2016). Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical obesity*, 6(2), 89-100.
- Scherer, K. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. Dans K. R. Scherer et P. E. Ekman (dir.), *Approaches to emotion* (p. 293-317). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Schlegl, S., Quadflieg, N., Löwe, B., Cuntz, U. et Voderholzer, U. (2014). Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa: effectiveness and clinical significance of changes. *BMC psychiatry*, 14(1), 258.
- Schoemaker, C., van Strien, T. et van der Staak, C. (1994). Validation of the Eating Disorders Inventory in a nonclinical population using transformed and untransformed responses. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 387-393.

- Shaw, H. et Stice, E. (2016). The implementation of evidence-based eating disorder prevention programs. *Eating disorders*, 24(1), 71-78.
- Sifneos P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, MA : Harvard University Press
- Slof-Op't Landt, M. C., van Furth, E. F., van Beijsterveldt, C. E., Bartels, M., Willemsen, G., de Geus, E. J., Ligthart et Boomsma, D. I. (2017). Prevalence of dieting and fear of weight gain across ages: a community sample from adolescents to the elderly. *International journal of public health*, 62(8), 911-919.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. et Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Stern, D. B. (2010). Partners in thought: Working with unformulated *experience, dissociation, and enactment*. (vol.12). New York : Routledge.
- Stice, E., Marti, C. N. et Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 622-627.
- Stice, E., Marti, C. N. et Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445.
- Stice E et Peterson C. Assessment of eating disorders. Dans Mash EJ et Barkley RA (dir.), *Assessment of Childhood Disorders*.(p. 751-780) New York : Guilford Press

- Swiller, H. I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(1), 47-61.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. et Parker, J. D. (2016). What's in the name 'alexithymia'? A commentary on "Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy.". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 1006-1020.
- Taylor, G. J., Ryan, D. et Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Thompson, R. A., Lewis, M. D. et Calkins, S. D. (2009). Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*, 2(3), 124-131.
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: The positive affects* (vol. 1). New York : Springer.
- Treasure, J. et Schmidt, U. (2008). Motivational interviewing in the management of eating disorders. Dans H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller et S. Rollnick (dir.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (p. 194–224). New York : Guildford Press.
- Udo, T. et Grilo, C. M. (2019). Reply to: insight may limit identification of eating disorders. *Biological psychiatry*, 85(11), e57-e58.
- Van Strien, T., Engels, R. C., Van Leeuwe, J. et Snoek, H. M. (2005). The Stice model of overeating: tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45(3), 205-213.
- Vanderlinden, J. (2008). Many roads lead to Rome: Why does cognitive behavioural therapy remain unsuccessful for many eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*, 16(5), 329-333.

- Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62(1), 3-9.
- Watson, H. J. et Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological medicine*, 43(12), 2477-2500.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E. et McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 15.
- Wildes, J.E. et Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: three models and their implications for research and clinical practice. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 396-403.
- Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of mother and family in child development. Dans J. Raphael- Leff (dir.). *Parent-infant psychodynamics: Wild things, mirrors and ghosts*. New York : Routledge.
- Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S. M., Zelman, S. et Giller, E. L. (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 93-100.

CHAPITRE 2 – PREMIÈRE ÉTUDE

(Dé) Régulation émotionnelle et alexithymie : précurseurs des conduites alimentaires à risque

Jessica Pugliese

Serge Lecours

Marie-Ève Boucher

Contribution des auteurs :

Jessica Pugliese : recension des écrits, collecte ainsi qu'analyse des données et rédaction de l'article.

Serge Lecours : participation à l'élaboration des stratégies relatives à la recension des écrits ainsi qu'à celles associées à la collecte et à l'analyse des données. Également, Dr Lecours a participé à la révision principale du manuscrit.

Marie-Ève Boucher : contribution à la collecte de données et à la révision du manuscrit.

Manuscrit publié dans la Revue Québécoise de Psychologie.

Résumé

Les chercheurs et cliniciens s'entendent pour dire que les conduites alimentaires à risque (CAAR) sont grandement répandues dans la population générale. Une meilleure connaissance de leur étiologie est par conséquent essentielle. Plusieurs chercheurs ont donc choisi de s'intéresser à la vie émotionnelle des personnes souffrant de CAAR, plus spécifiquement au concept d'alexithymie. Même si l'association entre l'alexithymie et les CAAR est bien établie, on ne comprend toujours pas comment une personne développe ce type de traits de personnalité qui, à leur tour, prédisent les CAAR. Des psychanalystes ont autrefois proposé des facteurs expliquant le développement de l'alexithymie (refoulement primaire, déni, expérience non formulée), mais ces théories n'ont pas été testées empiriquement. Cet article a pour objectif de vérifier ces modèles en utilisant deux stratégies de régulation émotionnelle bien établies empiriquement provenant du modèle de Gross, soit la suppression expressive et la réévaluation cognitive. Il était attendu que la suppression d'une émotion prédirait positivement les traits de personnalité alexithymiques, ce qui prédirait positivement les CAAR. Inversement, la réévaluation cognitive prédirait négativement les traits de personnalité alexithymiques, ce qui prédirait négativement les CAAR. Dans un but exploratoire, les hypothèses ont aussi été testées en considérant distinctement les conduites de recherche de minceur et boulimiques. Un total de 292 femmes, majoritairement des étudiantes universitaires, a complété le *Toronto Alexithymia Scale-20 items*, le *Emotion Regulation Questionnaire* et le *Eating Disorder Inventory-2*. Des analyses de médiation ont permis de confirmer l'ensemble des hypothèses. Les implications théoriques et cliniques de ces résultats sont discutées.

Mots-clés : Conduites alimentaires à risque, troubles de la conduite alimentaire, alexithymie, suppression expressive, réévaluation cognitive, dérégulation émotionnelle

Abstract

Clinicians and researchers agree that disordered eating (DE) is highly prevalent in the general population. A better understanding of the etiology of DE is therefore needed. Indeed many researchers have chosen to focus their attention on the emotional life of people with DE, more specifically on the concept of alexithymia. Although the association between alexithymia and DE is now well established, it is still unclear how a person develops alexithymic personality traits, which are thought to lead to DE. Over the years, some psychoanalysts have proposed factors to explain the development of alexithymia (primary repression, denial, unformulated experience), but these have not yet been tested empirically. The purpose of this article is to test these theories by using two empirically established emotion regulation strategies derived from James J. Gross's model: expressive suppression and cognitive reappraisal. It was proposed that the constant suppression of an emotion would positively predict alexithymic personality traits, which would positively predict DE. Inversely, the use of cognitive reappraisal would negatively predict alexithymic personality traits, which would negatively predict DE. For exploratory purposes, bulimic and restrictive behaviors were then tested distinctively. A total of 292 women, the majority being undergraduate students, completed the *Toronto Alexithymia Scale-20 items*, the *Emotion Regulation Questionnaire* and the *Eating Disorder Inventory-2*. Mediation analyses were chosen to test the proposed hypothetical sequences. The results confirmed all the proposed hypotheses. The conceptual and clinical implications of these findings are discussed.

Key words: Disordered eating, eating disorders, alexithymia, expressive suppression, cognitive reappraisal, emotion dysregulation

Introduction

Informations générales sur les troubles de la conduite alimentaire

Les troubles de la conduite alimentaire (TCA) sont définis comme une perturbation des habitudes alimentaires, de l'image corporelle et des comportements relatifs au contrôle du poids, entraînant une détérioration de la santé physique et du fonctionnement psychologique (Fairburn et Harrison, 2003). Parmi l'ensemble des TCA figurant dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition*, l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique sont décrits comme les plus fréquents (American Psychiatric Association, 2013). La prévalence pour une période de 12 mois y étant répertoriée est de 0,4% pour l'anorexie, de 1% à 1,5% pour la boulimie et de 0,8% (hommes) ou 1,6% (femmes) pour l'hyperphagie boulimique (American Psychiatric Association, 2013). Au Québec, l'Institut Douglas (2013), par ses données administratives, estime qu'environ 30 000 femmes et filles âgées entre 13 et 30 ans souffrent de cette psychopathologie. En plus, ces experts s'entendent pour dire que de plus en plus de personnes seraient affectées par le trouble.

Les TCA peuvent entraîner des conséquences psychologiques et physiques importantes. Les effets les plus cités sont l'ostéoporose, l'arythmie, les problèmes gastro-intestinaux et la dépression (American Psychiatric Association, 2014). Le plus inquiétant demeure toutefois le taux de mortalité. En effet, les TCA demeurent parmi les psychopathologies ayant le taux de mortalité le plus élevé (Smink, Van Hoeken et Hoek, 2012). Les décès seraient dus aux suicides ainsi qu'aux conséquences physiques qui accompagnent les TCA (Fairburn et Harrison, 2003).

Dans la population nord-américaine, il semble que la présence de conduites alimentaires à risque (CAAR), c'est-à-dire les comportements alimentaires problématiques qui

n'atteignent pas une sévérité justifiant un diagnostic au DSM-5 (p.ex. restriction alimentaire, crises hyperphagiques, vomissements auto-induits) soit particulièrement répandue. Par exemple, les données administratives de l'Institut Douglas (2013) suggèrent que jusqu'à 90 000 femmes et filles présenteraient des CAAR, soit un nombre trois fois plus élevé que celui des femmes affectées par un diagnostic avéré. Également, une étude de Gutzwiller, Olivier et Katz (2003) a démontré que 61% des collégiennes présentent des CAAR. D'autre part, environ 47% des femmes ayant un poids considéré adéquat effectuent un régime pour perdre du poids et celui-ci comprend des stratégies ayant des risques pour la santé, comme le jeûne et la prise de substances diminuant la sensation de faim (Ackard, Croll et Kearney-Cook, 2002; Stephenson, Levy, Sass et McGarvey, 1987). Tout comme pour les TCA, les CAAR peuvent entraîner des conséquences physiques et psychologiques graves qui sont d'ailleurs décrites comme très similaires à celles ayant été associées au trouble avéré. La documentation scientifique rapporte, entre autres, des complications médicales, des difficultés au niveau du fonctionnement, un risque accru de problèmes médicaux et psychiatriques ultérieurs, des tentatives de suicide et une détresse psychologique considérable (Crow, Agras, Halimi, Mitchell et Kraemer, 2002; Institut Douglas, 2013; Garfinkel et al., 1995; Keel, Haedt et Edler, 2005; Milos, Spindler, Schnyder et Fairburn, 2005; Mond et al., 2006; Stice, Marti, Spoor, Presnell et Shaw, 2008; Striegel-Moore, Seeley et Lewinsohn, 2003). En plus, la recherche indique que les CAAR constituent un des facteurs de risque les plus importants au développement d'un TCA (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer et Agras, 2004). Ces données renforcent l'idée d'une conceptualisation dimensionnelle des TCA, les situant sur un continuum allant de l'absence de symptômes à ses manifestations diagnostiques (Fairburn, Cooper, Doll et Davies, 2005).

Considérant la prévalence importante des TCA et des CAAR ainsi que les conséquences physiques et psychologies majeures qu'ils peuvent entraîner, les chercheurs et cliniciens s'entendent pour affirmer que des traitements efficaces sont essentiels. Toutefois, les données scientifiques tendent à montrer que les approches thérapeutiques actuelles sont à améliorer puisque la diminution des symptômes ne perdure pas systématiquement dans le temps, le taux de rechute atteignant 35% (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock et Woodside, 2004; Herzog et al., 1999). Il est donc juste de dire qu'un nombre considérable de personne ne semble pas bénéficier pas pleinement des traitements actuellement proposés. Afin de remédier à la précarité de la situation, la recherche insiste sur l'importance de dépister et de traiter rapidement les comportements alimentaires problématiques , et ce, même s'ils sont au stade de CAAR, ceci afin de freiner leur évolution vers un diagnostic avéré (Fairburn et al., 2005; Neumark-Sztainer, 2007; Rosen, 2003). En effet, les études tendent à démontrer qu'une plus courte durée des symptômes est synonyme d'un meilleur pronostic (Fairburn et Harrison, 2003).

Il faut toutefois souligner qu'un dépistage précoce est possiblement tributaire d'une meilleure compréhension étiologique, celle-ci étant à ce jour méconnue (Institut Douglas 2013; Mash et Wolfe, 2010). C'est d'ailleurs pourquoi le *National Institute of Mental Health* prêche en faveur de recherches supplémentaires permettant d'identifier plus spécifiquement les facteurs qui mettent la personne à risque de développer un TCA ou des CAAR (Chavez et Insel, 2007).

Bien qu'aucune étude ne soit parvenue à identifier les causes précises des TCA ou des CAAR, un grand nombre de recherches mettent de l'avant depuis plusieurs années la perturbation marquée de la vie émotionnelle que semblent présenter les individus ayant des

conduites alimentaires problématiques de sévérité diagnostique ou non, discutant d'une dérégulation émotionnelle importante (Brockmeyer et al., 2012; Brockmeyer et al., 2014). Bruch (1985) fait figure de pionnière en décrivant ses clientes comme ayant de la difficulté à différencier les sensations physiques vécues des émotions ressenties, qu'elles ont d'ailleurs de la difficulté à décrire. Elle fera allusion à ce déficit comme l'absence de conscience intéroceptive. Plusieurs chercheurs s'inspirent de ses travaux pour étudier l'alexithymie au sein des TCA et des CAAR; l'alexithymie étant un trait de personnalité qui englobe les déficits cognitifs et émotionnels dénotés par Bruch. Une association importante entre les deux concepts a par ailleurs été démontrée (Greenberg, 1997; Nielsuchowski, 2003).

Alexithymie, conduites alimentaires à risque et régulation émotionnelle

Le concept d'alexithymie, qui désigne au sens propre « pas de mot pour les émotions », est défini par Taylor, Ryan et Bagby (1985) comme : 1) une difficulté ou une incapacité à identifier ses émotions et à les différencier de leurs sensations corporelles 2) une difficulté à exprimer/décrire ses émotions 3) une vie imaginaire limitée 4) une pensée concrète, tournée vers les aspects extérieurs au détriment des aspects affectifs intérieurs. Une dimension supplémentaire a ultérieurement été ajoutée par Corcos, Pirlot et Loas (2011), soit le recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer ses émotions. Quoique certains chercheurs définissent l'alexithymie comme un « état » ou une conséquence qui résulte de la psychopathologie (p. ex. dénutrition qui entraîne une importante dérégulation émotionnelle et une apparence d'affect plat), la majorité des recherches la décrit plutôt comme un trait de personnalité. En effet, l'alexithymie est distribuée normalement dans la population et bénéficie d'une stabilité temporelle importante (Leweke, Leichsenring, Kruse et Hermes, 2012; Saarijärvi, Salminen et Toikka, 2006), en plus d'être associée à plusieurs modèles de la

personnalité tels que le modèle à cinq facteurs (Luminet, Bagby, Wagner, Taylor et Parker, 1999) et le modèle du tempérament et du caractère de Cloninger (Grabe, Spitzer et Freyberger 2001). Toutefois, bien que sa stabilité temporelle soit démontrée, il est essentiel de préciser que le niveau d'alexithymie d'un individu semble influencer par les conditions psychologiques et physiques dans lesquelles il se trouve (Kojima, 2012).

De façon générale, on remarque que le niveau d'alexithymie atteignant un seuil clinique est distribué normalement dans la population, se chiffrant entre 5 et 23% (Corcos et Speranza, 2003) alors qu'il atteint entre 32% et 77% dans la population souffrant d'un TCA (Bourke, Taylor, Parker et Bagby, 1992; Cochrane, Brewerton, Wilson et Elizabeth, 1993; Corcos et al., 2000; de Groot, Rodin et Olmsted, 1995; Taylor, Parker, Bagby et Bourke, 1996). La méta-analyse de Nowakowski, McFarlane et Cassin (2013) recensant un total de 59 études indique elle aussi que le taux d'alexithymie semble plus élevé chez les individus présentant un TCA ou des CAAR. De plus, il est proposé que l'alexithymie constitue un facteur qui contribue de façon importante à la chronicité des symptômes, au grand risque de rechutes et à l'échec thérapeutique (Kennedy et Franklin, 2002; Speranza, Loas, Wallier et Corcos, 2007). Étant donné le rôle déterminant de l'alexithymie, plusieurs chercheurs ont émis des théories pour tenter d'expliquer comment ce déficit émotionnel pouvait mener aux TCA ou à l'adoption de CAAR.

La documentation scientifique tend à indiquer que le système émotionnel humain est constitué de trois sous-systèmes : neurophysiologique, moteur-expressif et cognitivo-expérientiel (Dodge et Garber, 1991). Des auteurs suggèrent que l'alexithymie est caractérisée par un déficit du sous-système cognitivo-expérientiel de l'émotion, c'est-à-dire au niveau des aspects subjectifs et verbaux (Bagby et Taylor, 1997). Ce sous-système est toutefois considéré

essentiel pour réguler adéquatement les émotions. En effet, la recherche en intelligence émotionnelle porte à croire que les aspects cognitifs d'une émotion, entre autres représentés par la capacité d'un individu à identifier et à exprimer ce qu'il ressent, permettent de contenir l'expérience émotionnelle humaine (Salovey, Hsee et Mayer, 1993; Taylor, Bagby et, Parker 1999).

Bucci (1997) pousse plus loin la réflexion avec sa théorie bien connue des codes multiples. Cette chercheuse considère que les aspects non verbaux d'une émotion, par exemple moteurs-expressifs et physiologiques, se développent en premier chez l'être humain, pour ensuite voir apparaître les aspects cognitivo-verbaux. Selon elle, il arrive toutefois qu'il y ait dissociation entre les deux composantes. Par conséquent, lorsqu'un stimulus émotionnel survient, l'individu peut voir une activation des aspects physiologiques non verbaux de l'émotion sans l'activation parallèle des aspects cognitivo-verbaux. Ainsi, les émotions demeureraient globales et indifférenciées de leurs sensations corporelles. Cette perception somatique confuse peut toutefois s'avérer fort déplaisante pour un individu et pourrait ainsi provoquer un certain débordement émotionnel impossible à réguler. Ceci pourrait expliquer pourquoi la documentation scientifique rapporte que l'alexithymie est associée à une multitude de psychopathologies en lien avec la dérégulation émotionnelle telles que l'abus de substances, la schizophrénie, la dépression et, bien entendu, les TCA ainsi que les CAAR (Luminet et al., 1999; Nowakaowski et al., 2013; Swart, Kortekaas et Aleman, 2009; Van't Wout, Aleman, Bermond et Kahn, 2007). Ces conduites problématiques pourraient correspondre à une sorte de décompensation psychosomatique provoquée par l'alexithymie. En bref, une capacité adéquate à identifier et exprimer ses émotions est une ressource importante qui préviendrait le recours aux agirs somatiques et comportementaux.

Une étude en psychophysiologie de Byrne, Ditto et Silverman (1999) explore d'ailleurs l'hypothèse d'une dissociation entre les aspects cognitivo-verbaux et les aspects non verbaux, soit physiologiques et moteurs d'une émotion. Les chercheurs ont exposé une série de participants à des extraits vidéo censés induire divers types d'émotions (positives, négatives et neutres). Les personnes ayant de plus hauts niveaux d'alexithymie présentaient un ton vagal faible, indiquant une plus grande activation physiologique. De même, dans leur étude, Luminet et Rimé (1998) ont demandé à leurs participants de regarder un film à contenu émotionnel pour ensuite mesurer leur rythme cardiaque ainsi que leurs réponses cognitivo-expérientielles (c.-à-d. rappel verbal du contenu vidéo). Les individus ayant un niveau d'alexithymie plus élevé présentaient une plus grande activation physiologique (rythme cardiaque plus élevé) et moins de réponses cognitivo-expérientielles.

Les écrits scientifiques actuels permettent d'établir l'association entre l'alexithymie et les TCA ou les CAAR. Toutefois, les chercheurs s'intéressant à l'alexithymie dénoncent la pauvreté des études portant sur l'étiologie du construit, expliquant que ceci limite la possibilité d'influencer le phénomène (Nowakowski et al., 2013). Ainsi, on comprend mieux pourquoi, par exemple, un individu ayant un certain niveau d'alexithymie est plus vulnérable à divers comportements problématiques, dont les TCA et les CAAR, mais on ne comprend toujours pas comment un individu en vient à développer des traits alexithymiques. L'identification de facteurs prédisant l'alexithymie pourrait s'avérer une avenue intéressante pour l'intervention. En effet, les intervenants pourraient cibler directement ces facteurs et ainsi possiblement observer une amélioration des déficits associés à l'alexithymie (p. ex. difficulté à identifier et exprimer les émotions), pour ensuite favoriser une diminution des conduites problématiques associées.

Modèles théoriques de l'étiologie de l'alexithymie

Des écrits psychanalytiques suggèrent une classe de mécanismes de protection qui semblent « mettre de côté » ou isoler l'émotion de trop grande intensité. Selon cette conception, ce processus peut nuire à la formation de représentations cognitives visant à élaborer l'émotion et favoriser les traits alexithymiques. Ces mécanismes mentaux sont différemment nommés par les auteurs comme étant le refoulement primaire, la répression, la dissociation ou les expériences non formulées. Une brève présentation de ces mécanismes est proposée ci-dessous.

Dans une récente parution, Taylor, Bagby et Parker (2016) font état des différents modèles proposés au cours des dernières décennies pour expliquer le développement de l'alexithymie. Le refoulement primaire, une sorte de déni primitif de l'émotion, y est longuement abordé. Les auteurs mentionnent que ce mécanisme aurait pour origine la présence de traumatismes à l'enfance, définis comme la difficulté du parent à satisfaire les besoins émotionnels de l'enfant au cours de la période préverbale. Il est proposé qu'un environnement invalidant peut empêcher la combinaison des aspects physiologiques et moteurs de l'émotion à ses composantes verbales cognitives puisque l'individu ne semble pas bénéficier d'occasions suffisantes l'encourageant à élaborer son expérience interne (Cohen et Kingston, 1984; McDougall, 1978). Autrement dit, cette théorie suggère que ces personnes « apprennent » à faire usage d'une sorte de déni/blocage de l'émotion pouvant les empêcher de développer les aspects cognitifs ou verbaux relatifs à celles-ci. Selon cette théorie, l'émotion ne serait donc pas représentée au niveau verbal et demeurerait par conséquent à un niveau pré-représentationnel (Dorpat, 1985; Krystal, 1979). Les psychanalystes français discutent également du phénomène, quoiqu'en empruntant des perspectives théoriques quelque peu

différentes. Pierre Marty (1990), par exemple, parle du mécanisme de répression, qu'il définit comme l'évitement ou l'inhibition de toutes émotions, représentations ou comportements émotionnels que l'individu perçoit comme étant inadmissible aux yeux d'autrui. Il spécifie cependant dans ses écrits que la répression ne semble pas réduire le vécu sensoriel physiologique (activation) accompagnant l'émotion. Pour Marty (1990), cette séparation des voies d'expression somatique et cognitive peut faire en sorte qu'une expérience émotionnelle intense, si elle n'est pas canalisée » par les ressources cognitives de l'individu, qui dans les cas extrêmes peuvent être déficientes, peut emprunter des voies somatiques et produire des affections psychosomatiques. Dans une perspective psychanalytique relationnelle contemporaine, Stern (2010) aborde lui aussi un mécanisme semblable, mais en employant les termes d'expériences non formulées suite à l'intervention de la dissociation. Sa théorie stipule que pour qu'une expérience soit formulée (représentée), elle doit avoir été acceptée et articulée suffisamment par la personne. Ceci peut être entravé si une expérience émotionnelle, perçue comme étant trop menaçante pour l'individu dans sa relation avec ses proches, est considérée comme n'étant pas à soi (non-moi) par l'intervention de la dissociation. Selon Stern (2010), l'expérience émotionnelle refusée et dissociée peut alors demeurer non formulée au niveau cognitif, ceci pouvant empêcher l'individu d'accéder à l'expérience et de réfléchir sur celle-ci.

Il est important de noter que nonobstant le modèle choisi, ces auteurs suggèrent que l'évitement ou la suppression émotionnelle chronique semble empêcher l'élaboration cognitive ou verbale de l'émotion, ce qui, à leur avis, prédit le développement de traits de personnalité alexithymiques. Krystal (1988) et Marty (1990) rappellent que l'absence de représentations peut éventuellement avoir un impact majeur sur le mode de fonctionnement de ces individus,

le rôle principal de celles-ci étant, selon les auteurs, de contenir le vécu émotionnel brut (sensations physiologiques/somatiques). En effet, le caractère diffus de l'expérience non représentée provoque à leur avis une détresse considérable puisque l'émotion serait simplement ressentie sur les plans somatique et physiologique.

Limites des Études

Les mécanismes ou modèles proposés par les auteurs permettent de mieux comprendre l'étiologie de l'alexithymie ainsi que son rôle au sein des TCA et des CAAR, mais ils comportent certaines limites. En effet, ceux-ci sont basés sur des écrits cliniques essentiellement théoriques et n'ont donc pas été mis à l'épreuve empiriquement.

La recherche sur la régulation émotionnelle propose un concept apparenté qui se prête bien à l'opérationnalisation de ces mécanismes et qui a été associé à l'alexithymie ainsi qu'aux TCA et aux CAAR : la suppression expressive (Gross 1998; Spence et Courbasson., 2012; Swart et al., 2009). Celle-ci fait référence à l'inhibition de l'expression des émotions de manière à ne pas communiquer d'informations à autrui sur ses états émotionnels, par exemple lorsqu'on cache notre joie d'avoir une bonne main au poker (Gross, 1998; Richards et Gross, 2000). Bien que la définition laisse supposer que la suppression expressive implique uniquement les aspects comportementaux/non verbaux de l'expression émotionnelle, certaines études révèlent que les stratégies de régulation émotionnelle semblent également exiger le déploiement d'efforts mentaux (Baumeister, Bratslavsky, Muraven et Tice, 1998; Muraven, Tice et Baumeister, 1998). C'est d'ailleurs ce que Richards et Gross (2000) examinent dans une étude expérimentale au cours de laquelle ils ont demandé aux participants de masquer leurs émotions pendant le visionnement d'un extrait de film. Les résultats révèlent que des coûts cognitifs particulièrement élevés semblent associés à l'utilisation d'une telle stratégie de

régulation. En effet, les auteurs suggèrent que la suppression de l'émotion nuit au rappel des informations verbales contenues dans l'extrait de film puisque le discours « subvocal »/intérieur que peut nécessiter la suppression des réactions émotionnelles peut épuiser la mémoire verbale qui est alors moins disponible pour encoder l'information qu'elle reçoit (Richards et Gross, 2000). Outre l'impact dénoté sur le plan cognitif, la suppression expressive a probablement aussi des conséquences sur le plan physiologique. En effet, des études ayant fait usage d'instruments de mesure de l'activité physiologique ont indiqué que même si cette stratégie semble permettre de diminuer l'expression comportementale des émotions, elle ne semble pas atténuer le ressenti émotionnel et peut même augmenter l'activation corporelle (Gross 1998). Richards et Gross (2000) considèrent toutefois que des stratégies de régulation émotionnelle adaptatives, telles que la réévaluation cognitive, n'exigent pas un tel déploiement d'efforts mentaux. La réévaluation cognitive fait référence au processus cognitif par lequel l'évaluation d'une situation permet d'en atténuer ou d'en accroître le caractère émotionnel. Par exemple, un individu peut évaluer une même intervention médicale de différentes façons. Il peut se concentrer sur la douleur qui y sera associée ou bien sur les bénéfices qu'elle lui procurera à l'avenir. Sa perception aura ainsi probablement un impact sur l'intensité de l'émotion ressentie (Gross et John, 2003). L'étude de Richard et Gross (2000) révèle effectivement qu'au contraire de la suppression expressive, la réévaluation cognitive ne semble pas affecter négativement la mémoire verbale des individus (Richards et Gross, 2000). En effet, les auteurs suggèrent que cette stratégie ne sollicite pas autant les fonctions cognitives, qui sont alors disponibles à l'élaboration et la construction de représentations mentales des émotions. De surcroît, Gross (1998) estime que cette stratégie permet de contenir le vécu émotionnel puisque son utilisation est associée à une diminution des émotions négatives

vécues (Gross, 1998). La réévaluation cognitive a par ailleurs été associée négativement à l'alexithymie ainsi qu'aux TCA et aux CAAR (Danner, Sternheim et Evers, 2014; Spence et Courbasson, 2012; Swart et al., 2009).

Afin d'outiller les cliniciens en ce qui concerne l'intervention auprès des individus présentant des conduites alimentaires problématiques (TCA ou CAAR), les chercheurs ont tenté de définir quelles stratégies de régulation émotionnelle sont employées en fonction du type de comportements alimentaires pathologiques (anorexie, boulimie, etc.). Les études actuelles sur le sujet s'avèrent toutefois contradictoires. En effet, certains résultats ne révèlent aucune différence entre les catégories diagnostiques alors que d'autres, ayant plutôt tenté une nouvelle approche en isolant les comportements alimentaires distincts (p. ex. restriction vs boulimie), rapportent certaines divergences (Danner et al., 2014; Harrison, Sullivan et Tchanturia, 2010). En outre, ces études soulignent que les comportements boulimiques sont associés à davantage de dérégulation émotionnelle que les conduites restrictives (Brockmeyer et al., 2014). Également, ces recherches tendent à indiquer que les comportements boulimiques sont associés à un usage plus limité de stratégies de régulation émotionnelle adaptatives (Danner et al., 2014; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier et Ehring, 2012). Les études ayant abordé le sujet sous cet angle sont toutefois limitées et composées de petits échantillons.

Objectifs et Hypothèses de l'Étude

L'objectif de cette étude est d'éprouver empiriquement l'intervention d'un mécanisme de « mise de côté » cognitive de l'expérience émotionnelle conceptualisée par des théories psychanalytiques depuis plusieurs décennies pour expliquer le développement de l'alexithymie qui, pour sa part, prédit les comportements alimentaires problématiques de sévérité diagnostique ou non. Pour ce faire, des stratégies de régulation émotionnelle ayant reçu un fort

appui empirique seront utilisées : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. Celles-ci « remplaceront » les notions de refoulement primaire, de répression ou d'expérience dissociée et non formulée. L'objectif est donc de tester des séquences hypothétiques dans lesquelles l'utilisation de diverses stratégies de régulation émotionnelle prédira les traits de personnalité alexithymiques qui eux, prédiront les CAAR. Le choix d'étudier les CAAR se base sur le fait que les CAAR méritent d'être adressées considérant leur nature épidémique au sein de la population générale et les répercussions inquiétantes qu'elles peuvent entraîner (Brausch et Gutierrez, 2009; Crow, Agras, Halmi, Mitchell et Kraemer, 2002; Gadalla et Piran, 2008; Kärkkäinen, Mustelin, Raevuori, Kaprio et Keski-Rahkonen, 2018; Lipson et Sonnevile, 2017; Mond et al., 2006; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg et Loth, 2011; Slof-op et al., 2017; Stice et Peterson, 2007). Ainsi, voici les hypothèses proposées :

1. Il est suggéré que l'utilisation de la suppression expressive comme stratégie de régulation émotionnelle prédira positivement les CAAR. Cette relation sera médiatisée par les traits de personnalité alexithymiques.
2. Il est suggéré que l'utilisation de la réévaluation cognitive comme stratégie de régulation émotionnelle prédira négativement les CAAR. Cette relation sera médiatisée par les traits de personnalité alexithymiques.

Méthode

Participants

Les participantes sont 292 femmes âgées entre 18 et 51 ans ($M = 22,36$; $É.T. = 4,27$). La majorité (80,5%) est née au Québec et 91,1% d'entre elles ont indiqué le français comme langue maternelle. En ce qui a trait à leur occupation actuelle, 93,5% d'entre elles sont aux études, 6,2% occupent un emploi et 0,3% ne sont ni en situation d'emploi ni aux études. Le

choix exclusif de femmes se base sur l'idée que les CAAR touchent plus particulièrement les jeunes femmes (Neumark-Sztainer et al., 2011).

Instruments de Mesure

Toronto Alexthymia Scale-20 items (TAS-20; Bagby, Parker et Taylor, 1994). Le TAS-20 est l'instrument de mesure autorapporté le plus utilisé pour évaluer le concept d'alexithymie. Pour cette étude, la version française du questionnaire a été utilisée (Loas, Frenaux et Marchand, 1995). L'instrument se compose de trois sous-échelles, soit la Difficulté à identifier ses états émotionnels (7 items), la Difficulté à décrire ses états émotionnels (5 items) et la Pensée concrète tournée vers les aspects extérieurs (8 items). Les items du TAS-20 sont évalués sur une échelle de type Likert gradué en cinq points allant de 1 = « Totalemment en désaccord » à 5 = « Totalemment en accord ». Pour les besoins de l'étude, un score moyen sur 5 a été calculé pour chacune des échelles. Un score global d'alexithymie reflétant la moyenne des scores obtenus à chacune des échelles de l'instrument a aussi été utilisé. L'alpha de Cronbach a été calculé pour l'échelle globale ($\alpha = 0,85$).

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross et John, 2003). La version française du ERQ (Christophe, Antoine, Leroy et Delelis, 2009) a été administrée dans le but d'évaluer les stratégies de régulation émotionnelle utilisées par les participantes. Ce questionnaire autorapporté est spécifiquement conçu pour mesurer deux stratégies de régulation des émotions, soit la réévaluation cognitive (6 items) et la suppression expressive (4 items). Il se compose de 10 questions évaluées sur une échelle de type Likert allant de 1 = « Pas du tout d'accord » à 7 = « Tout à fait d'accord ». Un score moyen sur 7 a été calculé pour chacune des échelles. Les alphas de Cronbach ont été calculés pour chacune des échelles de l'instrument, soit la suppression expressive ($\alpha = 0,83$) et la réévaluation cognitive

($\alpha = 0,72$).

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991). La version française du EDI-2 (Archinard, Rouget, Painot et Liengme, 2000) a été utilisée afin d'évaluer la présence de CAAR. Pour les besoins de l'étude, seules les échelles Recherche de minceur (7 items), Boulimie (7 items) et Insatisfaction corporelle (9 items) ont été utilisées. Selon le manuel de l'EDI-2 celles-ci permettent de calculer le risque de désordre alimentaire global (23 items). Ainsi, les échelles évaluant les aspects catégorisés comme psychologiques (p. ex. ascétisme, perfectionnisme) n'ont pas été sélectionnées pour cette étude. Une échelle de type Likert graduée en 6 points allant de 1 = « Toujours » à 6 = « Jamais » permet aux participantes de spécifier jusqu'à quel point l'énoncé s'applique à leur situation. Un score moyen sur 6 a ensuite été calculé. Étant donné la nature non clinique de l'échantillon et donc de sa symptomatologie moins importante, certaines modifications ont été apportées à la cotation habituellement utilisée afin d'obtenir une plus grande variabilité au sein des réponses données par les participantes. En effet, l'échelle de Likert normalement graduée en 3 points (3 = « Toujours », 2 = « En général », 1 = « Souvent », 0 = « Quelquefois », 0 = « Rarement », 0 = « Jamais ») a plutôt été graduée en 6 points allant de 6 = « Toujours » à 1 = « Jamais ». Aucun avantage ou inconvénient n'a été dénoté pour cette forme de cotation dans le passé (Garner, 1991). Les alphas de Cronbach ont été calculés pour le risque de désordre alimentaire global ($\alpha = 0,93$) ainsi que pour chacune des échelles de l'instrument, soit la recherche de minceur ($\alpha = 0,89$) et la boulimie ($\alpha = 0,81$).

Procédure

L'ensemble des participantes a été recruté sur une base volontaire principalement parmi les étudiantes de divers programmes d'étude offerts par l'Université de Montréal ainsi que par

le biais des réseaux sociaux. Un lien vers le site web sécurisé *SurveyMonkey* leur était ensuite acheminé par courriel, celui-ci leur permettant de compléter l'ensemble des questionnaires en ligne. Les seuls critères de sélection étaient d'être de sexe féminin et âgé de 18 ans ou plus. À titre incitatif, il était mentionné que deux chèques cadeaux Amazon d'une valeur de 25\$ chacun seraient tirés au sort parmi l'ensemble des participantes.

Résultats

Analyses préliminaires

Préalablement aux analyses principales, les données ont été examinées afin d'évaluer la présence de scores extrêmes et d'examiner la normalité des distributions de variables. Les analyses ont révélé que les variables à l'étude sont distribuées normalement. Une participante a été retirée puisque son score Z dépassait la limite prescrite de -3,29 à 3,29 (Tabachnick et Fidell, 2013). Les statistiques descriptives ainsi que les corrélations entre les différentes variables pertinentes à l'étude sont regroupées dans le Tableau 1.

Analyses principales

Afin de mettre à l'épreuve les hypothèses énoncées, des analyses de médiation ont été effectuées. Il s'agit d'une manière originale d'utiliser cette analyse puisqu'il est proposé de « reculer » dans la chaîne causale ou l'ordre logique des variables à l'étude. Toutefois, malgré sa valeur peu orthodoxe, cette méthode est justifiable théoriquement. En effet, la médiation est une analyse permettant de tester une séquence logique de variables dans laquelle une première variable, indépendante, en influence une seconde, intermédiaire ou médiatrice, qui en influence une troisième, dépendante (El Akremi et Roussel, 2003). Il s'agit en fait de tester un processus génératif (Baron et Kenny, 1986). Cette façon d'utiliser la médiation a d'autre part déjà été employée dans une recherche dans le domaine des ressources humaines. Dans leur étude, El

Akremit et Roussel (2003) affirment que le sentiment de confiance à l'égard d'une organisation et de son management est associé à l'engagement affectif des salariés. Cependant, dans leur article, les chercheurs vont plus loin en s'intéressant aux variables qui précèdent cette relation, c'est-à-dire à celles qui peuvent venir influencer le sentiment de confiance, notamment les pratiques d'empouvoirement.

Les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 24 du logiciel *SPSS Statistics*. La macro *Process* de Hayes (2013) qui permet d'effectuer le *bootstrap test* de Preacher et Hayes (2008) a été installée afin de vérifier les hypothèses relatives au modèle de médiation proposé. Dans le but de tenir compte de l'effet de l'âge, variable reconnue pour son association avec les CAAR, celle-ci a été traitée comme covariable dans les analyses de médiation effectuées.

La première hypothèse suggérait que l'utilisation de la suppression expressive comme stratégie de régulation émotionnelle prédirait positivement les CAAR. Il était attendu que cette relation soit médiatisée par les traits de personnalité alexithymiques. Les résultats (voir Figure 1) suggèrent que l'effet indirect de la suppression expressive sur les CAAR, en passant par l'alexithymie, est significatif, $b = 0,13$, BCa CI [0,073, 0,189]. La taille d'effet standardisée totale, $b = 0,18$, BCa CI [0,105, 0,209] représente un effet de taille moyenne (Hayes, Preacher et Myers, 2011). Également, certains chercheurs proposent que l'absence de lien direct obtenu entre la suppression expressive et les CAAR suggère qu'il y a médiation totale (Baron et Kenny, 1986; Brauer, 2000; Kenny, Kashy et Bolger, 1998; Mathieu et Taylor, 2006). En effet, la suppression expressive prédirait les conduites alimentaires problématiques uniquement s'il y a présence d'alexithymie. Toutefois, les termes de médiation totale et partielle sont de moins en moins employés dans la recherche en raison de leur caractère incomplet comparativement à la taille d'effet chiffrée (Hayes et al., 2011).

En vue d'explorer le modèle plus en détail, la relation de médiation a également été examinée avec chacune des catégories de CAAR, soit la recherche de minceur (conduites qui tendent vers la restriction alimentaire) et la boulimie. Les résultats (voir Figure 2) révèlent un effet indirect significatif de la suppression expressive sur les comportements de recherche de minceur, en passant par l'alexithymie, $b = 0,13$ BCa CI [0,062, 0,213]. La taille d'effet standardisée totale, $b = 0,14$ BCa CI [0,065, 0,221] représente un effet de taille moyenne (Hayes et al., 2011). L'absence de lien direct entre la suppression expressive et les comportements de recherche de minceur révèle encore une fois qu'il y a médiation totale (Baron et Kenny, 1986; Brauer, 2000; Kenny et al., 1998; Mathieu et Taylor, 2006). En ce qui a trait à la boulimie, les résultats (voir Figure 3) suggèrent la présence d'un effet indirect significatif de la suppression expressive sur la boulimie, en passant par l'alexithymie, $b = 0,13$ BCa CI [0,082, 0,297]. La taille d'effet standardisée totale, $b = 0,14$ BCa CI [0,142, 0,312] représente un effet de taille moyenne (Hayes et al., 2011). Il s'agit une fois de plus d'une médiation totale.

La seconde hypothèse suggérait que l'utilisation de la réévaluation cognitive comme stratégie de régulation émotionnelle prédirait négativement les CAAR. Cette relation serait médiatisée par les traits de personnalité alexithymiques. Les résultats (voir Figure 4) indiquent un effet indirect significatif de la réévaluation cognitive sur les CAAR, en passant par l'alexithymie, $b = -0,04$ BCa CI [-0,086, -0,003]. La taille d'effet standardisée totale, $b = -0,04$ BCa CI [-0,089, -0,003] représente un effet de petite taille (Hayes et al., 2011). Par ailleurs, l'absence de lien direct entre la réévaluation cognitive et les CAAR indique encore une fois la présence d'une médiation totale (Baron et Kenny, 1986; Brauer, 2000; Kenny, et al., 1998; Mathieu et Taylor, 2006).

De nouveau à titre exploratoire, la relation de médiation a également été effectuée avec chacune des catégories de CAAR. Les résultats (voir Figure 5) révèlent la présence d'un effet indirect significatif de la réévaluation cognitive sur les comportements de recherche de minceur, en passant par l'alexithymie, $b = -0,03$ BCa CI $[-0,095, -0,005]$. La taille d'effet standardisée totale, $b = -0,03$ BCa CI $[-0,072, -0,003]$ représente un effet de petite taille (Hayes et al., 2011). En ce qui a trait à la boulimie, les résultats (voir Figure 6) suggèrent qu'il y a présence d'un effet indirect significatif de la réévaluation cognitive sur la boulimie, en passant par l'alexithymie, $b = -0,04$ BCa CI $[-0,083, -0,002]$. La taille d'effet standardisée totale, $b = -0,05$ BCa CI $[-0,097, -0,002]$ représente un effet de petite taille (Hayes et al., 2011).

Discussion

Bien qu'un lien robuste ait été établi entre l'alexithymie et les TCA ou les CAAR, les études insistent sur la nécessité de recherches supplémentaires concernant l'étiologie de l'alexithymie, ceci pour tenter de mieux comprendre son rôle dans le développement des symptômes psychopathologiques (Leweke et al., 2012; Nowakowski et al., 2013). L'objectif de cette étude était donc d'approfondir la compréhension du déficit de régulation émotionnelle à la base des CAAR en examinant l'apport de mécanismes logiquement préalables à l'alexithymie, soient ceux la favorisant (suppression expressive) ou l'entravant (réévaluation cognitive). Ces stratégies ont été identifiées sur la base d'hypothèses théoriques psychanalytiques formulées depuis plusieurs années. Afin d'évaluer l'intérêt de l'ajout de ces variables explicatives, des analyses de médiation ont été effectuées.

La première hypothèse proposait de tester une séquence hypothétique selon laquelle la suppression expressive prédit positivement les traits de personnalité alexithymiques qui, eux, prédisent positivement la présence de CAAR. L'analyse de médiation a confirmé le résultat

attendu. Ces conclusions vont dans le même sens que les travaux théoriques de plusieurs psychanalystes émettant l'hypothèse que la suppression d'une émotion sous diverses formes (p. ex. refoulement primaire, répression, dissociation et expériences non formulées) peut avoir des répercussions sur la formation de représentations mentales des émotions. En effet, la suppression semble être un processus qui taxe les facultés cognitives qui sont alors indisponibles pour le traitement cognitif de l'information accessible (Richards et Gross, 2000). On se retrouve donc face à une personne ayant un « éprouvé émotionnel » sans les cognitions y étant rattachées, c'est-à-dire en présence d'un individu ayant des traits de personnalité alexithymiques qui peut difficilement identifier et exprimer sa vie interne (Corcos et Speranza, 2003). Il est probable qu'une telle carence au niveau de la représentation empêche la personne de contenir son vécu émotionnel, les CAAR étant une possible manifestation symptomatique de cette dérégulation émotionnelle.

La seconde hypothèse proposait de tester une chaîne hypothétique d'événements selon laquelle l'utilisation de la réévaluation cognitive prédit négativement les traits de personnalité alexithymiques, ceci prédisant ensuite négativement les CAAR. L'analyse de médiation a confirmé le résultat attendu. Ce résultat va dans le sens des études suggérant que la réévaluation cognitive favorise un bon fonctionnement des processus cognitifs (Richards et Gross, 2000). Ainsi, il est possible d'émettre l'hypothèse que cette stratégie encourage la formation de représentations verbales/mentales des émotions et, par le fait même, limite le développement de traits de personnalité alexithymiques chez l'individu. Par conséquent, il est possible de croire que la personne serait en mesure de gérer ses émotions adéquatement, réduisant ainsi potentiellement l'apparition de décharges somatiques ou de symptômes de l'agir, ici les CAAR. Les résultats de ces deux hypothèses vont dans le sens des propositions

de chercheurs influents dans le domaine de l'alexithymie qui situent les interventions sur le vécu émotionnel au centre du traitement des symptômes somatiques et des agirs comportementaux. En effet, Lane et Schwartz (1987) mettent de l'avant depuis plusieurs années l'importance d'aider le client à symboliser son vécu par la formation de représentations mentales des émotions. Il s'agit à première vue d'un processus plutôt élémentaire de la psychothérapie, soit aider l'individu à faire sens de ses expériences internes difficiles, comme ses émotions et ses pensées. Cependant, ceci peut s'avérer menaçant pour une personne tentant d'éviter ou de limiter ces états aversifs. Il est donc possible que la suppression expressive ainsi que la réévaluation cognitive soient des pistes d'intervention concrètes potentielles sur lesquels les cliniciens ou intervenants pourraient agir. En effet, leur application suggère d'aider la personne à cesser progressivement l'évitement de l'émotion (suppression) pour laisser place à son exploration, ceci dans le but d'encourager l'émergence de schémas cognitifs émotionnels (réévaluation).

Certaines pistes d'interventions sont suggérées dans la documentation scientifique pour aider les personnes qui présentent des traits de personnalité alexithymiques. Tout d'abord, puisque le contexte dans lequel se trouve un individu semble associé à l'alexithymie, il est suggéré de favoriser un climat d'acceptation en thérapie, et ce, en validant fréquemment l'expérience émotionnelle de la personne (Kennedy et Franklin, 2002). Également, il est proposé d'aider le client à reconnaître le déficit qu'il présente au niveau de l'identification et de l'expression émotionnelle (Taylor et al., 1999). Le thérapeute peut aussi nommer régulièrement les émotions de l'individu lorsqu'elles se manifestent en séance, permettant ainsi possiblement la prise de conscience d'un plus large éventail d'expériences affectives (Swiller, 1988). Pour leur part, Kennedy et Franklin (2002) proposent que le clinicien aide le

client à faire le lien entre « le mot émotionnel » (p. ex. tristesse, colère) ainsi que les symptômes observés, les sensations physiques et les expressions faciales. Dans le même sens, il pourrait aussi être intéressant que le psychothérapeute offre diverses interprétations au cours du suivi, ceci pour tenter d'aider la personne à symboliser ses expériences/former des représentations verbales/mentales des émotions ressenties. Selon Linehan (1993), un affect indifférencié est ainsi « transformé » en émotion discrète (p. ex. tristesse, joie, colère). Il serait probablement important de faire cet exercice en revisitant les expériences passées puisque les traumatismes en bas âges (p. ex. négligence, abus, environnement familial hostile, sentiment d'invalidation) sont associés à l'alexithymie et aux CAAR (Krystal, 1988, 1997; Mazzeo et Espelage, 2002). Lane et Schwartz (1992) sont d'avis que ce genre de démarche thérapeutique peut éventuellement aider l'individu à ressentir moins de détresse psychologique puisqu'il peut devenir davantage en mesure d'organiser et de différencier ses expériences émotionnelles, diminuant ainsi potentiellement les décharges comportementales et somatiques (p. ex. CAAR).

Au-delà des interventions proposées, cet article met en évidence l'importance d'agir sur les mécanismes potentiellement précurseurs de l'alexithymie. Au-delà des interventions proposées, cet article suggère qu'il pourrait être important d'agir sur les mécanismes potentiellement précurseurs de l'alexithymie, soit la suppression émotionnelle et la réévaluation cognitive. En ce qui a trait aux psychothérapies existantes, les interventions basées sur la mentalisation telles que la *Mentalisation Based Treatment* de Bateman et Fonagy (2004) pourraient s'avérer intéressantes pour ce type de clientes. La mentalisation est définie comme la capacité à se représenter ses états mentaux ainsi que ceux des autres afin de comprendre leur influence sur le comportement (Bateman et Fonagy, 2006). Ce genre de thérapie met l'émotion au centre du traitement et tente d'encourager l'individu, avec l'aide du

thérapeute, à détailler son expérience interne et à considérer différentes interprétations pour ses pensées et ses émotions, soit un processus qui apparaît très similaire à la réévaluation cognitive (Bateman et Fonagy, 2010). Les thérapies de type psychanalytique ou psychodynamique pourraient aussi être pertinentes. Ces approches considèrent qu'une psychothérapie efficace doit inclure l'interprétation des défenses du client (Shedler, 2010; Summers et Barber, 2009; Weiner et Bornstein, 2009). En effet, celles-ci sont perçues comme une forme d'évitement/suppression (p. ex. répression, refoulement, déni et dissociation) qui semble empêcher l'individu de développer de l'introspection sur ses expériences internes. À leur avis, l'interprétation des défenses peut contribuer à ramener à la conscience des pensées, des fantasmes ou des émotions maintenues dans l'inconscient et qui, de cette façon, peuvent provoquer une détresse psychologique importante (Langs, 1973).

Certaines thérapies cognitivo-comportementales dites de « troisième vague » pourraient aussi s'avérer fort pertinentes puisqu'elles placent la régulation émotionnelle au centre de leur traitement et travaillent principalement à limiter la suppression/l'évitement de l'émotion : la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl et Wilson, 2009) et la thérapie comportementale dialectique (TCD; Linehan, 1993). Elles commencent par ailleurs à démontrer leur efficacité auprès des TCA, bien qu'elles n'aient pas encore été testées auprès des CAAR (Juarascio, Forman et Herbert, 2010; Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer et Lehmkuhl, 2008; Salbach-Andrae, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl et Korte, 2007; Telch, Agras et Linehan, 2001). On considère que leur succès est dû au fait que ces interventions se centrent principalement sur le vécu émotionnel interne, et ce, en lieu et place d'un focus exclusif sur comportements alimentaires problématiques.

Selon Hayes et ses collègues (2009), la ACT est une intervention ayant pour objectif d'améliorer la flexibilité psychologique d'un individu, c'est-à-dire sa capacité à être en contact avec ses pensées et ses émotions (Hayes et al., 2009). Ainsi, ce traitement encourage fortement l'apprentissage du processus d'acceptation (Hayes et al., 2009). Ce principe est considéré comme l'opposé de l'évitement expérientiel et se base sur l'idée qu'il faut permettre aux pensées ainsi qu'aux émotions négatives d'aller et venir, sans tenter de les modifier et sans se laisser submerger par elles (Hayes et al., 2009). L'ACT incite donc à entretenir une attitude d'ouverture, de bienveillance, de non-contrôle, d'exploration et de curiosité à l'égard de toutes les expériences intérieures, sans la juger (Hayes et al., 2009).

En ce qui concerne la TCD, cette thérapie a été élaborée par Marsha M. Linehan (1993), pour venir en aide aux personnes faisant des tentatives de suicide chroniques. Le plus souvent, ils s'agissaient de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de personnalité borderline, une psychopathologie ayant pour symptôme clé la dérégulation émotionnelle (p. ex. tentatives de suicide et automutilation). Tout comme l'ACT, la TCD tente d'amener la personne à reprendre le contrôle de ses pensées et de ses émotions (Rathus et Miller, 2014). Pour ce faire, elle inclut, entre autres, un volet pleine conscience (*mindfulness*) dont l'objectif est d'apprendre à observer et à décrire sans jugement ses pensées et ses émotions, et ce, sans tenter de les modifier (Rathus et Miller, 2014). Elle inclut aussi un volet de tolérance à la détresse permettant à l'individu de supporter ses expériences internes difficiles et donc d'éviter les agirs comportementaux (Rathus et Miller, 2014).

Cette recherche fait preuve de plusieurs forces importantes. Tout d'abord, l'utilisation de variables que l'on peut opérationnaliser, soit la suppression expressive et la réévaluation cognitive, a permis un premier éclairage empirique sur des modèles théoriques proposés

depuis plusieurs décennies pour expliquer l'alexithymie. De plus, l'utilisation d'analyses de médiation, même si elle ne laisse pas conclure à des relations causales, permet de proposer une séquence hypothétique entre les variables à l'étude. Dans un autre ordre d'idées, cette étude tente de répondre aux critiques des recherches actuelles qui rappellent la nécessité de nouvelles connaissances permettant d'améliorer les traitements offerts aux personnes souffrant de CAAR. Ainsi, l'alexithymie étant vue comme un potentiel facteur contributif de « l'échec thérapeutique » (Corcos et Speranza, 2003), la suppression expressive et la réévaluation cognitive sont de possibles pistes d'intervention concrètes supplémentaires sur lesquels les cliniciens ou intervenants pourraient travailler. De plus, cette étude est l'une des rares à mettre à l'épreuve la contribution d'un développement émotionnel adéquat (c.-à-d. réévaluation cognitive), la plupart des études effectuées à ce jour étudiant davantage le développement pathologique (Brockmeyer et al., 2014; Haynos, Roberto, Martinez, Attia et Fruzzetti, 2014; Racine et Wildes, 2013). Du point de vue méthodologique, le grand nombre de participantes permet d'assurer une bonne puissance statistique. De plus, le choix de questionnaires standardisés et largement utilisés par la communauté scientifique permet de comparer plus facilement les résultats obtenus à ceux des autres études. Également, les versions françaises des instruments utilisés ayant été validées, ceci atteste de la validité des réponses des participantes provenant majoritairement d'une population francophone.

Néanmoins, les résultats de cette étude doivent être considérés en lumière de certaines limites. Tout d'abord, les participantes étaient des femmes adultes provenant majoritairement du milieu universitaire, ceci limitant la généralisation des résultats aux adolescents, au sexe masculin, à la population clinique ainsi qu'aux autres adultes de la population. D'autre part, bien que les analyses de médiation suggèrent la présence d'une séquence des variables testées,

aucune inférence causale ne peut être mise de l'avant. Des recherches expérimentales seront nécessaires afin de déterminer de façon robuste la direction des relations observées. De plus, cette étude fait uniquement usage de questionnaires autorapportés. Il serait donc intéressant de considérer d'autres types d'instruments de mesure tels que l'évaluation de l'alexithymie ou des CAAR par un professionnel lors d'une entrevue ou l'introduction d'un journal dans lequel les participants détailleraient les comportements alimentaires problématiques du quotidien. Également, bien que la suppression expressive ait sans aucun doute un lien logique et empirique avec le vécu émotionnel interne, et ce, malgré sa composante essentiellement comportementale, il serait intéressant d'inclure et de mesurer plus directement d'autres stratégies d'évitement émotionnel. Parmi celles-ci, il serait pertinent d'inclure la suppression cognitive ou de pensées, c'est-à-dire l'inhibition de pensées non désirées. Il a été prouvé que cette stratégie augmente l'accessibilité aux pensées que l'on tente d'inhiber et par le fait même l'activation émotionnelle, comme démontré par des mesures physiologiques (Wegner, Bloom et Blumberg, 1997; Wenzlaff et Wegner, 2000). Une autre stratégie intéressante est le recours à un mode de pensée analytique. Celle-ci est définie comme la tendance à intellectualiser une situation émotionnelle vécue plutôt que de se centrer sur l'expérience interne éprouvée (Watkins, 2008). D'autres types d'évitement comportemental pourraient aussi être inclus. Par exemple, l'évitement peut faire référence aux conduites effectuées dans le but d'échapper à des situations qui peuvent engendrer du stress, par exemple un étudiant ayant une phobie sociale qui évite de faire ses oraux à l'école. Ce processus empêche l'extinction de la peur puisqu'elle est maintenue par conditionnement opérant (Mowrer, 1947). Ce modèle est par ailleurs aujourd'hui très connu dans le domaine des troubles anxieux (Lissek et al., 2009). La distraction ou l'hyperactivité sont aussi des formes d'évitement comportemental auxquels il

serait pertinent de s'intéresser. La distraction fait référence, entre autres, à prendre un verre avec des amis, écouter la télévision ou jouer aux jeux vidéo. En modération, cette stratégie est nécessaire puisqu'elle permet à l'individu de « recharger ses batteries ». C'est plutôt lorsqu'une personne y a systématiquement recours qu'elle devient nocive. L'hyperactivité, pour sa part, est définie comme le surinvestissement d'une activité telle qu'une profession, un sport ou une activité créative. Par exemple, on peut penser à un homme qui passerait beaucoup de temps au travail pour éviter son sentiment de solitude suite au décès de sa conjointe.

Malgré tout, il est important de souligner que cette étude a des contributions qui sont à la fois théoriques et pratiques. Au plan théorique, elle constitue un premier pas vers la démonstration empirique de l'importance de certains mécanismes proposés par des théories psychanalytiques formulées au cours des dernières décennies pour expliquer le développement et les conséquences de la dérégulation émotionnelle, et ce, en permettant de mieux comprendre le rôle de l'alexithymie dans les CAAR. D'un point de vue pratique, les résultats pourraient contribuer à l'amélioration des interventions actuelles en ouvrant la réflexion sur des actions concrètes à mettre en place.

Références

- Ackard, D. M., Croll, J. K. et Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 129-136.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). Eating disorders. Repéré à <http://www.psychiatry.org/eating-disorders>
- Archinard, M., Rouget, P., Painot, D. et Liengme, C. (1994). Inventaire des troubles alimentaires 2. Dans M. Bouvard et J. Cottraux (dir.), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5^e éd., p. 284-287). Paris : Masson
- Bagby, R. M., Parker, J. D. et Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M. et Taylor, G. J. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. Dans G. J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker (dir.), *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (p. 26-45). Cambridge : University Press.
- Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.

- Bateman, A. et Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford : Oxford University Press
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M. et Tice, D. M. (1998). Ego depletion: is the active self a limited resource. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. et Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 161(2), 240–243.
- Brauer, M. (2000). L'identification des processus médiateurs dans a recherche en psychologie. *L'Année psychologique*, 100(4), 661-681.
- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W. et Friederich, H.-C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200(2), 550–553.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. et Friederich, H.-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 1–7.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. Dans D.M. Garner et P.E. Garfinkel (dir.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (p. 7-18). New-York : The Guilford Press
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-172.

- Byrne, N., Ditto, B. et Silverman, C. (1999, juin). *Alexithymia and autonomic reactivity to emotion- inducing films*. Affiche présentée à the second international conference on the (non)expression of emotions in health and disease, Tilburg.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K. et Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671–679.
- Chavez, M. et Insel, T. R. (2007). Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist*, 62(3), 671-679.
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T. et Delelis, G. (2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(1), 59-67.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B. et Elizabeth, L. H. (1993). Alexithymia in the Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2). 219-222.
- Cohen, J. et Kingston, W. (1984). Repression theory: A new look at the cornerstone. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 411-422.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Philippe, S. et Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266.
- Corcos, M., Pirlot, G. et Loas, G. (2011). *Qu'est-ce que l'alexithymie?* Paris : Dunod.
- Corcos, M. et Speranza M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris : Dunod.
- Crow, S. J., Stewart Agras, W., Halmi, K., Mitchell, J. E. et Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating

- disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 309-318.
- Danner, U. N., Sternheim, L. et Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*, 215(3) 1–6.
- de Groot, J. M., Rodin, G. et Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53–60.
- Dodge K. A., Garber J. (1991). Domains of emotion regulation. Dans J. Garber et K. A. Dodge (dir.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (p. 3-11). Cambridge : Cambridge University Press.
- Dorpat, T. L. (1985). *Denial and defense in the therapeutic situation*. New-York : Jason Aronson.
- Douglas Institut Universitaire en Santé Mentale. (2013). Troubles de l'alimentation : causes et symptômes. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation>
- El Akremi, A. et Roussel, P. (2003). Analyse des variables modératrices et médiatrices par les méthodes d'équations structurelles : applications en GRH. Dans *Actes de la 10^e conférence de l'Association Française de Gestion des Ressources Humaines* (p. 1063-1096). Grenoble, France.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. et Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: a prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2249-2255.
- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.

- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., ... Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory – 2: Professional manual*. Floride : Psychological Assessment Ressources, Inc.
- Grabe, H. J., Spitzer, C. et Freyberger, H. J. (2001). Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 261-267.
- Greenberg, S.J. (1997). Alexithymia in an anorexic population: Prevalence and predictive variables. (Thèse de doctorat, Pace University, New York). Repéré à <https://digitalcommons.pace.edu/dissertations/AAI9801921>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237.
- Gross, J. J. et John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gutzwiller, J., Oliver, J. M. et Katz, B. M. (2003). Eating dysfunctions in college women: The roles of depression and attachment to fathers. *Journal of American College Health*, 52(1), 27-32.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. et Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887–1897.

- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2^e éd.). New York : Guilford Press.
- Hayes, A. F., Preacher, K. J. et Myers, T. A. (2011). Mediation and the estimation of indirect effects in political communication research. Dans P. Bucy et R. Lance Holbert (dir.), *Sourcebook for political communication research: Methods, measures, and analytical techniques* (434-465). New York : Routledge.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Haynos, A. F., Roberto, C. A., Martinez, M. A., Attia, E. et Fruzzetti, A. E. (2014). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 888-891.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., ... Keller, M.D. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. et Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M. et Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175-190.
- Keel, P. K., Haedt, A. et Edler, C. (2005). Purging disorder: An ominous variant of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 191-199.

- Kennedy, M. et Franklin, J. (2002). Skills-based treatment for alexithymia: An exploratory case series. *Behaviour Change*, 19(3), 158-171.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A. et Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. Dans D. Gilbert, S. Fiske et G. Lindzey (dir.), *The Handbook of social psychology* (4^e éd., vol. 1, p. 233–265). New-York : Oxford University Press.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 21.
- Krystal, H., 1979. Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Krystal, H., 1988. *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, and Alexithymia*. New York : Routledge
- Krystal, H., 1997. Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126-150.
- Lane, R. D. et Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143.
- Lane, R. D. et Schwartz, G. E. (1992). Levels of emotional awareness: Implications for psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(1), 1.
- Langs, R. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy* (vol. 1). New York : Jason Aronson.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J. et Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22-28.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder* (vol. 51). New York : Guilford Press.
- Lissek, S., Rabin, S. J., McDowell, D. J., Dvir, S., Bradford, D. E., Geraci, M., ... Grillon, C. (2009). Impaired discriminative fear-conditioning resulting from elevated fear responding to learned safety cues among individuals with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 111-118.
- Loas, G., Fremaux, D. et Marchand, M. P. (1995). Factorial analysis and internal consistency of the french version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)- Study on 183 Healthy-Subjects. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 21(2), 117-122.
- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H., Taylor, G. J. et Parker, J. D. (1999). Relation between alexithymia and the five-factor model of personality: a facet-level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 345-358.
- Luminet, O. et Rimé, B. (1998, août). *Assessing the empirical validity of alexithymia: its predictive value for various levels of emotional responding when exposed to an eliciting situation and when reevoking it verbally*. Affiche présentée à the 10th conference of the International Society for Research of Emotion, Wuerzburg, Germany.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mash, E. J. et Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal child psychology* (4^e éd.). California : Wadsworth.
- Mathieu, J. E. et Taylor, S. R. (2006). Clarifying conditions and decision points for mediational type inferences in organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 27(8), 1031-1056.

- Mazzeo, S. E. et Espelage, D. L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology, 49*(1), 86.
- McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U. et Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *The British Journal of Psychiatry, 187*(6), 573-578.
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., Owen, C., Crosby, R. et Mitchell, J. (2006). Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: Implications for the classification of bulimic-type eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 39*(4), 294-302.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—a reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving." *Harvard Educational Review, 17*, 102-148.
- Muraven, M., Tice, D. M. et Baumeister, R. F. (1998). Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(3), 774-789.
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E. et van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 33*(5), 359-369.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E. et Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association, 111*(7), 1004-1011.

- Nielsuchowski, P. K. (2003). An examination of the interrelationship among interoceptive awareness, internal state awareness, and alexithymia. *Dissertation Abstract International*, 63(11), 5561B.
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T. et Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(21), 1-14.
- Preacher, K. J. et Hayes, A. F. (2008). Contemporary approaches to assessing mediation in communication research. Dans A. Hayes, M. Slater et L.B. Snyder (dir.), *The Sage sourcebook of advanced data analysis methods for communication research* (p. 13-54). California : Sage.
- Racine, S. E. et Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 713-720.
- Rathus, J. H. et Miller, A. L. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. New York : Guilford Publications.
- Richards, J. M. et Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410-424.
- Rosen, D. S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 49-59.
- Saarijärvi, S., Salminen, J. K. et Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(2), 107-112.

- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Klinkowski, N., Pfeiffer, E. et Lehmkuhl, U. (2008). Dialectical behavior therapy versus cognitive behavior therapy in the treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa in adolescents. *International Journal of Psychology*, 43(3), 434-435.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. et Korte, A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with anorexia and bulimia nervosa (DBT-AN/BN): a pilot study. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(2), 91-108.
- Salovey, P., Hsee, C. K. et Mayer, J. D. (1993). Emotional intelligence and the self-regulation of affect.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D. et Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
- Spence, S. et Courbasson, C. (2012). The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eating Behaviors*, 13(4), 382-385.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. et Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371.
- Stephenson, M. G., Levy, A. S., Sass, N. L. et McGarvey, W. E. (1987). 1985 NHIS findings: nutrition knowledge and baseline data for the weight-loss objectives. *Public Health Reports*, 102(1), 61.

- Stern, D. B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. (vol.12). New York : Routledge.
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K. et Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 329.
- Striegel-Moore, R. H., Seeley, J. R. et Lewinsohn, P. M. (2003). Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced an eating disorder during adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(5), 587-593.
- Summers, R. F. et Barber, J. P. (2009). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York, NY : Guilford Press.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. et Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research, 197*(1-2), 103–111.
- Swart, M., Kortekaas, R. et Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One, 4*(6), e5751.
- Swiller, H. I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 38*(1), 47-61.
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6^e éd.). New York : Pearson Education.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. et Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, United Kingdom : Cambridge University Press.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M. et Parker, J. D. (2016). What's in the name 'alexithymia'? A commentary on "Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy.". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 1006-1020.
- Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R. M. et Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Taylor, G. J., Ryan, D. et Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Telch, C. F., Agras, W. S. et Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061.
- Van't Wout, M., Aleman, A., Bermond, B. et Kahn, R. S. (2007). No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 27-33.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163.
- Weiner, I. B. et Bornstein, R. F. (2009). *Principles of psychotherapy: Promoting evidence-based psychodynamic practice* (3^e éd.). NJ : Wiley.
- Wegner, D. M., Broome, A. et Blumberg, S. J. (1997). Ironic effects of trying to relax under stress. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 11-21.
- Wenzlaff, R. M. et Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59-91.