

ALEXITHYMIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ DES FEMMES QUI CONSULTENT POUR DES PROBLÈMES D'ALIMENTATION

ALEXITHYMIA AND PSYCHOPATHOLOGY IN WOMEN SEEKING HELP FOR AN EATING DISORDER

Annie Aimé, Caroline Cyr, Marie-Michèle Ricard, Guylaine Guèvremont et
Chantal Bournival

Volume 37, numéro 1, 2016

LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE
EATING DISORDERS

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040106ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040106ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Aimé, A., Cyr, C., Ricard, M.-M., Guèvremont, G. & Bournival, C. (2016).
ALEXITHYMIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ DES FEMMES QUI CONSULTENT
POUR DES PROBLÈMES D'ALIMENTATION. *Revue québécoise de psychologie*,
37(1), 115–131. <https://doi.org/10.7202/1040106ar>

Résumé de l'article

L'alexithymie est associée à des troubles des conduites alimentaires (TCA). L'étude actuelle s'intéresse aux relations entre l'alexithymie, les comportements alimentaires problématiques et la psychopathologie. Cent trente-quatre femmes ont rempli des questionnaires en ligne évaluant l'alexithymie, les attitudes et comportements alimentaires problématiques, l'estime de soi, le perfectionnisme et les symptômes dépressifs. Les résultats montrent que les participantes qui obtiennent un score d'alexithymie élevé présentent une symptomatologie alimentaire et générale significativement plus élevée. Les régressions linéaires effectuées révèlent que les symptômes dépressifs prédisent significativement le degré d'alexithymie et celui-ci prédit la présence de comportements compensatoires. Les résultats de l'étude indiquent la pertinence d'évaluer plus systématiquement le degré d'alexithymie chez les personnes qui consultent pour des difficultés alimentaires et d'agir sur celle-ci.

ALEXITHYMIE ET PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ DES FEMMES QUI CONSULTENT POUR DES PROBLÈMES D'ALIMENTATION

ALEXITHYMIA AND PSYCHOPATHOLOGY IN WOMEN SEEKING HELP FOR AN EATING
DISORDER

Annie Aimé¹

Université du Québec en Outaouais
campus de St-Jérôme

Caroline Cyr

Université du Québec en Outaouais
campus Gatineau

Marie-Michèle Ricard

Cégep de l'Outaouais

Guylaine Guèvremont

Clinique Muula (Montréal)

Chantal Bournival

Clinique des troubles de l'alimentation

Le terme alexithymie réfère à l'incapacité, pour un individu donné, de trouver les mots pour décrire ses sentiments (Wheeler, Greiner, & Boulton, 2005). Les personnes souffrant d'alexithymie présentent un mode de pensée très factuel et concret ainsi qu'une capacité limitée à fantasmer ou à faire preuve d'imagination (Da Ros, Vinai, Gentile, Forza, & Cardetti, 2011). Elles semblent coupées de leurs émotions, arrivent mal à s'apaiser ou à gérer leurs émotions, minimisent leur expérience émotionnelle et tendent à centrer leur attention à l'extérieur d'elles-mêmes plutôt que sur leurs processus internes (Da Ros *et al.*, 2011; Marsero, Ruggiero, Scarone, Bertelli, & Sassaroli, 2011). Le terme alexithymie a été défini pour la première fois par Nemiah, Freyberger et Sifneos en 1976. Ces derniers le conceptualisaient comme un construit multidimensionnel englobant : (1) une difficulté à identifier et reconnaître des états émotionnels internes et à différencier les sentiments et les sensations corporelles; (2) une difficulté à exprimer et décrire ses émotions à autrui; (3) une vie fantasmatique limitée; et (4) un style de pensée orienté vers l'extérieur ainsi qu'une faible introspection (Da Ros *et al.*, 2011; De Berardis *et al.*, 2009; Nemiah *et al.*, 1976; Taylor, Bagby, & Parker, 2003). Quoiqu'aujourd'hui différentes mesures d'alexithymie existent, ce construit est le plus souvent évalué à partir du Toronto Alexithymia Scale (*TAS-20*; Bagby, Parker, & Taylor, 1994), un questionnaire qui contient trois des quatre dimensions suggérées par Nemiah et ses collègues (1976), soit la difficulté à identifier ses émotions, la difficulté à communiquer et décrire ses émotions et la pensée concrète et orientée vers l'extérieur (Kooiman, Spinhoven, & Trijsburg, 2002; Marchesi, Ossola, Tonna, & De Panfilis, 2014).

1. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, campus de St-Jérôme. 5, rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme (QC), J7Z 0B7. Téléphone : 450 530-7616, poste 2362. Courriel : annie.aimé@uqo.ca

L'alexithymie est reconnue pour être plutôt stable dans le temps (Speranza, Loas, Wallier, & Corcos, 2007). Elle s'observe dans différentes cultures (Taylor *et al.*, 2003) et serait plus fréquente chez les personnes moins scolarisées et plus âgées (Žak-Golab *et al.*, 2013). Plusieurs la conçoivent comme un problème de régulation affective qui augmenterait la vulnérabilité psychologique et le risque de développer des problèmes de santé mentale tels que l'état dépressif majeur, le trouble panique, le trouble d'abus de substances et les troubles des conduites alimentaires (TCA) (Espina Eizaguirre, Saenz de Cabezón, Ochoa de Alda, Joaristi Olariaga, & Juaniz, 2004; Marchesi *et al.*, 2014).

Déjà en 1962, Hilde Bruch suggérait que la difficulté à décrire ses émotions représentait un déficit central chez les personnes atteintes d'un TCA et que cette difficulté serait liée à une impression générale de ne pas être adéquates ou de manquer de contrôle sur leur vie (Carano *et al.*, 2006; Espina Eizaguirre *et al.*, 2004). Plus récemment, il a été suggéré que les émotions et l'alexithymie jouent un rôle important dans le développement et le maintien de problèmes d'image corporelle et d'alimentation (Marsero *et al.*, 2011; Swami, Begum, & Petrides, 2010). Par exemple, les personnes atteintes d'alexithymie ont plus tendance à émettre des comportements de vérification corporelle (p. ex., se pincer, se toucher ou se mesurer dans le but de vérifier son poids et ses formes) et à se dire insatisfaites de leur corps que les personnes qui ne présentent pas d'alexithymie. Par ailleurs, selon le modèle cognitif-comportemental et transdiagnostique des TCA (voir Fairburn, 2008), les habitudes alimentaires des personnes souffrant de TCA seraient affectées par les situations rencontrées et leurs émotions ou changements d'humeur. Selon ce modèle, ces personnes peuvent manger plus, manger moins, se faire vomir ou avoir des crises de boulimie pour différentes raisons à caractère émotionnel comme : (1) se rassurer et gagner un sentiment de plus grand contrôle relativement à des événements perçus comme incontrôlables; (2) démontrer leur détresse; (3) se récompenser; ou (4) faire face à des émotions négatives telles que la tristesse, la honte ou la culpabilité (Fairburn, 2008).

Le modèle de la régulation émotionnelle (Polivy & Herman, 1993) s'intéresse plus particulièrement aux crises de boulimie. Il suggère qu'une augmentation des émotions négatives agirait comme élément précipitant des crises de boulimie et que celles-ci auraient la fonction de soulager les émotions négatives en utilisant la nourriture pour se distraire et se reconforter (Haedt-Matt & Keel, 2011). Les crises de boulimie en tant que réponse aux affects négatifs ne diminuent que temporairement le degré d'émotions négatives ressenties, ce qui renforce le besoin de recourir à de telles crises (Haedt-Matt & Keel, 2011; Markey & Vander Wal, 2007; Swami *et al.*, 2010). Les personnes qui présentent de l'alexithymie seraient

en ce sens particulièrement à risque d'adopter des comportements alimentaires problématiques récurrents comme les crises de boulimie (Speranza *et al.*, 2005). Plus particulièrement, des émotions comme la tristesse ou l'ennui peuvent être vécues comme des sensations corporelles et ainsi être confondues avec la faim (Wheeler *et al.*, 2005).

Alors que seulement 5,2 % des femmes de la population générale (Kokkonen *et al.*, 2001) présenteraient de l'alexithymie, les taux de prévalence grimpent à des valeurs variant entre 23 % à 77 % pour les personnes atteintes d'anorexie, de boulimie ou d'hyperphagie boulimique (Marchesi *et al.*, 2014). Chez les personnes qui souffrent de TCA, l'alexithymie a par ailleurs été associée à un risque plus élevé d'anxiété, de symptômes dépressifs et de faible estime de soi (Carano *et al.*, 2006; Keating, Tasca, & Hill, 2013; Marsero *et al.*, 2011; Speranza *et al.*, 2005; Žak-Golab *et al.*, 2013). Certains avancent par exemple que les standards personnels élevés des individus atteints de TCA et leur hypersensibilité à l'évaluation d'autrui pourraient générer des symptômes dépressifs qui se verraient soulagés par des préoccupations corporelles et des comportements alimentaires problématiques (Wheeler *et al.*, 2005). Malheureusement, ces comportements n'ont un effet apaisant que passager et, rapidement, la détresse et les affects négatifs reviennent plus intensément (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Étant donné leurs effets sur le maintien des TCA, les symptômes dépressifs, l'estime de soi et le perfectionnisme ressortent comme des facteurs particulièrement intéressants à considérer chez les personnes souffrant d'alexithymie et de TCA (Fairburn, 2008). Quoiqu'elles soient encore rares, quelques études à ce jour ont établi un lien, dont la direction de causalité reste à établir, entre chacun de ces facteurs et l'alexithymie dans des échantillons de personnes aux prises avec des TCA. En ce sens, certains auteurs ont avancé que l'alexithymie pourrait être causée par un état dépressif et constituer une réponse au stress vécu (Espina Eizaguirre *et al.*, 2004). D'autres croient que les symptômes dépressifs pourraient constituer une conséquence des crises de boulimie et que celles-ci seraient utilisées pour gérer les émotions et l'humeur dépressive (Wheeler *et al.*, 2005). D'autres encore ont suggéré que les symptômes dépressifs et l'alexithymie agiraient possiblement en concomitance et seraient ainsi tous deux significativement associés à une altération de la capacité de régulation émotionnelle et à un risque plus élevé de recourir à des comportements alimentaires problématiques (Ridout, Thom, & Wallis, 2010).

Le risque de crises de boulimie serait d'ailleurs possiblement exacerbé dans les cas où les symptômes dépressifs se voient combinés à une faible estime de soi (Carano *et al.*, 2006). En fait, chez certaines personnes

atteintes d'un TCA, l'estime de soi pourrait, par une vision extrêmement critique et négative de soi, avoir pour effet de maintenir les problèmes d'alimentation et les émotions négatives ressenties (Fairburn, 2008). Tout comme la faible estime de soi, le perfectionnisme mésadapté peut contribuer à des difficultés d'expression émotionnelles de même qu'à l'apparition et au maintien d'une symptomatologie alimentaire problématique (Garrison, 2014). Les personnes perfectionnistes qui se disent préoccupées par d'éventuelles erreurs ou qui entretiennent des doutes par rapport à leurs actions semblent en effet plus susceptibles d'opter pour des stratégies de régulation émotionnelle du type évitement (Garrison, 2014). Elles pourraient aussi tenter de faire face à la difficulté d'identifier et de réguler leurs émotions en s'imposant des règles alimentaires pratiquement impossibles à suivre (Marsero *et al.*, 2011).

Bien que les symptômes dépressifs, l'estime de soi et le perfectionnisme aient été individuellement associés à l'alexithymie, leur effet combiné sur l'intensité de l'alexithymie n'a pas été étudié. Or, il semble pertinent de vérifier comment ces facteurs psychologiques sont associés à un degré plus ou moins élevé d'alexithymie chez des personnes qui consultent pour des problèmes d'alimentation et de poids. Il semble également intéressant de s'intéresser au lien entre les symptômes dépressifs, l'estime de soi et le perfectionnisme mésadapté sur chacune des trois dimensions de l'alexithymie (ie. identification des émotions, description des émotions et pensée concrète). En ce sens, l'une des dimensions de l'alexithymie, soit la difficulté à identifier ses émotions, pourrait être plus fortement liée à ces facteurs psychologiques puisque des études antérieures ont démontré qu'elle affecte négativement le pronostic de rémission d'un TCA (Wheeler *et al.*, 2005; Speranza *et al.*, 2007). En fait, les personnes atteintes d'un TCA qui éprouvent le plus de difficulté à identifier leurs émotions demeurent plus symptomatiques et semblent arriver plus difficilement à s'adapter à des situations stressantes ou à adopter les stratégies thérapeutiques qui leur sont enseignées (Speranza *et al.*, 2007).

L'étude actuelle s'intéresse, dans un premier temps, à l'association entre la psychopathologie et l'alexithymie. Il est postulé que les symptômes dépressifs, la faible estime de soi et les préoccupations par rapport aux erreurs seront associés à un degré plus élevé d'alexithymie chez des participantes atteintes de problèmes d'alimentation. Dans un deuxième temps, le lien entre l'alexithymie et les comportements alimentaires problématiques tels que les crises de boulimie, les comportements compensatoires et le fait d'être à la diète sera étudié. Dans ce cas, il est attendu qu'un degré plus élevé d'alexithymie sera relié à un risque plus important de rapporter des crises de boulimie, des comportements compensatoires et des comportements de diète.

MÉTHODOLOGIE

Participant^{es}

Les participant^{es} sont 134 femmes, âgées de 18 à 68 ans et ayant consulté une clinique spécialisée de Gatineau, Montréal ou Laval pour un problème d'alimentation. L'âge moyen des participant^{es} est de 35,27 ans ($\bar{E}.-T.$ = 11,81). Elles ont en moyenne 1,9 enfant ($\bar{E}.-T.$ = 1,21) et un indice de masse corporelle (IMC) de 29,93 kg/m² ($\bar{E}.-T.$ = 8,33). Près du quart des participant^{es} (24,6 %) étaient étudiantes au moment de leur participation et plus des deux tiers (68,7 %) avaient un emploi (travailleuse salariée, propriétaire d'entreprise ou travailleuse autonome). Une majorité d'entre elles avaient complété le Cégep ou un baccalauréat (64,2 %) et 14,1 % une maîtrise ou un doctorat. La plupart des participant^{es} disaient avoir un partenaire amoureux actuellement (65,9 %) et la durée moyenne de leur relation de couple était de 6,93 ans ($\bar{E}.-T.$ = 14,39).

Procédure

Les participant^{es} ont consulté des cliniques spécialisées dans le traitement des TCA entre le 19 août 2013 et le 15 juillet 2014. Les références proviennent de leur médecin, d'un autre professionnel de la santé ou encore il s'agit d'autoréférences. Chacune des participant^{es} a eu deux rencontres d'évaluation individuelles et a rempli des questionnaires en ligne de chez elle ou d'un endroit qui lui convenait. La première rencontre d'évaluation, conduite par une nutritionniste ou par un psychothérapeute, visait à informer les participant^{es} par rapport à la recherche, répondre à leurs questions et obtenir leur consentement à participer. Par la suite, un courriel contenant un hyperlien leur était envoyé afin de leur permettre d'accéder aux questionnaires en ligne. Les participant^{es} ayant rempli les questionnaires ont ensuite été rencontrées par un psychologue ou un psychothérapeute (deuxième rencontre d'évaluation) afin de pouvoir recevoir un résumé de leurs réponses aux questionnaires et d'en discuter plus amplement.

Instruments de mesure

Les questionnaires électroniques comprenaient un questionnaire sociodémographique comportant des questions sur : l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, le statut conjugal, le fait d'être à la diète ou non ainsi que la taille et le poids. L'IMC des participant^{es} a été calculé à partir de leurs réponses autorapportées, en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres carrés (kg/m²).

L'alexithymie a été mesurée à partir du *TAS-20* (Bagby *et al.*, 1994; Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993). Tout comme sa version originale anglaise, la version française de ce questionnaire (Loas, Otmani,

Verrier, Fremaux, & Marchand, 1996) évalue le degré d'alexithymie de la personne à partir de 20 items autorapportés, qui se répondent à partir d'une échelle de Likert en cinq points et se répartissent dans trois sous-échelles : (1) difficulté à identifier ses émotions; (2) difficulté à décrire ses émotions; et (3) pensée concrète. Le score total peut varier entre 20 et 100 et un score de 61 ou plus indique la présence d'alexithymie (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). La structure en trois facteurs correspond au construit théorique de l'alexithymie en plus d'être stable et applicable à des échantillons cliniques et non cliniques (Taylor *et al.*, 2003). Le *TAS-20* présente un bon degré de consistance interne (alpha de Cronbach de .81) et une bonne fidélité (77, $p < 0.01$). Pour l'étude actuelle l'alpha de Cronbach est de .87.

Les comportements alimentaires pathologiques et les aspects psychopathologiques typiquement associés aux troubles du comportement alimentaire ont été évalués à partir du *Eating Disorder Examination Questionnaire-6 (EDE-Q6)*; Fairburn & Beglin, 2008). La version française de ce questionnaire (Carrard, My Lien Rebetz, Mobbs, & Van der Linden, 2015) contient des questions autorapportées qui permettent de vérifier les critères diagnostiques de fréquence et d'intensité des comportements de diète, de crises de boulimie, de vomissements, d'abus de laxatifs et d'activité physique excessive au cours des 28 derniers jours et en fonction des critères diagnostiques du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Le *EDE-Q6* contient également quatre sous-échelles : Restrictions, Préoccupations par rapport à l'alimentation, Préoccupations par rapport à la silhouette, Préoccupations par rapport au poids. Dans l'étude actuelle, la consistance interne de l'*EDE-Q6* est élevée, avec un alpha de Cronbach de .91. Des variables dichotomiques (oui = 1 et non = 0) ont été créées pour déterminer s'il y a présence ou non de crises de boulimie et de comportements compensatoires (vomissements, prise de laxatifs et exercice physique excessif) à raison d'au moins une fois par semaine au cours du dernier mois.

Les attitudes et comportements alimentaires problématiques ont été évalués à l'aide du *Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)*; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). Cet instrument de dépistage autorapporté contient 26 items qui se répondent à partir d'une échelle de Likert en six points. Un score total de 20 ou plus à ce questionnaire indique la présence d'attitudes et comportements jugés cliniquement significatifs (Garner *et al.*, 1982). La version francophone de l'*EAT-26* démontre des propriétés psychométriques adéquates, comparables à la version originale anglophone (Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault, & Gottheil, 1994). Au sein de l'étude actuelle, l'alpha de Cronbach est de .91.

Le niveau d'estime de soi des participantes a été mesuré à partir du *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*; Rosenberg, 1965). Ce questionnaire comprend 10 affirmations autorapportées qui se répondent sur une échelle de type Likert en quatre points. La spécificité de l'échelle se trouve dans la formulation des affirmations : cinq sont formulées positivement et cinq négativement basées sur les définitions conceptuelles de Rosenberg (Vallières & Vallerand, 1990). Plus le score total est élevé, plus l'estime de soi est adéquate. Un score total inférieur à 20 indique une très faible estime de soi alors qu'un score se situant entre 20 et 33 indique une faible estime de soi. La version francophone du *RSES* démontre une consistance interne et une stabilité temporelle adéquates (.84) (Vallières & Vallerand, 1990). Dans l'étude actuelle, l'alpha de Cronbach est de .91.

Le perfectionnisme a été mesuré à partir du *Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS)*; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). Ce questionnaire autorapporté évalue les composantes personnelles et sociales du perfectionnisme chez un individu à partir de 35 items, répartis sur une échelle de Likert en cinq points. Il comporte six sous-échelles : Préoccupations face aux erreurs, Standards personnels, Attentes parentales, Critiques parentales, Doutes liés à l'exactitude de ses actes et Organisation. Aux fins de l'étude actuelle, la sous-échelle Préoccupations face aux erreurs a été retenue parce qu'elle mesure le perfectionnisme mésadapté, qu'elle ressort comme la caractéristique centrale du perfectionnisme et que son lien avec l'alexithymie a été objectivé (Marsero *et al.*, 2011). La version francophone du questionnaire présente une stabilité temporelle adéquate (Bouvard *et al.*, 2000). Dans la présente étude, sa consistance interne est excellente (alpha de Cronbach de .93).

Pour évaluer les symptômes dépressifs, le *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*; Radloff, 1977) a été utilisé. Ce questionnaire de 20 items autorapportés et répondus sur une échelle de Likert en quatre points, évalue l'humeur d'un individu en lui demandant à quelle fréquence, durant la dernière semaine, il a ressenti des symptômes ou émis des comportements associés à la dépression. Le *CES-D* comporte quatre sous-échelles : Affects dépressifs, Affects positifs, Plaintes somatiques et Perturbations des relations interpersonnelles. Sa version francophone présente de bonnes propriétés psychométriques (Morin, Moullec, Maïano, Layet, Just, & Ninot, 2011). Pour l'étude actuelle l'alpha de Cronbach est de .74.

RÉSULTATS

Analyses statistiques

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel de traitement de données *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*,

version 22. Dans un premier temps des analyses descriptives ont été effectuées afin de tracer un portrait de l'échantillon. Il ressort que : 36,6 % (n = 49) des participantes ont rapporté avoir eu au moins une crise de boulimie par semaine au cours du mois précédant leur évaluation; 22,4 % (n = 30) d'entre elles ont eu recours à un comportement compensatoire comme des vomissements, des laxatifs ou de l'exercice physique intensif au moins une fois par semaine depuis le dernier mois; 14,2 % (n = 19) étaient à la diète au moment de l'évaluation; et 68,7 % (n = 92) ont obtenu un score total au *TAS-20* permettant de les classer dans la catégorie Alexithymie. Le Tableau 1 présente les résultats des ANOVAs basés sur la comparaison des participantes selon leur état d'alexithymie (présence ou absence d'alexithymie) ainsi que leurs caractéristiques cliniques. Ces résultats indiquent que les femmes qui se classent dans le groupe alexithymique présentent : un IMC moins élevé, plus de restrictions alimentaires et de préoccupations par rapport à leur silhouette, plus d'attitudes et de comportements alimentaires problématiques, une estime de soi plus faible, plus de perfectionnisme et plus de symptômes dépressifs.

Pour évaluer l'influence possible de facteurs psychologiques sur le degré d'alexithymie rapporté par les participantes, une régression linéaire de type pas à pas a été utilisée. Dans cette régression, le score total d'estime de soi du *RSES*, l'échelle Préoccupations face aux erreurs du *FMPS* et l'intensité des symptômes dépressifs tels que mesurés par le *CES-D* ont été utilisés comme variables indépendantes pour prédire le degré d'alexithymie. La régression fait état d'un lien significatif [$F(3,130) = 29,89, p < .001$]. Le Tableau 2 présente les résultats pour chaque facteur psychologique et permet de souligner que seule la dépression est significativement associée à l'alexithymie.

Puisque la mesure d'alexithymie comporte trois sous-échelles, des régressions linéaires de type pas à pas ont aussi été effectuées afin de bien cerner le rôle des trois facteurs psychologiques à l'étude (estime de soi, préoccupations face aux erreurs et symptômes dépressifs) par rapport à chacune des sous-échelles du *TAS-20*. Les régressions sont significatives ($p < .05$) pour les sous-échelles Identification des émotions et Description des émotions. Le Tableau 3 présente les relations entre les facteurs et les sous-échelles Identification et Description des émotions. Les symptômes dépressifs prédisent tant la difficulté à identifier ses émotions que la difficulté à les décrire. Toutefois, les préoccupations face aux erreurs ressortent significativement associées uniquement à la difficulté à identifier ses émotions et l'estime de soi n'est associée qu'à la difficulté à décrire ses émotions.

Tableau 1

Caractéristiques des participantes en fonction de la présence ou de l'absence d'alexithymie

Caractéristiques	Alexithymie (n = 92)	Non-alexithymie (n = 42)	F	p
Indice de masse corporelle	27,68 ± 7,69	30,96 ± 8,45	4,48	.036
Symptomatologie alimentaire				
Restrictions	2,73 ± 1,80	1,81 ± 1,53	9,27	.003
Préoccupations par rapport au poids	3,72 ± 1,23	4,28 ± 1,49	5,3	.023
Préoccupations par rapport à la silhouette	4,70 ± 1,27	4,22 ± 1,26	4,11	.045
Score total au <i>EAT-26</i>	27,83 ± 14, 93	21,67 ± 11, 89	6,56	.012
Facteurs psychologiques				
Estime de soi	25,19 ± 5, 90	30,89 ± 5, 75	27,92	.000
Préoccupations face aux erreurs	32,17 ± 7, 35	26,72 ± 8, 18	13,61	.000
Symptômes dépressifs	27,14 ± 11, 39	16,40 ± 9, 77	31,34	.000

Tableau 2

Relation entre les facteurs psychologiques et l'alexithymie

	B	t	p	Sr-ajusté
Estime de soi	-.18	-1,64	.103	.31
Préoccupations face aux erreurs	.18	1,93	.056	.34
Symptômes dépressifs	.36	3,68	.,000***	.40

B : Poids Beta; t : paramètre du test; Sr : carré partiel ajusté

*** p ≤ .001

Tableau 3

Relation entre les facteurs psychologiques et les sous-échelles Identification des émotions et Description des émotions du *TAS-20*

	B	t	p	Sr
<i>Sous-échelle Identification des émotions</i>				
Estime de soi	-.12	-1,13	.253	.33
Préoccupations face aux erreurs	.19	2,12	.04*	.36
Symptômes dépressifs	.47	5,04	.003**	.46

Alexithymie, crise de boulimie et psychopathologie

Tableau 3

Relation entre les facteurs psychologiques et les sous-échelles Identification des émotions et Description des émotions du *TAS-20* (suite)

	<i>Sous-échelle Description des émotions</i>			
Estime de soi	-.23	-2,0	.05*	.26
Préoccupations face aux erreurs	.16	1,55	.124	.28
Symptômes dépressifs	.26	2,41	.018*	.30

B : Poids *Beta*; *t* : paramètre du test; *Sr* : carré partiel

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$

Enfin, des régressions logistiques ont été réalisées afin de déterminer si le degré d'alexithymie (variable indépendante; score total au *TAS-20*) prédit la présence de crises de boulimie et de comportements compensatoires ainsi que le fait d'être ou non à la diète. Les résultats montrent que seuls les comportements compensatoires sont significativement prédits par le degré d'alexithymie. Le score total obtenu par les participantes au *TAS-20* explique 10 % de la variance des comportements compensatoires. Les participantes qui présentent un plus haut degré d'alexithymie ($B = .05$, $p = .007$) sont plus susceptibles de faire partie du groupe ayant recouru à des comportements compensatoires, le rapport de cote étant de 1,05.

DISCUSSION

La présente étude avait pour but d'examiner les relations entre, d'une part, des facteurs psychologiques associés à un pronostic de traitement moins favorable pour les personnes atteintes de TCA et leur degré d'alexithymie et, d'autre part, le degré d'alexithymie et la présence de comportements alimentaires problématiques. Les résultats montrent que l'alexithymie est fréquemment observée chez des femmes qui consultent des cliniques spécialisées pour un problème d'alimentation et qu'elle les rend plus à risque de recourir à des comportements compensatoires malsains. Les participantes qui se sont classées dans la catégorie alexithymie font état d'une psychopathologie alimentaire et générale significativement plus élevée. Sur le plan des facteurs psychologiques associés à l'alexithymie, les symptômes dépressifs ressortent comme une caractéristique centrale pouvant prédire un plus grand risque d'alexithymie.

La prévalence de l'alexithymie dans l'échantillon de femmes actuel était de 68,7 %. Ce taux de prévalence est soit comparable (62,5 %; Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet, & Barbe, 2003), soit plus élevé (39,6 %, 42,7 % et 46 % respectivement; Carano *et al.*, 2006; Noli, Cornicelli, Marinari, Carlini, Scopinaro, & Adami, 2010; Zak-Golab *et al.*, 2013) que

ceux obtenus auprès de femmes obèses ayant ou non des crises de boulimie. Il est par ailleurs nettement plus élevé que le taux d'alexithymie de 5,2 % observé auprès de femmes issues de la population générale (Carano *et al.*, 2006) et pratiquement équivalent à celui obtenu auprès d'individus de poids normal aux prises avec un trouble psychiatrique (Marechal, Loas, Legrand, & Corcos, 2009). Cette forte prévalence indique la pertinence d'évaluer le degré d'alexithymie chez des personnes qui consultent pour des problèmes d'alimentation et de considérer ce trait de personnalité dans le traitement d'un TCA. Elle soulève également la question à savoir si la difficulté à comprendre, accepter et réguler ses émotions représente un facteur de personnalité spécifique aux TCA ou s'il ne s'agit pas plutôt d'un trait de personnalité sous-jacent à plusieurs types de psychopathologies. En effet, les résultats n'écartent pas la possibilité que l'alexithymie soit le reflet d'affects négatifs présents dans divers types de psychopathologie (Marchesi *et al.*, 2014; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012).

L'importance de considérer l'alexithymie dans l'intervention semble d'autant plus justifiée lorsqu'on considère la possibilité qu'elle représente une conséquence d'un état de dénutrition ou d'un déficit nutritionnel (Parling, Mortazavi, & Ghaderi, 2010) ou lorsqu'on s'attarde au lien qu'elle entretient avec l'intensité des symptômes dépressifs. Les résultats montrent que plus les symptômes dépressifs rapportés sont élevés chez les femmes souffrant de problèmes d'alimentation, plus elles sont également à risque d'éprouver des difficultés à reconnaître leurs états émotionnels, à les différencier de sensations corporelles et à les exprimer. Considérant que la dépression amène une réduction de certaines capacités cognitives et qu'elle se caractérise, entre autres, par le ressenti de sentiments négatifs (American Psychiatric Association, 2013), ce lien entre les symptômes dépressifs et l'alexithymie prend tout son sens. En fait, des difficultés de régulation émotionnelle peuvent être présentes tant dans le trouble dépressif que dans l'alexithymie et ces deux derniers peuvent vraisemblablement s'influencer de manière à ce que l'un accentue l'autre et vice-versa. Ainsi, tel que suggéré par Espina Eizaguirre et ses collègues (2004), l'alexithymie pourrait à la fois être influencée par les symptômes dépressifs et en favoriser l'apparition ou le maintien. Quoique, en raison son devis transversal, l'étude actuelle ne permette pas de statuer sur le fait que les symptômes dépressifs causent ou non de l'alexithymie, il est néanmoins possible d'affirmer, sur la base des résultats obtenus, que le tableau clinique des femmes présentant de l'alexithymie se voit alourdi par la présence de symptômes dépressifs, ce qui peut compromettre leur adhérence au traitement ou encore les effets de ce dernier.

Outre les symptômes dépressifs, d'autres facteurs psychologiques semblent jouer un rôle dans les difficultés d'identification et d'expression des émotions. À cet effet, nos résultats indiquent que la dimension du perfectionnisme, qui implique des préoccupations excessives par rapport aux erreurs, prédit significativement la difficulté à identifier et reconnaître leurs émotions chez les participantes. Peu d'auteurs ont exploré le lien entre le perfectionnisme et l'alexithymie. Alors que certains ont conclu qu'ils ne sont pas reliés l'un à l'autre (Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996), d'autres ont fait état d'une relation selon laquelle le perfectionnisme représenterait possiblement un moyen dysfonctionnel de faire face à des difficultés de régulation émotionnelle (Marsero *et al.*, 2011). Les résultats de l'étude actuelle suggèrent que le perfectionnisme mésadapté, plus précisément la peur de faire des erreurs, puisse être particulièrement présent chez les personnes qui arrivent mal à identifier leurs émotions. Face à l'éventualité de faire des erreurs, celles-ci seraient possiblement plus à risque de méprendre leurs émotions (p. ex., anxiété) pour des sensations internes (p.ex. gargouillements d'estomac, faim ou malaise interne impossible à identifier).

L'estime de soi des participantes, plus particulièrement la faible estime de soi, serait pour sa part plus susceptible d'interférer avec leur capacité à exprimer et décrire leurs émotions. Bien que certains auteurs suggèrent un lien entre l'estime de soi et l'alexithymie (De Berardis *et al.*, 2009; Keating *et al.*, 2013; Speranza *et al.*, 2005), aucun n'avait encore précisément montré l'effet potentiel de l'estime de soi sur la difficulté à exprimer ses émotions. Or, il semble tout à fait plausible qu'une faible estime de soi amène, chez un individu donné, une tendance à ne pas exprimer ou à ne pas oser décrire ses états émotionnels à autrui.

Notons enfin que les résultats obtenus suggèrent, d'un côté, que le fait de présenter de l'alexithymie est associé à des attitudes et comportements alimentaires problématiques significativement plus élevés. Cependant, d'un autre côté, ils indiquent que l'alexithymie n'est pas significativement associée à un risque plus élevé d'être à la diète ou d'avoir eu au moins quatre crises de boulimie au cours du dernier mois. En fait, la psychopathologie alimentaire et générale des participantes est élevée, qu'elles appartiennent au groupe alexithymique ou non. Par exemple, le score moyen de l'*EAT-26* atteint un seuil jugé clinique (Garner *et al.*, 1982) dans les deux groupes. Dans la même perspective que les résultats de la présente étude, d'autres auteurs ont également montré que le fait d'avoir ou non des crises de boulimie n'était pas associé à un degré d'alexithymie différent (Noli *et al.*, 2010; Żak-Golab *et al.*, 2013). À la lumière de ces résultats, il devient possible de croire que, chez des femmes qui consultent pour des problèmes d'alimentation, l'alexithymie affecte l'intensité des préoccupations, attitudes et comportements alimentaires problématiques,

mais qu'elle ne discrimine pas entre celles qui sont à la diète ou non ni même entre celles qui rapportent des crises de boulimie ou non. Puisque ni les crises de boulimie ni la diète ne sont plus fréquemment utilisées par les personnes souffrant d'alexithymie, il semble que le modèle de la régulation affective voulant que ces comportements servent à soulager des émotions négatives puisse être remis en question. Cependant, l'alexithymie serait plus susceptible de distinguer les femmes qui adoptent des comportements compensatoires de celles qui n'en ont pas. En ce sens, les comportements compensatoires tels que les vomissements provoqués, l'abus de laxatifs et la pratique d'exercice physique excessif pourraient être plus susceptibles de jouer un rôle de régulation émotionnelle. Ce dernier résultat pourrait aussi trouver une explication dans l'intensité de la psychopathologie : la présence de comportements compensatoires indiquant un TCA plus sévère et un degré de psychopathologie plus élevé (Agüera *et al.*, 2013).

Bien qu'elle donne lieu à des résultats intéressants, l'étude actuelle n'est pas sans comporter certaines limites qui en réduisent les possibilités de généralisation. Premièrement, les participantes sont uniquement de sexe féminin. Ce constat est le reflet d'une réalité clinique où une proportion beaucoup plus grande de femmes que d'hommes reconnaît avoir un problème d'alimentation et choisit de consulter pour ce dernier. Malheureusement, cette surreprésentation des femmes fait en sorte qu'il n'est pas possible de déterminer si les hommes sont autant à risque d'alexithymie que les femmes ni si le risque de recourir à des comportements alimentaires afin de se réguler émotionnellement serait plus ou moins élevé chez ces derniers.

Deuxièmement, l'échantillon étudié est composé de femmes en moyenne dans la trentaine et étant, pour la plupart, sur le marché du travail. Ces femmes consultent dans des cliniques privées, ce qui implique qu'elles doivent assumer elles-mêmes les frais relatifs aux services d'aide reçus. En ce sens, elles ne peuvent pas être considérées représentatives de l'ensemble des personnes souffrant de TCA. Elles pourraient même être plus motivées à se sortir de leur trouble que d'autres femmes n'ayant pas les moyens de consulter au privé. Ainsi, il est possible que le degré d'alexithymie observé soit influencé à la hausse ou à la baisse par les caractéristiques sociodémographiques des participantes de l'échantillon évalué.

Enfin, l'étude actuelle utilise des questionnaires en ligne autorapportés et un devis transversal. Dû à l'anonymat qui leur est conféré, les questionnaires peuvent donner lieu à une prévalence plus élevée de comportements alimentaires problématiques que les entrevues d'évaluation en face à face (Keel, Crow, Davis, & Mitchell, 2002). Par

ailleurs, l'usage d'un devis transversal ne permet pas de savoir si les femmes souffrant d'alexithymie sont plus à risque de mettre fin prématurément à leur traitement ni de savoir si une intervention visant à les amener à mieux identifier et exprimer leurs émotions serait efficace.

Les limites qui précèdent permettent d'émettre certaines recommandations pour des recherches futures. En effet, il semble que des études additionnelles utilisant un devis longitudinal et permettant des comparaisons entre les hommes et les femmes soient nécessaires afin de : (1) étudier la direction du lien de causalité entre l'alexithymie et les comportements alimentaires problématiques; (2) vérifier l'influence possible de l'alexithymie sur l'adhérence au traitement; et (3) mesurer les effets des traitements axés sur la diminution des comportements alimentaires problématiques sur la capacité à identifier et exprimer leurs émotions. Il serait essentiel de suivre les participants d'études ultérieures sur plusieurs mois et de les évaluer à maintes reprises, non seulement à partir de questionnaires autorapportés, mais aussi à l'aide d'entrevues diagnostiques. Nonobstant les limites identifiées, il ressort de l'étude actuelle qu'au regard des implications cliniques possibles de l'alexithymie en ce qui a trait à la planification et à l'efficacité d'un traitement psychologique axé sur les TCA, il importe de la considérer plus systématiquement et de s'attarder aux caractéristiques cliniques qui lui sont associées. Il semble par exemple possible d'émettre l'hypothèse qu'en travaillant sur une meilleure identification et expression des émotions, une amélioration des symptômes dépressifs, de l'estime de soi et des préoccupations excessives par rapport aux erreurs s'observe également. De la même façon, un travail thérapeutique portant sur ces facteurs psychologiques pourrait conduire à une moindre alexithymie qui, à son tour, pourrait faire en sorte de diminuer le risque qu'une personne souffrant d'un TCA ait recours à des comportements compensatoires. De plus, les personnes souffrant d'un TCA pourraient bénéficier d'un traitement axé sur la psychoéducation quant aux affects négatifs et à l'inefficacité des crises de boulimie pour soulager de tels affects. Un traitement favorisant une plus grande tolérance relativement à la détresse et des techniques d'exposition aux émotions ainsi que de prévention de la réponse pourrait aussi être privilégié chez les personnes présentant de l'alexithymie et étant atteintes d'un TCA (Haedt-Matt & Keel, 2011).

RÉFÉRENCES

- Agüera, Z., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., Islam, M.A., Granero, R., Vicente, E., *et al.* (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder : DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13, 285-293. doi : 10.1186/1471-244X-13-285
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association.

- Bagby, R. M., Parker, J. D., & 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.
- Bouvard, M., Robbe Grillet, P., Pham, S., Millierey, M., Amireche, S., Fanget, F., et al. (2000). Étude de validation d'une échelle multidimensionnelle de perfectionnisme. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 5(2), 11-22.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.
- Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., et al. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 332-340.
- Carrard, I., My Lien Rebetez, M., Mobbs, O., & Van derLinden, M. (2015). Factor structure of a French version of the eating disorder examination-questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 137-144. doi : 10.1007/s40519-014-0148-x
- Da Ros, A., Vinai, P., Gentile, N., Forza, G., & Cardetti, S. (2011). Evaluation of alexithymia and depression in severe obese patients not affected by eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 16(1), 24-29.
- De Berardis, D., D'Albenzio, A., Gambi, F., Sepede, G., Valchera, A., Conti, C. M., et al. (2009). Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in a nonclinical sample. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1), 67-69. doi : 10.1089/cpb.2008.0108
- Espina Eizaguirre, A., Saenz de Cabezón, A. O., Ochoa de Alda, I., Joaristi Olariaga, L., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 321-331.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders : The transdiagnostic view and the cognitive behavioral therapy. In C. G. Fairburn (Éd.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 7-22). New York, NY : Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (Edition 16.0D). In C. G. Fairburn (Éd.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 309-313). New York, NY : Guilford Press.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. doi : 10.1007/BF01172967
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test : psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Garrison, A. M. (2014). Testing a model of maladaptive perfectionism and depression symptoms : The roles of emotional disclosure, emotion regulation strategies, adult attachment, and shame. *Dissertations*. Western Michigan University, paper 277.
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating : A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660-681. doi : 10.1037/a0023660
- Keating, L., Tasca, G. A., & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(3), 366-373. doi : 10.1016/j.eatbeh.2013.06.013
- Keel, P. K., Crow, S., Davis, T. L., & Mitchell, J. E. (2002). Assessment of eating disorders : Comparison of interview and questionnaire data from a long-term follow-up study of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1043-1047.
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M.-R., et al. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 471-476.
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia : A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083-1090.
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil, N. (1994). Validation of an eating attitude scale in a French-speaking Quebec population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(1), 49-54.

Alexithymie, crise de boulimie et psychopathologie

- Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology*, 29(2), 139-144.
- Marchesi, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). The TAS-20 more likely measures negative affects rather than alexithymia itself in patients with major depression, panic disorder, eating disorders and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 972-978. doi : 10.1016/j.comppsy.2013.12.008
- Marechal, V., Loas, G., Legrand, A., & Corcos, M. (2009). Alexithymia in severely obese patients seeking surgical treatment. *Psychological Reports*, 105(3 pt.1), 935-944.
- Markey, M. A., & Vander Wal, J. S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 458-464.
- Marsero, S., Ruggiero, G. M., Scarone, S., Bertelli, S., & Sassaroli, S. (2011). The relationship between alexithymia and maladaptive perfectionism in eating disorders : A mediation moderation analysis methodology. *Eating and Weight Disorders*, 16(3), e182-e187.
- Morin, A. J. S., Moullec, G., Maïano, C., Layet, L., Just, J.-L., & Ninot, G. (2011). Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59(5), 327-340. doi : 10.1016/j.respe.2011.03.061
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia : A view of the psychosomatic process. In O. Hill (Éd.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (p. 430-439). Londres : Butterworth.
- Noli, G., Cornicelli, M., Marinari, G. M., Carlini, F., Scopinaro, N., & Adami, G. F. (2010). Alexithymia and eating behaviour in severely obese patients. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(6), 616-619. doi : 10.1111/j.1365-277X.2010.01079.x.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7(4), 221-232.
- Parling, T., Mortazavi, M., & Ghaderi, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa : Time for a shift in the measurement of the concept? *Eating Behaviors*, 11(4), 205-210. doi : 10.1016/j.eatbeh.2010.04.001
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P., & Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating : psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Éds), *Binge eating : Nature, assessment, and treatment* (p. 173-205). New York, NY : Guilford Press.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Ridout, N., Thom, C., & Wallis, D. J. (2010). Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Eating Behaviors*, 11(1), 1-5.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F. et al. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135(2), 153-163.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & 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.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders : A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111. doi : 10.1016/j.psychres.2011.11.009
- Swami, V., Begum, S., & Petrides, K. V. (2010). Associations between trait emotional intelligence, actual-ideal weight discrepancy, and positive body image. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 485-489.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge : Cambridge University Press.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale : IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(3), 277-283.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(6), 561-568.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology, 25*(2), 305-316.
- Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care, 41*(3), 114-123.
- Żak-Golab, A., Tomalski, R., Bak-Sosnowska, M., Holecki, M., Kocelak, P., Olszaneck-Glinianowicz, M. *et al.* (2013). Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *The European Journal of Psychiatry, 27*(3), 149-159.

RÉSUMÉ

L'alexithymie est associée à des troubles des conduites alimentaires (TCA). L'étude actuelle s'intéresse aux relations entre l'alexithymie, les comportements alimentaires problématiques et la psychopathologie. Cent trente-quatre femmes ont rempli des questionnaires en ligne évaluant l'alexithymie, les attitudes et comportements alimentaires problématiques, l'estime de soi, le perfectionnisme et les symptômes dépressifs. Les résultats montrent que les participantes qui obtiennent un score d'alexithymie élevé présentent une symptomatologie alimentaire et générale significativement plus élevée. Les régressions linéaires effectuées révèlent que les symptômes dépressifs prédisent significativement le degré d'alexithymie et celui-ci prédit la présence de comportements compensatoires. Les résultats de l'étude indiquent la pertinence d'évaluer plus systématiquement le degré d'alexithymie chez les personnes qui consultent pour des difficultés alimentaires et d'agir sur celle-ci.

MOTS CLÉS

alexithymie, troubles de l'alimentation, estime de soi, perfectionnisme, symptômes dépressifs

ABSTRACT

Alexithymia has been associated with eating disorders. The present study examines relationships between alexithymia, problematic eating behaviours and psychopathology. One hundred thirty four women completed online questionnaire assessing alexithymia, problematic eating attitudes and behaviours, self-esteem, perfectionism and depressive symptoms. Results show that participants with higher alexithymia scores reported a significantly higher eating symptomatology and were at higher risk of psychopathology. Linear regressions reveal that depressive symptoms significantly predict the degree of alexithymia and alexithymia predicts compensatory behaviours. The study findings suggest that alexithymia should be more systematically evaluated and treated in individuals seeking help for eating problems.

KEY WORDS

alexithymia, eating disorders, self-esteem, perfectionism, depressive symptoms