

# Recherches Recherches

## Qu'est-ce que l'expérience corporelle des patientes souffrant d'anorexie mentale ? Une étude empirique.

Isabelle Mayers\*, Isabelle Bragard\*, Catherine Demoulin\* et Anne-Marie Etienne\*\*

\*licenciée en psychologie

\*\*docteur en psychologie

### Résumé

L'expérience corporelle des patientes souffrant d'anorexie mentale (anorexie mentale de type restrictif : ANR et anorexie mentale " mixte " (avec crises de boulimie ou vomissements ou prise de purgatifs) : ANM) est un concept complexe, incluant des facteurs perceptifs, affectifs (insatisfaction corporelle, opinions concernant son propre corps, ...) et cognitifs (Probst, 1997). La présente étude aborde le concept dans une perspective d'évaluation multidimensionnelle grâce à une technique d'estimation globale de son corps (Evaluation du corps révisée, BIA-R, de Beebe, Holmbeck & Grzeskiewicz, 1999) et à des questionnaires spécifiques (les facteurs "insatisfaction du corps" et "tendance à vouloir maigrir" de l'Inventaire des Troubles des Conduites Alimentaires, EDI, Garner, Olmsted & Polivy, 1983 ; le Test sur l'Attitude Corporelle, BAT, de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995a). Des tests d'appariement perceptifs issus de la Batterie de Reconnaissance des Objets de Birmingham de Riddoch et Humphreys (1993) ont également été administrés dans le but d'exclure une intervention de perturbations d'ordre perceptif dans l'interprétation d'éventuelles distorsions de l'image du corps. Les résultats montrent que les patientes (ANM et ANR) sont insatisfaites de leur apparence corporelle et entretiennent des attitudes négatives à son égard. Elles ne présentent pas de déficit perceptif. Toutefois, les patientes ANR ont conscience de leur minceur, se sentent minces mais veulent perdre du poids alors que les patientes ANM ont également conscience de leur minceur mais se sentent grosses et désirent perdre plus de poids. Les implications théoriques et cliniques sont discutées.

### Abstract

Anorexic's body experience (restricting type: ANR et bingeing/purging type: ANM) is a complex concept including perceptive, affective (body dissatisfaction, personal opinions concerning one own's body, ...) and cognitive factors (Probst, 1997). This study considers the concept in a multidimensional evaluation perspective with a whole body method (The Body Image Assessment-Revised of Beebe, Holmbeck & Grzeskiewicz, 1999) and with specific questionnaires ("Body dissatisfaction" and "drive for thinness" factors of Eating Disorders inventory, EDI, Garner, Olmsted & Polivy, 1983; Body Attitude Test, BAT, Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995a). Perceptive matching tests of Birmingham Object Recognition Battery (Riddoch & Humphreys, 1993) have also been administered in order to exclude potential perceptive biases in the interpretation of body image distortions. Results show that patients (ANR and ANM) are dissatisfied for their body and have negative attitudes toward it. They don't present a perceptive deficit. Nevertheless, ANR are conscious of their thinness, feel themselves thin but want to loose weight while ANM are also conscious of their thinness but feel fat and desire to loose more weight. Theoretical and clinical implications are discussed.

ULg. - Département des Sciences Cognitives, Secteur «Psychologie de la Santé», Boulevard du Rectorat, B33 - B-4000 Liège

**Remerciements** : Nous souhaitons exprimer toute notre gratitude au Docteur Michel Probst pour l'aide précieuse qu'il nous a fournie dans cette recherche. Nous remercions également le Docteur François Nef, le Docteur Yves Simon, Madame Dominique Baudart, Madame Aline Thiernesse, Madame Laurie Sanglan et l'association " Infor Anorexie & Boulimie ", le Docteur Blandiau, le Docteur Dozot, le Docteur Roger, Madame Witvrouw, Madame Louis et Madame Verlaeten pour nous avoir mis en contact avec leurs patientes.

## Introduction

Les conduites de restriction alimentaire semblent avoir existé de tous temps. Des motifs philosophiques et religieux ont souvent été invoqués pour expliquer le jeûne (Cütlümot & Laxenaire, 1997). La découverte de l'anorexie mentale est cependant attribuée au psychiatre français Charles Lasègue (1873) et à l'anglais William Gull (1874) (voir Silverman, 1995 ; Vandereycken et van Deth, 1990). Leur description détaillée du trouble va faire entrer l'anorexie mentale dans la nomenclature médicale, puis psychiatrique. Les critères diagnostiques les plus récents sont décrits par le DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994), et présupposent la présence des caractéristiques majeures suivantes : le refus de maintenir un poids corporel normal pour l'âge et pour la taille, une peur intense de prendre du poids, une estime de soi influencée par le poids, ainsi que des altérations au niveau de la perception de son apparence corporelle. Une aménorrhée post-pubère est aussi mentionnée en tant que critère diagnostique du trouble. Le DSM-IV classe l'anorexie mentale en deux groupes de patientes : celles restreignant leur alimentation (type restrictif) et celles souffrant de crises de boulimie ou utilisant des comportements compensatoires de purge, visant à prévenir la prise de poids consecutive à l'ingestion d'aliments (type "mixte" avec crises de boulimie, vomissements ou prise de purgatifs).

L'expérience corporelle négative des patientes souffrant d'anorexie mentale est considérée comme un élément diagnostique prépondérant du trouble depuis Bruch (1962). Cet auteur a donné une connotation perceptive au concept, même si elle l'a clairement utilisé pour rendre compte d'une variété de cognitions et d'attitudes relatives au corps (Smeets & Panhuysen, 1995). En 1981, Garner et Garfinkel ont noté que les déformations de l'image du corps peuvent s'exprimer de deux manières. La première est reliée à la perception, et correspond au degré d'inexactitude dans l'estimation de ses proportions corporelles. La seconde implique des composants cognitifs et affectifs sans qu'il existe de déformations d'ordre perceptif. Ainsi, certaines patientes évaluent correctement leurs mensurations, mais déprécient leur corps. Le premier type de trouble fait référence à ce que les chercheurs nomment "l'estimation de son apparence corporelle ou de ses dimensions corporelles", le second, au concept "d'insatisfaction corporelle" (Cash & Brown, 1987 ; Slade, 1988 ; Williamson, 1990). Pour Garner et Garfinkel (1981), ces concepts peuvent opé-

rer indépendamment ou conjointement. Williamson, Davis, Goreczny et Blouin (1989a) ont ajouté une troisième dimension au concept de déformations de l'image du corps : la "préférence pour la minceur". C'est l'apparence corporelle qu'un individu juge idéale ou celle qu'il utilise comme standard de référence, lui permettant de décider s'il est satisfait de son corps ou non.

Les recherches empiriques effectuées dans le domaine des déformations de l'image du corps chez les sujets souffrant de troubles alimentaires se fondent sur la distinction opérée dans la littérature entre la composante perceptive et les composantes optative (la préférence corporelle) et cognitivo-affective du trouble (Garner & Garfinkel, 1981 ; Cash & Brown, 1987 ; Brodie & Slade, 1988 ; Smeets, 1995 ; Gardner, 1996). Parmi les techniques d'évaluation de l'image du corps, les techniques perceptuelles évaluent la précision avec laquelle un individu estime la taille de son corps (Thompson, 1996). Deux types de procédures peuvent être employées (Cash & Brown, 1987 ; Williamson, 1990 ; Slade & Brodie, 1994 ; Gardner, 1996 ; Thompson, 1996 ; Cash & Deagle, 1997 ; Gila, Castro, Toro & Salamero, 1998) : soit le sujet estime la taille de certaines parties de son corps ("body-site estimation procedure") comme dans la procédure de marquage d'image d'Askevold (1975), soit il ajuste une image globale de son corps ("whole-image-ajustement procedure"). La technique de déformation vidéo sur un écran grandeur nature de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle et Pieters (1995a) en est l'exemple le plus représentatif. Cette dernière méthode consiste à modifier une image agrandie ou rétrécie de son corps pour qu'elle corresponde à l'image de soi (Williamson, 1990). De même, la méthode des silhouettes peut être vue comme une variante des méthodes d'évaluation du corps entier (Smeets, Smit, Panhuysen & Ingleby, 1997). Cette technique implique une série de somatotypes rangés du plus mince au plus corpulent. Le sujet est invité à choisir la silhouette qui le représente le mieux (Buree, Papageorgis, & Solyom, 1983 ; Fallon & Rozin, 1985 ; Thompson, 1996). Cependant, les tâches d'estimation de son corps ne refléteraient pas qu'un simple biais perceptif, mais seraient influencées par des variables cognitives et affectives et par des variables reliées aux attitudes par rapport à son propre corps (Slade & Russel, 1973 ; Garner & Garfinkel, 1981 ; Gardner & Moncrieff, 1988 ; Slade, 1994 ; Cash & Deagle, 1997). Des recherches empiriques menées par Gardner et Moncrieff (1988), Gardner et Bokenkamp (1996), Szymanski et Seime (1997) et Smeets, Ingelby, Hoek et Panhuysen (1999) soutiennent ce point de

vue. Ces auteurs ont utilisé les principes dérivés de la théorie de la détection du signal et de la psychologie cognitive. Ils ont trouvé que les patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires avaient tendance à surestimer leurs dimensions corporelles. Pour ces auteurs, cette surestimation peut s'expliquer par l'intervention de facteurs cognitifs et affectifs. Ces surestimations seraient en congruence avec les modèles top-down de la perception où les sentiments et les connaissances d'un individu sont supposés affecter sa perception (Smeets & Panhuysen, 1995).

Déjà en 1991, Hsu et Sobkiewicz critiquèrent la littérature relative aux déformations de l'image du corps chez les patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires. En effet, l'estimation de son corps peut différer d'une procédure d'évaluation à une autre et elle est influencée par une série de facteurs externes tels que l'âge (Halmi, Casper & Eckert, 1977 ; Bowden, Touyz, Rodriguez, Hensley & Beumont, 1989 ; Guaraldi, Orlandi, Boselli & Tartoni, 1995), la confrontation visuelle avec son corps (Norris, 1984 ; Rushford & Ostermeyer, 1997), la posture adoptée durant la tâche d'estimation (Ben-Tovim, Walker, Murray & Chin, 1990), la prise d'un repas calorique ou perçu comme tel avant l'expérience (Crisp & Kallucy, 1974 ; Garfinkel, Moldofsky, Garner, Stancer & Coscina, 1978) et le cycle menstruel (Altabe & Thompson, 1990 ; Carr-Nangle, Johnson, Bergeron & Nangle, 1994). De plus, les déformations de l'image du corps ne seraient pas pathognomoniques de l'anorexie mentale car les sujets normaux surestiment parfois leurs dimensions corporelles dans une même mesure que les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires. Hsu et Sobkiewicz proposèrent ainsi d'abandonner le concept d'image du corps au profit de termes tels que la peur de grossir, la phobie du poids ou encore la poursuite de la minceur. Probst (1997) considère quant à lui que le terme "expérience corporelle" est plus approprié parce qu'il se réfère davantage à des aspects multidimensionnels (perceptifs, cognitifs, affectifs et neurophysiologiques) que celui d'image du corps. La multidimensionnalité du concept requière donc une évaluation multifactorielle où l'estimation de son apparence physique n'est qu'un aspect.

Nous avons donc choisi une technique de silhouettes, le Body Image Assessment, (BIA), créée au départ par Williamson, Davis, Bennett, Goreczny et Gleaves (1989b) et révisée en 1999 par Beebe, Holmbeck et Grzeskiewicz (BIA-R), se fondant sur la distinction entre conignes cognitive, affective et optative. De plus, la

technique est rapide, simple à utiliser dans la pratique clinique, peu coûteuse (Williamson, 1990) et considérée comme méthodologiquement supérieure à d'autres techniques d'estimation du corps (Keeton, Cash & Brown, 1990 ; Thompson, 1996). Le versant affectif de l'expérience corporelle a également été appréhendé grâce à des questionnaires. Dans notre étude, les participantes étaient aussi invitées à répondre à un test d'appariement perceptif dont les items sont issus des tests 2 à 5 de la Batterie de Reconnaissance des Objets de Birmingham (BORB de Riddoch & Humphreys, 1993). Nous avons administré ces tests afin de prouver que la présence éventuelle de perturbations au niveau de la réponse cognitive chez les patientes souffrant d'anorexie mentale ne soit pas en fait la résultante de troubles au niveau de la perception.

## Méthodologie

### Participantes

L'échantillon de cette étude se compose de 42 participantes francophones de nationalité belge. Vingt et une patientes souffrant d'anorexie mentale selon les critères définis par le DSM-IV (APA, 1994) constituent le groupe expérimental. Parmi ces patientes, 14 souffrent d'anorexie de 'type restrictif' (ANR), les 7 autres souffrent d'anorexie 'avec crises de boulimie, vomissements ou prise de purgatifs' (anorexie "mixte" ou ANM). Ces patientes, âgées de 13 à 40 ans, étaient hospitalisées ou non au moment du testing et avaient été préalablement diagnostiquées par un clinicien. Nous avons également inclus dans ce groupe toute patiente anorexique ayant atteint depuis peu un poids normal, c'est-à-dire un indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)<sup>2</sup>) de 18 pour les patientes mineures et un IMC de 20 pour les patientes de plus de 18 ans (critères employés par l'Hôpital Le Domaine-ULB-Erasme). L'IMC ne pouvait cependant excéder ces valeurs. Le groupe contrôle (GC) est formé de sujets de la population tout-venant, appariés selon le sexe, l'âge avec une limite de plus ou moins deux ans, l'état civil, l'absence d'enfants, le niveau d'études atteint et l'exercice ou non d'une profession. De plus, elles ne pouvaient avoir un IMC inférieur à 18 en raison des surestimations observées au niveau de l'image corporelle chez des sujets minces (Covert, Thompson & Kinder, 1988 ; Penner, Thompson & Covert, 1991). L'IMC de ces participantes ne pouvait pas non plus excéder la valeur de 24 (Probst, Vandereycken & Van Coppenolle, 1997a), afin de comparer

les patientes anorexiques à un échantillon de femmes de " poids normal " (Garrow et Webster, cités par Tiggemann & Pickering, 1996).

### Instruments de mesure

Après la passation d'un questionnaire socio-démographique (niveau d'études atteint, état civil, exercice ou non d'une profession et enfants ou non) et le recueil d'informations relatives à l'IMC et à la durée de la maladie (chez les patientes souffrant d'anorexie mentale), nous avons administré les questionnaires suivants :

#### L'évaluation de l'image du corps révisée (BIA-R) de Beebe et al., 1999

Dans la version du BIA proposée par Beebe et al. (1999), l'expérimentateur présente au sujet une feuille de format A4 disposée dans le sens de la longueur, sur laquelle les 9 silhouettes sont placées dans l'ordre randomisé suivant (avec 1 représentant la silhouette la plus fine) : 7, 2, 6, 4, 1, 9, 5, 3 et 8. La personne choisit trois silhouettes parmi les neuf : (1) celle qui correspond à l'évaluation cognitive de sa taille (" quelles silhouette correspond le mieux à votre taille actuelle, comme si vous vous regardiez dans un miroir ? "), (2) celle qui correspond à l'évaluation affective de sa taille (" comment sentez-vous que vous êtes, c'est-à-dire l'évaluation émotionnelle de votre corps ? ") et (3) celle qui correspond à la taille corporelle désirée ou optative (" quelle silhouette correspond à votre taille idéale, celle que vous préféreriez le plus avoir ? "). Cette procédure n'élimine pas complètement l'effet de l'ordre de présentation, mais elle présente néanmoins l'avantage d'être plus standardisée que la version antérieure du test (Williamson, et al., 1989b). Covert et al. (1988) considèrent qu'une seule passation d'un test d'estimation de l'image du corps est suffisant. Le BIA-R donne lieu au calcul de quatre scores t en rapport avec les trois items : les t cognitif, affectif, optatif et un t de divergence cognitif-optatif, dérivé de la différence entre les estimations réelles et idéales du sujet (Altabe & Thompson, 1992). Ce dernier indice représente une mesure de l'insatisfaction corporelle (Williamson, 1990 ; Williamson, Gleaves, Watkins, & Schlundt, 1993 ; Bragard, Etienne, Mayers & Demoulin, 2002). Les scores t ont une moyenne de 50 et un écart-type de 10. Un score t compris entre 40 et 60 signifie que la personne a choisi une silhouette semblable à celle attendue, compte

tenu de sa taille réelle. Par contre, un score t supérieur à 60 signifie que la personne a choisi une silhouette plus grande que celle attendue par rapport à sa taille réelle et un score t inférieur à 40 signifie que la silhouette choisie est plus fine que celle attendue.

#### Mesures de la perception : les tests d'appariement perceptif 2 à 5 de la BORB (Riddoch & Humphreys, 1993)

A l'origine, la BORB a été créée pour évaluer la reconnaissance visuelle d'objets chez des patients cérébrolésés. Les différents tests qui composent cette batterie se fondent sur un modèle fonctionnel décrivant comment la reconnaissance des objets procède normalement. Dans ce modèle, la reconnaissance et la dénomination d'objets sont conçues comme impliquant l'accès à des suites de traitement organisés de manière hiérarchique, ainsi qu'à différentes formes de connaissances stockées (Riddoch & Humphreys, 1993). Les quatre tests utilisés dans cette étude évaluent les " traitements pré-catégoriels précoces ".

#### Mesures de l'expérience corporelle, de la psychopathologie alimentaire et des symptômes associés à l'anorexie mentale

**Le questionnaire sur l'attitude corporelle (Body Attitude Test ou BAT) de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden (1995a) :** le BAT est un questionnaire destiné à évaluer l'expérience subjective et l'attitude des patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires vis-à-vis de leur corps. Le BAT est uniquement destiné aux personnes de sexe féminin. Cet instrument se compose de trois sous-échelles : (1) "L'appréciation négative de son apparence corporelle" ou BAT-1 ; (2) "Le manque de familiarité avec son propre corps" ou BAT-2 ; (3) "L'insatisfaction générale de son corps" ou BAT-3. La fidélité et la validité ont été prouvées sur un grand nombre de patientes et de sujets contrôles (Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1997b).

**L'inventaire des troubles alimentaires (Eating Disorder Inventory, EDI) de Garner, Olmsted et Polivy (1983) :** l'EDI est un questionnaire multifactoriel de 64 items, destiné à évaluer les traits psychologiques et comportementaux communs à l'anorexie mentale et à la boulimie (Garner et al., 1983). Seules deux sous-échelles évaluant les attitudes et/ou les comportements impliqués

dans l'alimentation et la forme corporelle ont été administrées, à savoir : (1) " La recherche de la minceur " ou EDI-DT ("drive for thinness"), reflétant un désir intense de perdre du poids et la peur d'en gagner et (2) " L'insatisfaction de son propre corps " ou EDI-BD ("body dissatisfaction"). Ce facteur évalue l'insatisfaction vis-à-vis des parties corporelles les plus susceptibles de se modifier au cours de la puberté (hanches, cuisses, fesses, ...). D'un point de vue psychométrique, l'EDI est un instrument fiable. Les sous-échelles présentent des coefficients de consistance interne avoisinant .80. De plus, les différentes échelles discriminent un sujet souffrant d'anorexie mentale du groupe contrôle. D'autres données tendent à démontrer que l'EDI est un instrument valide (Garner et al., 1983).

### Hypothèses de recherche

Les trois groupes de participantes ne devraient pas se distinguer au niveau de la réponse cognitive (Horne, Van Vactor & Emerson, 1991 ; Fernandez, Probst, Meermann & Vandereycken, 1994 ; Probst et al., 1997a) et de la réponse affective (Probst et al., 1997a). En ce qui concerne la taille idéale, les patientes voudraient être significativement plus minces que les sujets contrôles. Plus particulièrement, les ANM et les sujets du groupe apparié ne devraient pas différer significativement l'un de l'autre alors que les ANR se différencieraient des deux autres groupes. La divergence cognitif-optatif permettrait également de mettre en évidence des différences significatives entre

les groupes, les ANR différant significativement des ANM et des sujets appariés (Probst et al., 1997a).

Au niveau des questionnaires administrés, les patientes souffrant d'anorexie mentale (ANR et ANM) obtiendraient des scores plus élevés que les sujets appariés au niveau des tests évaluant les attitudes par rapport à son corps et l'insatisfaction corporelle (Strober, Goldenberg, Green & Saxon, 1979 ; Garner et al., 1983 ; Cash & Brown, 1987 ; Bowden et al., 1989 ; Probst et al., 1995b ; Cash & Deagle, 1997). Par ailleurs, les patientes ANM présenteraient une attitude corporelle plus négative que les ANR (Probst et al., 1995b). Enfin, les trois groupes ne devraient pas se distinguer aux quatre tests de perception (Slade & Russel, 1973 ; Gardner & Moncrieff, 1988 ; Smeets, 1995 ; Smeets & Panhuysen, 1995 ; Gardner & Bokenkamp, 1996 ; Smeets et al., 1999).

### Analyse des données

Toutes les variables pouvant influencer les estimations de l'image du corps n'ont pu être contrôlées. Par conséquent, nous considérerons que les groupes sont indépendants d'un point de vue statistique. Nous avons eu recours aux procédures statistiques descriptives et aux comparaisons de moyenne par ordinateur. Lorsque la distribution de la ou des variables était normale, le test d'analyse de variance simple (F de Fisher) pour échantillons indépendants, et les comparaisons planifiées associées ont été utilisés. Par contre, lorsque la distribution n'était

pas normale, nous avons utilisé le test non paramétrique équivalent, le test  $H$  de Kruskal-Wallis.

## Résultats

### Statistiques descriptives

#### Données socio-démographiques

Halmi et al. (1977) soulignent l'influence de différences développementales dans l'estimation de l'image du corps. Ainsi, nous avons comparé les participantes des trois groupes au niveau de leur âge (voir tableau 1) pour exclure toute intervention de ce facteur dans l'interprétation des résultats. Les groupes ne diffèrent pas significativement selon l'âge ( $H = 0.59$ , ns) et les indices du BIA-R ne corrélaient pas significativement avec l'âge. Ce dernier critère ne sera donc pas utilisé comme covariant (Probst, 1997).

Par contre, les trois groupes diffèrent, comme attendu, au niveau de l'IMC ( $F = 30.29$  ;  $p < 0.001$  ; voir Tableau 1). L'IMC des patientes ANR et ANM diffère de celui des participantes du groupe contrôle (entre ANR et GC :  $F = 30.29$ ,  $p < 0.001$  ; entre ANM et GC :  $F = 48.46$ ,  $p < 0.001$ ) ; l'IMC des deux groupes de patientes est semblable ( $F(1,39) = 0$ ,  $p = 1$ ). Or, Covert et al. (1988) et Penner et al. (1991) ont souligné l'influence des différences d'IMC sur l'estimation de son corps. Dans notre étude, aucune des corrélations entre l'IMC et les indices

**Tableau 1**  
**Données socio-démographiques**  
**concernant le groupe expérimental et le groupe contrôle**

	ANR a			ANM b			GC c		
	M	SD	Etendue	M	SD	Etendue	M	SD	Etendue
Age	20.5	4.22	15-20	21.86	4.98	17-31	20.86	4.95	16-34
IMC	16.14 c	1.75	14-20	16.14 c	1.34	14-18	20 ab	1.58	18-23
Poids	44.21	4.30		45	3.78		55.42	7.16	
% de déviation	-10.25 c	4.48	-	-10 c	4.09	-	0.47 ab	4.69	-
Durée maladie	31.21	22.52	6-84	55.14	40.66	8-120	-	-	-

a, b ou c à côté d'une moyenne, signifie que cette moyenne (ou la médiane, pour les tests non paramétriques) diffère significativement d'une autre au niveau des comparaisons post-hoc.

du BIA-R ne sont significatives. L'IMC ne sera donc pas utilisé comme covariant.

Les deux groupes expérimentaux ne diffèrent pas au niveau de leur poids moyen (voir *Tableau I*). Par contre, ils diffèrent des sujets contrôles au niveau du pourcentage de déviation par rapport au poids minimum attendu (ANR et GC :  $F(1,39) = 47.02, p = 0.000$  ; ANM et GC :  $F(1,39) = 28.03, p = 0.000$ ). Le pourcentage de déviation fait référence à la différence entre le poids actuel et le poids idéal, calculé à partir d'un poids idéal minimum attendu (Metropolitan Life Insurance Company, 1983). Les deux groupes de patientes ne diffèrent pas en fonction de cet indice ( $F(1,39) = 0.01, ns$ ).

Les ANR ne diffèrent pas des ANM concernant la durée de leur maladie ( $U = 31.5, ns$ ) bien que la variabilité intra-échantillon soit importante. Au moment de l'entretien, 6 patientes ANR étaient hospitalisées et 8 étaient suivies en ambulatoire. Seule une patiente ANM était hospitalisée. Enfin, aucune des participantes de cette étude n'avait d'enfants.

## Statistiques comparatives

Le *Tableau II* montre que la réponse cognitive moyenne des trois groupes est comprise dans les normes (score  $t$  compris entre 40 et 60). Ainsi, les groupes ne diffèrent pas l'un de l'autre au niveau de la réponse cognitive ( $H(2,42) = 0.08, ns$ ), ce qui corrobore nos hypothèses. Ces résultats signifient qu'il n'existe pas de différences significatives entre les participantes des trois groupes, au niveau de la silhouette à laquelle elles pensent ressembler, si l'on tient compte de leur IMC réel.

Au niveau de la réponse optative, les ANM veulent être en moyenne plus minces que des femmes ayant un IMC semblable alors que les ANR et les sujets appariés obtiennent des scores  $t$  dans les normes. Les sujets normaux ayant tendance à désirer une apparence corporelle plus mince que leur silhouette réelle (Gardner & Moncrieff, 1988 ; Bragard et al., 2002), ces scores  $t$  signifient qu'ANR et sujets appariés désirent perdre du

poids. Nous observons comme attendu des différences significatives entre les 3 groupes au niveau de la réponse optative ( $F(2,39) = 3.27, p = 0.04$ ). Au niveau des comparaisons planifiées réalisées entre chaque groupe, nous remarquons que : les ANR ne diffèrent pas des ANM ( $F(1,39) = 2.68, ns$ ) bien que les ANM aient choisi en moyenne une silhouette optative plus mince que les ANR ; les ANM diffèrent significativement du groupe apparié ( $F(1,39) = 6.49, p = 0.03$ ), confirmant le fait que ces patientes désirent être plus minces que des sujets ne souffrant pas de trouble des conduites alimentaires. Par contre, cette différence ne se marque pas entre les ANR et les sujets du groupe apparié ( $F(1,39) = 1.05, ns$ ). Le test de Kruskal-Wallis ne met pas en évidence de différence significative entre les trois groupes au niveau de la divergence cognitif-optatif ( $H(2,42) = 2.03, ns$ ). Ainsi, même si l'on observe une tendance des ANM à présenter une plus grande divergence entre les scores cognitifs et optatifs, celle-ci n'est pas significativement différente des divergences observées dans les deux autres groupes.

**Tableau II**

*Scores  $t$  moyens, étendue des scores  $t$  et distribution pour les différentes estimations au BIA-R*

	M	SD	Etendue	$t < 40$	$t$ normal	$t > 60$	Significativité
<b>Réponse cognitive</b>							
ANR a	53.21	15.8	34.5-94	n = 4	n = 7	n = 3	H p = 0.96
ANM b	56.21	18.66	34-87	n = 1	n = 3	n = 3	
GC c	50.78	9.74	34-70	n = 4	n = 13	n = 4	
<b>Réponse optative</b>							
ANR	45.64	14.15	36-77	n = 6	n = 6	n = 2	E p = 0.04
ANM	36.42 c	10.89	26-55	n = 4	n = 3	n = 0	
GC	50 b	12.7	32-83	n = 4	n = 16	n = 1	
<b>Divergence cognitif-optatif</b>							
ANR	56.48	21.54	26-101	n = 3	n = 5	n = 6	H p = 0.36
ANM	67	22.26	38-99	n = 1	n = 3	n = 3	
GC	50.71	12.7	12-64	n = 3	n = 12	n = 6	
<b>Réponse affective</b>							
ANR	58.42	19.78	33-98	n = 2	n = 7	n = 5	H p = 0.14
ANM	70.78	27.64	33-104	n = 2	n = 0	n = 5	
GC	48.33	9.31	31-66	n = 5	n = 14	n = 2	

a, b ou c à côté d'une moyenne signifie que cette moyenne (ou la médiane, pour les tests non paramétriques) diffère significativement d'une autre au niveau des comparaisons post-hoc.

En ce qui concerne la réponse affective, les patientes ANR et les sujets du groupe apparié se sentent aussi grosses que des sujets normaux, à l'inverse des ANM qui se sentent plus grosses qu'attendu compte tenu de leur IMC. Cependant, le test  $H$  (2,42) = 3,87, ns, suggère une absence de différence significative entre les trois groupes au niveau de la réponse affective ( $H$  (2,42) = 3,87, ns). Les patientes ANR et ANM ne se trouvent donc pas plus grosses que leurs sujets appariés.

La comparaison entre les trois groupes (voir *Tableau III*) est significative pour tous les facteurs des questionnaires relatifs à l'expérience corporelle (EDI-DT :  $H$  (2,42) = 26,71 ; EDI-BD :  $F$  (2,39) = 4,76 ; BAT-1 :  $H$  (2,42) = 11,06 ; BAT-2 :  $F$  (2,39) = 61,93 et BAT-3 :  $F$  (2,39) = 16,61, tous les  $p < 0,01$ ). De plus, les tests post-hoc indiquent une différence significative entre les ANR et les participantes du groupe contrôle (sauf pour le facteur EDI-BD) et entre les ANM et le groupe contrôle, alors que les deux groupes cliniques ne diffèrent pas significativement entre eux. Par conséquent, les patientes présentent des attitudes corporelles plus négatives que leurs appariés mais ne diffèrent pas entre elles, alors que des attitudes corporelles plus négatives étaient attendues chez les ANM.

de déficit au niveau de la perception, qu'elles soient ANR ou ANM.

## Discussion

Avant toute chose, nos résultats doivent être interprétés avec précaution. Notre échantillon de patientes souffrant d'anorexie mentale est très hétérogène et son effectif est limité.

Hsu et Sobkiewicz (1991) ont montré que les "déformations de l'image du corps" au sens d'un trouble de l'évaluation des dimensions corporelles ne seraient pas pathognomoniques de l'anorexie mentale. Probst et al. (1997a) confirment ces données dans la mesure où ils ne mettent pas en évidence de différence significative entre les patientes et les sujets contrôles au niveau de la réponse cognitive. Nos résultats vont dans le même sens, malgré l'utilisation d'une autre technique d'estimation de l'apparence corporelle. L'interprétation de ces résultats reste cependant problématique. En effet, les patientes souffrant d'anorexie mentale savent qu'elles sont minces. Or, ces résultats reflètent-ils une meilleure connaissance de soi et la capacité à reconnaître son état phy-

Les déformations de l'image du corps ont souvent été attribuées à un déficit perceptif. Nous excluons toute intervention d'un tel déficit dans notre étude dans la mesure où les patientes anorexiques ne différaient pas significativement des participantes contrôles au niveau de l'estimation d'objets neutres. Nous pensons donc comme Gardner et Bokenkamp (1996) que les patientes ne se voient pas grosses en se regardant dans le miroir. Cependant, elles se comportent face à cette image comme si c'était celle d'une personne corpulente (en restreignant davantage leur alimentation, en pratiquant des exercices physiques intenses, ...).

Au niveau affectif, les patientes ANM ont tendance à se sentir plus grosses que des femmes normales même si elles savent qu'elles sont minces alors que les patientes ANR obtiennent un score affectif moyen compris dans les normes, comme les sujets appariés. Elles auraient donc tendance à ne pas faire de distinction entre les consignes cognitives et affectives. Nous ne pouvons interpréter ces données ni par une différence d'IMC entre les deux groupes de patientes, comme l'ont montré précédemment Probst et al. (1997a), ni par un poids moyen significativement différent entre les groupes (Bowden et al., 1989). Par ailleurs, Fassino, Piero, Daga, Leombruni, Mortara et Rovera

*Tableau III*  
Comparaison des moyennes aux tests évaluant l'expérience corporelle

	ANR (a)		ANM (b)		GC (c)		Significat.
	M	SD	M	SD	M	SD	
EDI-DT	11.5	5.51	17 c	3.11	3.05 b	2.89	H, $p < 0,01$
EDI-BD	14.86 c	7.20	17.14 c	8.31	8.95 ab	6.79	F, $p = 0,01$
BAT-1	16.93 c	8.53	20.28 c	9.89	9.19 ab	5.11	H, $p < 0,01$
BAT-2	18.85 c	3.15	20 c	5.22	6.66 ab	3.39	F, $p < 0,01$
BAT-3	12.64 c	3.48	13 c	3.36	6.28 ab	3.82	F, $p < 0,01$

a, b ou c à côté d'une moyenne signifie que cette moyenne (ou la médiane, pour les tests non paramétriques) diffère significativement d'une autre au niveau des comparaisons post-hoc.

EDI-DT = facteur "tendance à vouloir maigrir" de l'EDI ; EDI-BD = facteur "insatisfaction corporelle" de l'EDI ; BAT-1 = appréciation négative de sa morphologie ; BAT-2 = manque de familiarité par rapport à son corps et BAT-3 = insatisfaction corporelle générale.

Concernant les tests de perception de la BORB, le test  $H$  ne met pas en évidence de différences significatives entre les groupes (BORB-2 :  $H$  (2,42) = 0,9 ; BORB-3 :  $H$  (2,42) = 0,3 ; BORB-4 :  $H$  (2,42) = 1,84 ; BORB-5 :  $H$  (2,42) = 1,95, tous les  $p$  ns). Les patientes ne présenteraient donc pas

de façon objective, ou sont-ils le reflet d'un biais de désirabilité dans l'estimation de sa maigreur ? Des études ultérieures devraient se pencher sur l'explication des résultats plutôt que sur leur unique description.

(2002) ont mis en évidence chez les ANR une relation entre les déformations de l'image du corps et une altération des capacités d'abstraction et des habiletés critiques. Une étude ultérieure pourrait examiner dans quelle mesure cette altération serait liée avec l'absence de différenciation entre

consignes cognitive et affective chez les ANR.

En ce qui concerne la réponse optative, les patientes ANR obtiennent des résultats compris dans les normes. Les résultats signifient que les ANR désirent une apparence corporelle plus mince que leur image réelle. Par conséquent, les ANR se comportent comme des sujets normaux face à leur image corporelle alors que leur poids est inférieur aux normes. Les patientes ANM présentent une attitude plus pathologique encore dans la mesure où elles désirent perdre significativement plus de poids que des sujets normaux ayant le même IMC. Les résultats obtenus à l'EDI-DT vont dans le même sens. La psychopathologie associée pourrait fournir des indications sur les différences observées entre ANR et ANM au niveau de la réponse optative. La divergence entre les indices cognitif et optatif met en évidence une insatisfaction corporelle marquée chez les patientes ANM. Bien que les résultats des ANR soient compris dans les normes, ils ne diffèrent pas significativement de ceux trouvés au sein du groupe ANM, suggérant que les patientes anorexiques sont insatisfaites de leur corps. Les patientes ANR et ANM diffèrent des sujets appariés au niveau des attitudes par rapport à leur corps. Par contre, nous n'observons pas de différences entre les résultats des patientes des deux groupes, même si les ANM semblent entretenir des attitudes plus négatives à son égard.

En résumé, nous avons remarqué que les patientes ANR ont conscience de leur minceur (ou désirent se présenter ainsi), se sentent minces mais veulent perdre du poids. Les patientes ANM ont également conscience de leur minceur mais se sentent grosses et désirent perdre du poids. De plus, les patientes (ANR et ANM) sont insatisfaites de leur apparence corporelle et entretiennent des attitudes négatives à son égard. Elles ne présentent pas de déficit perceptif.

Au niveau des implications cliniques, nous pensons qu'une place plus grande devrait être accordée à la thérapie corporelle (Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1995c), et ce, dès le début du traitement. En effet, la reprise de poids engendre une insatisfaction corporelle accrue, compte tenu des standards de minceur désirés par les patientes. La thérapie cognitivo-comportementale de groupe basée sur l'estimation du corps et l'insatisfaction corporelle aiderait les patientes à apprécier d'avantage leur corps et à désirer une apparence corporelle semblable à leur image réelle à la fin de leur restauration pondérale (Fernandez-Aranda, Dahme & Meermann, 1999). Les patientes

ANR et ANM pourraient être incluses dans deux groupes différents en raison des divergences présentées au niveau du pattern de réponse au BIA-R.

---

**Article Reçu le 14/05/02  
et Accepté le 25/07/02**

---

## Bibliographie

- Altabe, M., & Thompson, J.K. (1990). Menstrual cycle, body image, and eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 395-401.
- Altabe, M., & Thompson, J.K. (1992). Size estimation versus figural rating of body image disturbance: Relation to body dissatisfaction and eating dysfunction. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 397-402.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Askevold, F. (1975). Measuring body image. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *26*, 71-77.
- Beebe, D. W., Holmbeck, G. N., & Grzeskiewicz, C. (1999). Normative and psychometric data on the Body Image Assessment-Revised. *Journal of Personality Assessment*, *73* (3), 374-394.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, M. K., Murray, H., & Chin, G. (1990). Body size estimates: Body image or body attitude measures? *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 57-67.
- Bowden, P. K., Touyz, S. W., Rodriguez, P. J., Hensley, R., & Beumont, P. J. V. (1989). Distorting patient or distorting instrument? *British Journal of Psychiatry*, *155*, 196-201.
- Bragard, I., Etienne, A.-M., Mayers, I., & Demoulin, C. (à paraître). Etude de la perturbation de l'image du corps dans un échantillon de patientes boulimiques.
- Brodie, D. A., & Slade, P. D. (1988). The relationship between body-image and body-fat in adult women. *Psychological Medicine*, *18*, 623-631.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, *24*, 187-194.
- Buree, B., Papageorgis, D., & Solyom, L. (1984). Body image perception and preference in anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, *29*, 557-563.
- Carr-Nangle, R.E., Johnson, W.G., Bergeron, K.C., & Nangle, D.W. (1994). Body image changes over the menstrual cycle in normal women. *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 267-273.
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, *11*, 487-521.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *22*, 107-125.
- Coovert, D.L., Thompson, L.K., & Kinder, B.N. (1988). Interrelationships among multiple aspects of body image and eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, *7*, 495-502.
- Crisp, A. H., & Kalucy, R. S. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, *47*, 349-361.
- Fallon, A.E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 102-105.
- Fernandez-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*, 419-428.
- Fernandez, F., Probst, M., Meermann, R., & Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 307-310.
- Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, *87*, 327-337.
- Gardner, R. M., & Bokenkamp, E. D. (1996). The role of sensory and non-sensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. *Journal of Clinical Psychology*, *52*, 3-15.
- Gardner, R., & Moncrieff, C. (1988). Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: A signal detection approach. *Journal of Clinical Psychology*, *44*, 101-107.
- Garfinkel, P. E., Moldosky, H., Garner, D. M., Stancer, H. C., & Coscina, D. V. (1978). Body awareness in anorexia nervosa: Disturbances in "body image" and "satiety". *Psychosomatic Medicine*, *40*, 487-498.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *11*, 263-284.
- Garner, D. M., Olmsted, M. A., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a

- multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2 (2), 15-34.
- Gila, A., Castro, J., Toro, J., & Salamero, M. (1998). Subjective body image dimensions in normal and anorexic adolescents. British Journal of Medical Psychology, 71, 175-184.
- Guaraldi, G.P., Orlandi, E., Boselli, P., & Tartoni P.L. (1995). Body size perception and dissatisfaction in female subjects of different ages. Psychotherapeutic Psychosomatics, 64, 149-155.
- Guillemot, A., & Laxenaire, M. (1997). Anorexie mentale et boulimie : Le poids de la culture. Paris : Masson.
- Halmi, K., Casper, R. C., & Eckert, E. D. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls : Distortion of body image in adolescence. Psychological Medicine, 7, 253-257.
- Horne, L.R., Van Vactor, J.C., & Emerson, S. (1991). Disturbed body image in patients with eating disorders. American Journal of Psychiatry, 148, 211-215.
- Hsu, L.K.G., & Sobkiewicz, T.A. (1991). Body image disturbance : Time to abandon the concept for eating disorders ? International Journal of Eating Disorders, 10, 15-30.
- Huon, G. F., & Brown, L. B. (1986). Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 5, 421-439.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. Psychological Review, 80, 237-251.
- Keeton, W. P., Cash, T. F., & Brown, T. A. (1990). Body image or body images? : Comparative, multidimensional assessment among college students. Journal of Personality Assessment, 54, 213-230.
- Metropolitan Life Insurance Company. (1983). Height and weight tables. Statistical Bulletin, 64, 3-9.
- Norris, D. L. (1984). The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia, and two control groups. Psychological medicine, 14, 835-842.
- Penner, L. A., Thompson, J. K., & Coovert, D. L. (1991). Size overestimation among anorexics : Much ado about very little ? Journal of Abnormal Psychology, 100, 90-93.
- Probst, M. (1997). Body experience in eating disorder patients. Belgium : Biomedical sciences.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1997b). Further experience with the Body Attitude Test. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 2, 100-104.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1995c). Body experience in anorexia nervosa patients: An overview of therapeutic approaches. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3, 145-157.
- Probst, M., Vandereycken, W., & Van Coppenolle, H. (1997a). Body size estimation in eating disorders using video distortion on a life-size screen. Psychotherapy & Psychosomatics, 66, 87-91.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1995b). Body size estimation in eating disorder patients : Testing the video distortion method on a life-size screen. Behaviour Research and Therapy, 33, 985-990.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1999). Body experience in eating disorders before and after treatment: A follow-up study. European Psychiatry, 14, 333-340.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995a). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder : Psychometric characteristics of a new questionnaire. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3, 133-145.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., & Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders : Its relationship with physiological and psychological variables. International Journal of eating Disorders, 24, 167-174.
- Proctor, L., & Morley, S. (1986). 'Demand characteristics' in body-size estimation in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 149, 113-118.
- Riddoch, M. J., & Humphreys, G. W. (1993). Birmingham Object Recognition Battery (BORB). Hove : Lawrence Erlbaum Associates.
- Rushford, N., & Ostermeyer, A. (1997). Body image disturbances an their changes with videofeedback in anorexia nervosa. Behavior Research Therapy, 35, 389-398.
- Silverman, J. A. (1995). History of anorexia nervosa. Dans K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.). Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook (pp. 141-145). New York : Guilford Press.
- Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153 (suppl. 2), 20-22.
- Slade, P. D. (1994). What is body image ? Behavior Research and Therapy, 32, 497-504.
- Slade, P., & Russel, G. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa : Cross-sectional and longitudinal studies. Psychological Medicine, 3, 188-199.
- Slade, P. D., & Brodie, D. (1994). Body image distortion and eating disorder : A reconceptualization based on the recent literature. European Eating Disorders Review, 2, 32-46.
- Smeets, M. A. M. (1995). Body Size Estimation Research in Anorexia Nervosa : Breaking the Deadlock. Utrecht : ISOR.
- Smeets, M. A. M., & Panhuysen, G. E. M. (1995). What can be learned from body size estimation ? It all depends on your theory. Eating Disorders, 3, 101-114.
- Smeets, M. A. M., Ingleby, J. D., Hoek, H. W., & Panhuysen, G. E. M. (1999). Body size perception in anorexia nervosa : A signal detection approach. Journal of Psychosomatic Research, 46, 465-477.
- Smeets, M. A. M., Smit, F., Panhuysen, G. E. M., & Ingleby, J. D. (1998). Body perception index : Benefits, pitfalls, ideas. Journal of Psychosomatic Research, 44, 457-464.
- Smeets, M.A.M., Smit, F., Panhuysen, G.E.M., & Ingleby, J.D. (1997). The influence of methodological differences on the outcome of body size estimation studies in anorexia nervosa. British Journal of Clinical Psychology, 36, 263-277.
- Strober, M., Goldenberg, I., Green, J., & Saxon, J. (1979). Body image disturbance in anorexia nervosa during the acute and recuperative phase. Psychological Medicine, 9, 695-701.
- Szymanski, L. A., & Seime, R. J. (1997). A re-examination of body image distortion : Evidence against a sensory explanation. International Journal of Eating Disorders, 21, 175-180.
- Thompson, J. K. (1996). Assessing body image disturbance : Measures, methodology, and implementation. In J.K. Thompson (Ed.). Body image, eating disorders, and obesity (pp. 177-205). Washington, DC : American Psychological Association.
- Tiggemann, M., & Pickering, A.S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. International Journal of Eating Disorders, 20, 199-203.
- Vandereycken, W., & van Deth, R. (1990). A tribute to Lasègue's description of anorexia nervosa (1873), with completion of its English translation. British Journal of Psychiatry, 157, 902-908.
- Williamson, D. A. (1990). Assessment of eating disorders : Obesity, anorexia and bulimia nervosa. New York : Pergamon Press.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J., & Gleaves, D. H. (1989b). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances.



Behavioral Assessment, 11, 433-446.  
Williamson, D. A., Davis, C. J., Goreczny,  
A. J., & Blouin, D. C. (1989a). Body-  
image disturbances in bulimia nervosa :

Influences of actual body size. Journal of  
Abnormal Psychology, 98, 97-99.  
Williamson D.A., Gleaves, D.H. Watkins,  
P.C., & Schlundt, D.G. (1993).

Validation of self-ideal body size discre-  
pancy as a measure of body dissatisfac-  
tion. Journal of Psychopathology and  
Behavioral Assessment, 15, 57-68.



**... Attention, dorénavant ...**

**Toutes les contributions soumises à  
la Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive  
sont à adresser en 4 exemplaires au Secrétariat de la Revue soit,  
RFCCC - Gestion Administrative, rue Saint Laurent n° 9  
à 4000-Liège, Belgique.**