Recherches

Etude de la perturbation de l'image du corps dans un échantillon de patientes boulimiques

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

*licenciée en psychologie
**docteur en psychologie

Résumé

Cet article regroupe deux études. La première est une validation en français du Body Image Assessment Revised de Beebe, Holmbeck & Grzeskiewicz (1999). L'échantillon est composé de 100 participantes normales. Elles ont rempli un questionnaire démographique, l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965), l'Inventaire de Dépression de Beck (1961), la Symptom Check-List-90-Revised de Derogatis (1977), l'Eating Disorder Inventory (EDI) de Garner, Olmsted et Polivy (1983), le Body Attitude Test (BAT) de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle et Vanderlinden (1995b), un test perceptif général (Bragard et Mayers, 2000) ainsi que le Body Image Assessment-Revised de Beebe et al. (1999). Les résultats montrent une validité convergente satisfaisante. La seconde étude évalue la perturbation de l'image du corps chez les patientes boulimiques et les liens avec la psychopathologie associée. L'échantillon est composé de 40 participantes réparties en deux groupes, 20 patientes souffrant de boulimie et 20 participantes contrôles appariées. Les questionnaires sont les mêmes que ceux de l'étude 1. Les résultats montrent que les patientes boulimiques surestiment davantage leur taille par rapport aux participantes contrôles au BIA-R, cognitivement et affectivement. Les patientes boulimiques désirent une taille significativement plus fine que le groupe contrôle. Elles ont également une expérience corporelle significativement plus négative que le groupe contrôle au BAT et à l'EDI. Ensuite, les patientes présentent une psychopathologie sévère par rapport au groupe contrôle. Enfin, les mesures de psychopathologie n'ont pas de lien avec les évaluations de la taille corporelle chez les patientes boulimiques. Les implications de ces résultats sont discutés aux niveaux théorique et clinique.

Abstract

This article presents two studies. The first study is a French validation of Beebe, Holmbeck & Grzeskiewicz's Body Image Assessment Revised (1999). The sample is composed of 100 normal women. They completed a demographic questionnaire, the Self Esteem Scale of Rosenberg (1965), the Beck Depression Inventory (1961), the Symptom Check-List-90-Revised of Derogatis (1977), the Eating Disorder Inventory (EDI) of Garner, Olmsted & Polivy (1983), the Body Attitude Test (BAT) of Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden (1995b), a general perceptive test (Bragard et Mayers, 2000) and the Body Image Assessment-Revised of Beebe & al. (1999). Results shown a good convergent validity. The second study assesses the body image disturbance in bulimic patients and links with associated psychopathologies. The sample is composed of 40 participants divided in two groups, 20 women suffering of bulimia nervosa and 20 matched controls participants. Questionnaires are the same as the ones in study 1. Results of the BIA-R shown that bulimic patients overestimate their body size more than control subjects, cognitively and affectively. Bulimics want a size significantly thinner than controls. They also have a body experience significantly more negative than controls at BAT and EDI. Patients shown a heavier psychopathology than the normal subjects. The psychopathology measures are not linked to the body size estimations in bulimic subjects. The theorical and clinical implications of these results are discussed.

Service de Psychologie de la Santé - Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education (ULg)
Bd du Rectorat (B33) 4000 – Liège Sart Tilman - Belgique

Etude de la perturbation de l'image du corps dans un échantillon de patientes boulimiques

Le culte de la minceur remonte à 'Antiquité où de nombreuses femmes mais ussi des hommes aspiraient à conserver une igne svelte. Actuellement, dans notre socié- é occidentale, peu de choses ont changé. Jne pression sociale à être mince pèse sur es jeunes femmes et explique en partie l'es- ;or considérable des troubles alimentaires, et particulièrement de la boulimie ces der- ıières années. Dans le même temps, une ıréoccupation nouvelle est apparue pour l'image du corps d'un point de vue psycho- logique. La boulimie s'accompagnerait en effet d'une perturbation de l'image du corps.

La boulimie

La boulimie se caractérise par des crises de boulimie qui consistent en l'absorption, au cours d'une période limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que les gens absorberaient dans des circonstances similaires et qui s'accompagnent d'un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire. Les patients boulimiques éprouvent de la honte quant à leurs problèmes alimentaires et tentent de dissimuler leurs symptômes (Brownell et Fairburn, 1995). Le second trait est le recours répété à des comportements compensatoires inappropriés destinés à prévenir la prise de poids ; la technique la plus fréquente étant l'induction de vomissements après la crise (DSM IV, 1996). Sa prévalence varie de 1 à 3% dans la population féminine alors que le taux d'apparition chez les hommes représente environ un dixième de celui des femmes (DSM IV, 1996 ; Flament et Jeammet, 2000). Elle débute généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte pendant ou après une période de régime restrictif (DSM IV, 1996) et son évolution peut être chronique ou intermittente, avec des périodes de rémission alternant avec la reprise des crises de boulimie (DSM IV, 1996).

La boulimie s'accompagne souvent d'autres troubles pathologiques, comme la dépression (Breaux et Moreno, 1994 ; Cooper et Hunt, 1998 ; Flament et Jeammet, 2000 ; Note, 1991 ; Prather et Williamson, 1988 ; Riley, 1995 ; Russel, 1979 ; Williamson, 1990). Les troubles alimentaires sont d'ailleurs parfois considérés comme une variante des troubles de l'humeur. Cependant, des caractéristiques les différencient. Notamment, la faible estime de soi dans les troubles alimentaires (Dykens et Gerrard, 1986 ; Griffiths, Beumont, Giannakopoulos, Russel, Schotte, Thornton, Touys et Varano, 1999 ; Schisslack, Pazda et Crago, 1990 ; Silvera, Bergensen, Bjorgum, Perry, Rosenvinge et Holte, 1998) est liée à la peur de prendre du poids et à la perte de contrôle sur l'alimentation alors que dans le cas de la dépression, elle est plus généralisée (Cooper, 1995). Une comorbidité importante existe également entre la boulimie et les troubles anxieux (Breaux et Moreno, 1994 ; Flament et Jeammet, 2000 ; Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero et Blouin, 1985), généralement la phobie sociale et le trouble obsessionnel-compulsif (Cooper, 1995). Les symptômes anxieux ne sont pas une indication de troubles anxieux indépendants mais plutôt secondaires au trouble alimentaire puisqu'ils disparaissent suite à l'amélioration du trouble (Cooper, 1995 ; Hudson, Pope, Yurgelin-Todd, Jonas et Frankenburg, 1987, cité par Williamson, 1990).

L'étiologie du trouble serait influencée par des facteurs développementaux, sociaux et biologiques (Note, 1991), mais, les premiers déterminants auraient une origine culturelle (Cooper, 1991). En effet, dans la culture occidentale, la minceur chez la femme est devenue le symbole de la compétence, du succès et de l'attirance sexuelle (Striegel-Moore, 1995). Notre culture met également en avant l'idée d'un corps humain malléable dont le poids serait l'objet d'un choix personnel alors que cette minceur ne peut être atteinte biologiquement par certaines femmes (Wifley et Rodin, 1995).

Lorsque la boulimie est installée, Fairburn (1981) soutient dans son modèle cognitivo-comportemental que les symptômes se maintiennent par un ensemble d'idées exagérées à propos des implications personnelles de la forme du corps et du poids (*Cfr. Figure 1*). Ces personnes développent des structures cognitives organisées, des schémas, autour de sujets comme le poids, qui influencent leurs perceptions, pensées, affects et comportements et conduisent à des erreurs systématiques dans le traitement de l'information dans ce domaine (Shafran, Teachman, Kerry et Rachman, 1999 ; Vitousek, 1996 ; Vitousek et Hollon, 1990). Selon Fairburn (1997), les personnes boulimiques s'évaluent d'abord en termes de silhouette et de poids car l'apparence semble plus contrôlable que d'autres aspects de la vie. Cependant, leur vision négative d'elles-mêmes les conduit à être perpétuellement insatisfaites de leur apparence et de leur poids résultant en une poursuite intransigeante de la minceur. Les préoccupations concernant la forme et le poids sont donc la caractéristique centrale, la plupart des autres lui étant secondaires. Le régime et la perte de poids dépendent en effet de ces préoccupations (Polivy et Herman, 1985). Le même raisonnement s'applique aux vomissements provoqués et à l'abus de laxatifs. Par contre, les 'binges eating' seraient le résultat de règles particulières par rapport au régime (le moment où elles peuvent manger, ce qu'elles peuvent manger et en quelle quantité) qui rendent leur façon de manger stéréotypée et inflexible. Les rechutes dans le régime précipitent les binges et apparaissent le plus souvent au moment d'émotions négatives. Après la crise, les patients redoublent

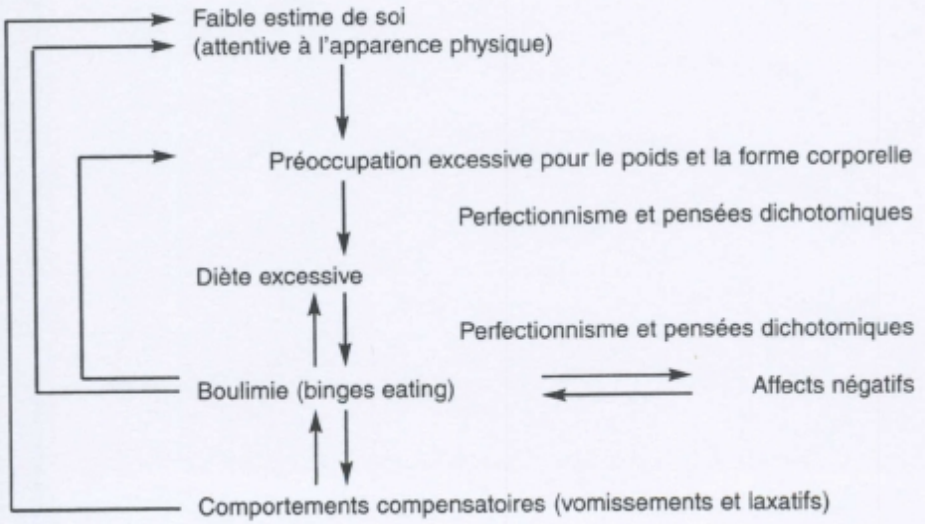


Figure 1
Théorie cognitive du maintien de la boulimie (Fairburn, 1981)

leurs efforts au niveau du régime et il s'établit alors un premier cercle vicieux. Un second cercle vicieux relie les 'binges eating' aux comportements compensatoires, moyens efficaces pour réduire l'excès de nourriture (Fairburn, 1997).

La perturbation de l'image du corps

Le concept d'image du corps est évoqué par Schilder pour la première fois en 1935 en tant que phénomène psychologique (Slade, 1994). Il le définit comme l'image mentale de notre corps, considérée au départ comme un construit unitaire. Par la suite, l'image corporelle a évolué vers un concept multidimensionnel où elle avait principalement deux versants : un versant perceptif correspondant au degré d'exactitude de la perception de notre taille actuelle et un versant subjectif ou attitudinal correspondant au manque de satisfaction, à la préoccupation, l'évaluation cognitive négative et l'anxiété vis-à-vis de notre taille corporelle (Cash et Brown, 1987 ; Gardner, 1996 ; Slade, 1994 ; Slade et Brodie, 1994 ; Thompson, 1990). La perturbation perceptive et l'insatisfaction cognitive dans l'évaluation du corps seraient deux composantes indépendantes. Différentes techniques d'évaluation de l'image du corps distinguent également ces deux versants. Les techniques perceptives évaluent la précision avec laquelle un individu estime la taille de son corps (Cash et Brown, 1987 ; Cash et Deagle, 1997 ; Gardner, 1996 ; Gila, Castro, Toro et Salamero, 1998 ; Slade et Brodie, 1994 ; Thompson, 1996 ; Williamson, 1990): soit il évalue la taille de certaines parties de son corps, soit il modifie une image agrandie ou rétrécie de son corps entier pour qu'elle corresponde à l'image qu'il a de lui-même (Williamson, 1990). Les techniques attitudinales, quant à elles, mesurent les attitudes et sentiments qu'un individu a par rapport à son propre corps (Thompson, 1996) et peuvent être de plusieurs types : la technique des silhouettes, les questionnaires et les interviews structurés (Cash et Deagle, 1997 ; Slade et Brodie, 1994 ; Thompson, 1990 ; Williamson, 1990).

La perturbation de l'image du corps est devenue un des critères diagnostiques de l'anorexie mentale dans le DSM III (APA, 1980), puis de la boulimie dans le DSM III-R (APA, 1987). En effet, les patients anorexiques et boulimiques surestimaient davantage leur taille par rapport aux sujets contrôles (Slade et Russel, 1973, cité par Thompson, 1990 ; Thompson, Berland, Linton et Weinsier, 1986, cité par Thompson, 1996). Jusque-là, les recherches s'intéressaient surtout à l'aspect perceptif en ignorant le rôle de l'insatisfaction subjective auquel les chercheurs ne s'intéresseront que dans les années '80 (Rodin, Silberstein et Striegel-Moore, 1984 ; Thompson, 1990). Concernant les méthodes perceptives, certaines boulimiques surestiment leur taille et d'autres ne le font pas (Hsu et Sobkiewicz, 1991). Cependant, certaines personnes normales surestiment également leur taille, mais de façon moins étendue (Slade, 1994). Il n'y a donc pas de preuve d'une sérieuse atteinte de la perception du corps chez les boulimiques mais il s'agirait plutôt d'une perturbation du versant émotionnel exprimé par des attitudes négatives vis-à-vis du corps et par une idée subjective incorrecte de leur corps (Cash et Deagle, 1997). Cette perturbation se manifeste donc davantage par une distorsion aux niveaux des cognitions et des émotions du patient à propos de son corps (Cash et Deagle, 1997 ; Garner et Garfinkel, 1981, cité par Probst, 1997 ; Szymanski et Seime, 1997).

Notre objectif principal a donc été de mettre en évidence la perturbation de l'image du corps dans la boulimie au moyen d'une technique d'évaluation particulière, le Body Image Assessment-Revised (BIA-R; Beebe, Holmbeck & Grzeskiewicz, 1999). Ensuite, nous avons tenté de voir quels étaient les liens entre cette perturbation et d'autres éléments de la psychopathologie du trouble boulimique. Mais avant tout, nous avons fait l'étude de validation du BIA-R.

ETUDE 1
Validation du BIA-R

Le Body Image Assesment–Revised (BIA-R) de Beebe et al. (1999) est composé de neuf silhouettes de femmes dont la taille du corps est rangée de la plus fine à la plus grosse. Les silhouettes mesurent environ 23 cm et sont présentées sur une ligne horizontale dans l'ordre aléatoire suivant (1 étant la silhouette la plus fine) : 7, 2, 6, 4, 1, 9, 5, 3, 8. La personne choisit trois silhouettes parmi les neuf : (1) celle qui correspond à l'évaluation cognitive de sa taille ('quelle 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 ?'). Cela donne lieu au calcul de six indices en rapport avec ces trois items : l'indice cognitif, l'indice affectif, l'indice optatif et trois indices de divergence, l'indice cognitif vs optatif, l'indice affectif vs optatif et l'indice affectif vs cognitif.

Les données psychométriques du BIA-R issues d'une population de 104 étudiantes américaines en psychologie (Beebe et al., 1999) montrent une fidélité test-retest satisfaisante allant de .63 à .79. Pour ce qui est de la validité convergente, chaque indice (affectif, cognitif, optatif et les indices de divergence) a été corrélé avec des mesures de pathologie alimentaire, avec une mesure évaluant le 'Body Focus', c'est-à-dire l'importance que quelqu'un attribue au poids ou à la forme corporelle (Cooper et Fairburn, 1993, cité par Beebe et al., 1999), avec une mesure de l'insatisfaction corporelle et avec des mesures de l'humeur. Tous les indices corrèlent significativement avec au moins trois des mesures de validation, ce qui soutient la validité convergente du BIA-R. Par ailleurs, chaque score-indice (cognitif, affectif et idéal) corrèle significativement avec le BMI [1] rapporté par les participantes (Beebe et al., 1999). Ces données soutiennent donc l'utilisation d'équations de régression pour établir des normes où les numéros des silhouettes choisies sont prédits par le BMI auto-rapporté. De cette façon, les choix de silhouette d'une femme peuvent être comparés aux attentes statistiques par rapport à sa taille et à son poids. Pour chaque indice du BIA-R, les auteurs ont calculé la déviation du choix de silhouette de chaque participante par rapport au choix attendu en fonction de son BMI. Afin de convertir ces déviations en scores z, elles ont été divisées par l'erreur standard de prédiction appropriée. Finalement, pour transformer ces scores z en scores t, chaque score z a été multiplié par 10 puis augmenté de 50. Le résultat a été un total de trois équations permettant de convertir un choix de silhouette d'une participante en score t en fonction de son BMI. Ces scores t ont une moyenne de 50 et un écart-type de 10 : si le score t est supérieur à 50, la personne a choisi une silhouette plus grande que celle attendue par rapport à sa taille actuelle et s'il est inférieur à 50, elle a choisi une silhouette plus fine que celle attendue. De plus, trois mesures de diver-

[1] Le Body Mass Index (BMI) ou indice de Quetelet est le rapport du poids sur la taille au carré.

gence ont été calculées : score t cognitif – score t optatif, score t affectif – score t optatif, et score t affectif – score t cognitif. Des équations basées sur les régressions convertissant les scores de divergence en scores t sont également disponibles. Cependant, les normes ayant été établies sur une population américaine, nous avons copié leur procédure pour créer nos propres tables de conversion sur base de 100 participantes normales. Ces tables sont reprises dans le Tableau I.

Choix cognitif d'une silhouette

BMI	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	45	53	61	70	78	86	94	103	111
16	38	46	54	63	71	79	87	96	104
18	31	39	47	56	64	72	80	89	97
20	24	32	40	49	57	65	73	82	90
22	17	25	34	42	50	58	67	75	83
24	10	18	27	35	43	51	60	68	76
26	3	11	20	28	36	44	53	61	69
28	-4	4	13	21	29	37	46	54	62
30	-11	-3	6	14	22	30	39	47	55
32	-18	-10	-1	7	15	23	32	40	48
34	-25	-16	-8	0	8	17	25	33	41

Choix affectif d'une silhouette

BMI	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	41	49	56	63	70	77	84	91	98
16	36	43	50	57	64	71	78	85	93
18	31	38	45	52	59	66	73	80	87
20	25	32	39	46	53	60	68	75	82
22	20	27	34	41	48	55	62	69	76
24	14	21	28	35	42	50	57	64	71
26	9	16	23	30	37	44	51	58	65
28	3	10	17	25	32	39	46	53	60
30	-2	5	12	19	26	33	40	47	54
32	-8	-1	7	14	21	28	35	42	49
34	-13	-6	1	8	15	22	29	36	44

Choix optatif d'une silhouette

BMI	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	34	46	57	68	79	91	102	113	124
16	30	42	53	64	75	87	98	109	121
18	26	38	49	60	72	83	94	105	117
20	22	34	45	56	68	79	90	101	113
22	19	30	41	52	64	75	86	98	109
24	15	26	37	48	60	71	82	94	105
26	11	22	33	45	56	67	78	90	101
28	7	18	29	41	52	63	74	86	97
30	3	14	25	37	48	59	71	82	93
32	-1	10	21	33	44	55	67	78	89
34	-5	6	18	29	40	51	63	74	85

Tableau I

Tables de conversion des choix de silhouettes au BIA-R en score t en fonction du BMI (Instruction : pour trouver le score t approprié, croiser le choix de silhouette du sujet avec son BMI)

Méthode

Participantes

Le groupe de validation du Body Image Assessment-Revised (BIA-R) (Beebe et al., 1999) est composé de 100 participantes normales. Celles-ci appartiennent à cinq tranches d'âge (13-14 ans, 15-18 ans, 19-23 ans, 24-30 ans et 31-40 ans), chaque tranche d'âge étant constituée de 20 participantes provenant de différents niveaux socioculturels qui ne devaient pas présenter de trouble mental, ni de fluctuation de poids significative récente.

Hypothèses

Nous nous attendons à ce que la réponse cognitive corrèle avec la réponse affective, que la réponse cognitive et la réponse optative soient faiblement corrélées et que la réponse affective corrèle faiblement avec la réponse optative (Probst, Vandereycken, Vanderlinden et Van Coppenolle, 1998). Les indices cognitifs, affectifs, optatifs et de divergence devraient être corrélés aux mesures de l'attitude vis-à-vis du corps (Probst et al., 1998 ; Williamson, Kelley, Davis, Watkins et Schlundt, 1993b), aux mesures de l'insatisfaction corporelle (Beebe et al., 1999 ; Bowden et al., 1989 ; Williamson et al., 1993b) et aux mesures de pathologie alimentaire (Cash et Deagle, 1997 ; Keeton, Cash et Brown, 1990 ; Slade, 1994). Aucun des indices du BIA-R ne devraient être liées significativement à des variables psychopathologiques ou à un test de perception générale (Probst et al., 1998).

Matériel expérimental

Les questionnaires suivants ont été administrés :

- **Un questionnaire sociodémographique** (Bragard et Mayers, 2000) : il a pour but de recueillir certaines informations démographiques: le sexe, l'âge, la nationalité, le niveau d'études, le nombre d'enfants, la profession. Nous avons également demandé le poids et la taille des participantes afin de calculer leur BMI.

- **L'échelle d'estime de soi de Rosenberg** (1965) : elle évalue l'estime de soi globale en 10 items (Rosenberg, 1965). Le sujet choisit une réponse sur une échelle à quatre points ('tout à fait d'accord', 'd'accord', 'pas d'accord' ou 'pas d'accord du tout'), cotées de 1 à 4 pour les items 1-3-4-7-10 et de 4 à 1 pour les autres items. Plus le score est élevé, plus l'estime de soi est grande. D'un point de vue psychométrique, cette échelle est considérée comme valide (Griffith et al., 1999 ; Rosenberg, 1965).

- **L'Inventaire de Dépression de Beck** (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) : il permet d'évaluer la présence et la sévérité de la dépression. Il se compose de 21 items et se présente sous la forme d'un questionnaire à choix multiples. Les propositions sont notées de 0 à 3 selon la sévérité. Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère (Beck, Steer & Garbin, 1988).

- **La Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R)** de Derogatis (1977) : il s'agit d'une échelle globale d'autoévaluation des symptômes psychiatriques composée de 90 items répartis en 9 sous-échelles : 1) la somatisation, 2) les obsessions-compulsions, 3) la sensibilité interpersonnelle, 4) la dépression, 5) l'anxiété, 6) l'hostilité, 7) les phobies, 8) les traits paranoïaques, et 9) les traits psychotiques. Les items restants sont regroupés sous le terme 'symptômes divers'. Trois indices globaux ont été extraits: le Global Severity Index (GSI), c'est-à-dire l'indice de gravité globale, le Positive Symptom Total (PST), c'est-à-dire la diversité des symptômes et le Positive Symptom Distress Index (PSDI) qui est la mesure d'intensité pure corrigée par le nombre de symptômes (Derogatis & Lazarus, 1994).

- **L'Inventaire des Troubles Alimentaires (Eating Disorder Inventory)** de Garner, Olmsted & Polivy (1983) : il évalue les traits psychologiques et comportementaux communs dans l'anorexie et la boulimie en 64 items répartis en 8 sous-échelles: 1) le désir de minceur, 2) la boulimie, 3) l'insatisfaction de son corps, 4) l'inefficacité, 5) le perfectionnisme, 6) la méfiance interpersonnelle, 7) la conscience des phénomènes internes et 8) la peur de la maturité. Les trois premières échelles évaluent les attitudes et/ou comportements relatifs à l'alimentation, au poids et à la silhouette corporelle alors que les autres mesurent les traits fondamentaux de la psychopathologie des troubles alimentaires. Pour chaque item, le sujet choisit une réponse sur une échelle à 6 points allant de 'toujours' à 'jamais'. La fidélité et la validité de l'EDI ont été démontrées par Garner et al. (1983).

- **Le Test des Attitudes vis-à-vis du Corps (Body Attitude Test)** de Probst, Vandereycken, Van Coppenolle et Vanderlinden (1995) : il évalue l'expérience corporelle subjective déformée des patientes souffrant de troubles alimentaires. Il ne s'adresse qu'aux personnes de sexe féminin et comprend 20 items à évaluer sur une échelle à 6 points (cotées de 0 à 5 points). Plus le score est élevé, plus l'expérience corporelle est négative. Le cut-off score déterminant la limite entre les patientes et la population normale a été établi à 36 (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Pieters, 1999). Quatre facteurs ont été isolés : 1) appréciation négative de sa taille corporelle, 2) manque de familiarité vis-à-vis de son propre corps, 3) insatisfaction corporelle générale et 4) un facteur résiduel. Les trois premiers sont utilisés comme sous-échelles. La fidélité et la validité ont été prouvées sur une grand nombre de patientes et de sujets contrôles (Probst et al., 1995b).

- **Un test perceptif général** (Bragard et Mayers, 2000) issu de la Birmigham Object Recognition Battery (BORB ; Riddoch et Humphreys, 1993) : la BORB évalue certains aspects de la reconnaissance visuelle des objets. Elle est basée sur un modèle fonctionnel décrivant la reconnaissance des objets qui postule deux niveaux de traitement: les traitements aperceptifs (traitement des propriétés 'précatégorielles' des objets) et les traitements associatifs (traitement des propriétés de base en rapport avec l'accès à la connaissance stockée des objets à partir de la vision). Nous nous sommes intéressés au premier niveau et avons emprunté certains items des tests 2 à 5 de la BORB afin de créer nos tests d'appariement perceptif. Le premier test demande l'appariement de longueurs de lignes ; le deuxième, l'appariement de dimensions de cercles ; le troisième, l'appariement de l'orientation de lignes (parallèle ou non) et le dernier test, l'appariement de la position de lacunes dans deux cercles. Les items sont présentés par deux et les participants doivent indiquer quels stimuli sont les mêmes et lesquels sont différents. Ce test a pour but d'écarter tout problème perceptif général qui pourrait être à l'origine d'une perturbation de l'image du corps.

- **Le Body Image Assesment-Revised (BIA-R)** de Beebe et al. (1999) : ce test a déjà été décrit ci-dessus.

Procédure

Ces différents instruments de mesure ont été administrés à toutes les participantes en passation individuelle en notre présence selon deux ordres de passation différents: soit Rosenberg, BDI, SCL-90-R, EDI, BAT, test perceptif général, BIA-R, soit EDI, BAT, test de perception général et BIA-R, pour terminer par Rosenberg, BDI et SCL-90-R. Le but était de voir s'il y avait un effet d'amorçage des tests relatifs à l'image du corps sur des tests plus généraux. Les questions ont été généralement lues aux participantes et la durée de passation a été d'une demi-heure. Le groupe a été testé par deux personnes différentes. Ce biais lié à l'examinateur sera contrôlé lors de l'analyse des résultats.

Résultats

Analyses statistiques

Les procédures statistiques utilisées sont la statistique W de Shapiro-Wilk afin de vérifier la normalité de la distribution des variables envisagées ; des statistiques descriptives (moyenne (M), écart-type (SD), étendue) ; des comparaisons de moyennes par l'intermédiaire du test t de Student pour échantillons indépendants lorsque la distribution de la variable est normale et du test U de Mann-Whitney lorsque la variable n'a pas de distribution normale ; des corrélations par l'intermédiaire du coefficient de corrélation r de Bravais Pearson lorsque la distribution de la variable est normale et du coefficient de corrélation _ de Kendall lorsque la variable n'a pas de distribution normale. Le niveau d'incertitude a été fixé à 5%. Parmi les 43 variables envisagées, 14 ont une distribution normale et 29 variables ont vu leur distribution normale rejetée.

Analyses préalables

D'une part, le biais lié à l'examinateur a été testé en utilisant les statistiques t de Student et U de Mann-Whitney. Aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes ni aux tests de psychopathologie générale, ni aux tests spécifiques des troubles alimentaires. D'autre part, l'influence de l'ordre de passation a été testé en utilisant les mêmes statistiques qui n'ont montré aucune différence significative.

Analyse de la validité convergente

Corrélations entre les indices du BIA-R

Les réponses affectives et cognitives sont intercorrélées (r = 0.797 ; p = 0.000) : il y a un lien entre ce que le sujet ressent et pense de sa taille corporelle (Probst et al., 1998). Il existe également une corrélation significative entre les indices cognitifs et optatifs (r = 0.31 ; p = 0.002) et entre les réponses affectives et optatives (r = 0.21 ; p = 0.035). Le score au test perceptif général n'est corrélé avec aucune des réponses au BIA-R. Ces résultats sont disponibles dans le Tableau II.

	Réponse Affective	Réponse Optative	Test perceptif général
Réponse Cognitive	r = 0.797 p = 0.000	r = 0.31 p = 0.002	NS
Réponse Affective		r = 0.21 p = 0.035	NS
Réponse Optative			NS

Tableau II
Corrélations entre les indices du BIA-R dans le groupe de validation (Etude 1)

L'expérience corporelle et la pathologie alimentaire

Les réponses cognitives, affectives et les mesures de divergence cognitive/affective-optative sont corrélées avec l'EDI et le BAT total. Par contre, la réponse optative et l'indice de divergence affectif-cognitif ne sont corrélés avec aucune des mesures. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre les indices du BIA-R et le facteur EDI-boulimie. Vous pouvez trouver ces résultats dans le Tableau III.

Fonctionnement psychologique général

Aucun des indices du BIA-R n'est corrélé aux mesures de psychopathologie générale (BDI, SCL90-R, Rosenberg). Cependant, le Rosenberg est corrélé avec la réponse affective et les scores de divergence cognitif/affectif-optatif sont corrélés avec les facteurs 'inefficacité' et 'conscience des phénomènes internes' de l'EDI. Ce dernier facteur de l'EDI corrèle également avec les réponses cognitives et affectives. Le Tableau IV reprend ces résultats.

Discussion

La validité convergente du BIA-R a été testée dans un groupe de 100 femmes normales. En ce qui concerne les corrélations entre les indices du BIA-R, les réponses cognitives et affectives sont hautement corrélées entre elles : un lien existe entre ce que le sujet ressent et pense de sa taille corporelle (Probst et al., 1998). Les sentiments vis-à-vis du corps auraient un impact important sur la façon dont la personne perçoit sa taille corporelle. Ensuite, les réponses affectives et optatives sont également corrélées positivement entre elles. Dans la population normale, il n'y aurait pas de relation inversée entre l'évaluation du corps réel et celle du corps idéal comme c'est le cas chez les personnes souffrant de troubles alimentaires. Les personnes normales ne poursuivent pas un idéal corporel irrationnel par rapport à leur corps. Enfin, l'absence de corrélation entre le score au test perceptif général et les autres réponses suggère l'indépendance de cette tâche par rapport au BIA-R, comme le prévoient Probst et al. (1998).

Au niveau des liens avec l'expérience corporelle, les réponses cognitive, affective et les mesures de divergence cognitive/affective-optative sont liées positivement avec les mesures des attitudes négatives vis-à-vis du

	Réponse Cognitive (RC)	Réponse Affective (RA)	Réponse Optative (RO)	Divergence RC-RO	Divergence RA-RO	Divergence RA-RC
EDI Poursuite de minceur	_ = 0.25 p = 0.0002	_ = 0.346 p = 0.0000	NS	_ = 0.31 p = 0.0000	_ = 0.38 p = 0.0000	NS
EDI Boulimie	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EDI Insatisfaction corporelle	_ = 0.32 p = 0.0000	_ = 0.38 p = 0.0000	NS	_ = 0.25 p = 0.0001	_ = 0.301 p = 0.0000	NS
BAT total	r = 0.265 p = 0.0001	r =0.34 p=0.0000	NS	r = 0.22 p = 0.0015	r = 0.28 p = 0.0000	NS

Tableau III
Corrélations entre le BIA-R et les mesures de l'expérience corporelle et de pathologie alimentaire dans le groupe de validation (Etude 1)

	Réponse cognitive (RC)	Réponse affective (RA)	Réponse optative (RO)	Divergence RC-RO	Divergence RA-RO	Divergence RA-RC
Rosenberg	NS	r = - 0.26 p = 0.007	NS	NS	NS	NS
BDI	NS	NS	NS	NS	NS	NS
SCL dépression	NS	NS	NS	NS	NS	NS
SCL anxiété	NS	NS	NS	NS	NS	NS
SCL GSI	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EDI inefficacité	NS	NS	NS	_ = 0.18 p = 0.008	_ = 0.19 p = 0.005	NS
EDI perfectionnisme	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EDI méfiance interpersonnelle	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EDI conscience des phénom. internes	_ = 0.18 p = 0.007	_ = 0.19 p = 0.005	NS	_ = 0.14 p = 0.03	_ = 0.17 p = 0.012	NS
EDI peur de la maturité	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Tableau IV
Corrélations entre les indices du BIA-R et les mesures de fonctionnement psychologique général dans le groupe de validation (Etude 1)

corps et d'insatisfaction corporelle des femmes, ce qui confirme la littérature (Williamson, 1996). Ces indices ont donc une validité convergente satisfaisante. La réponse cognitive présente des corrélations avec les attitudes corporelles négatives, indiquant l'influence des sentiments d'insatisfaction sur cette tâche. Plus la personne exprime du mécontentement par rapport à son corps, plus elle aura tendance à surestimer sa taille corporelle réelle. Les cognitions seraient donc liées aux émotions. Par contre, la réponse optative n'est corrélée avec aucune mesure. Sa validité est donc mise en doute dans notre étude. De même, le score de divergence affectif-cognitif n'est corrélé avec aucune des mesures envisagées. Les participantes normales ne font pas de distinction entre l'évaluation cognitive et affective de leur taille actuelle, comme le prévoient Probst, Vandereycken, Van

Coppenolle et Pieters (1995a) et Probst, Vandereycken et Van Coppenolle (1997). Ils n'expriment pas de discordance entre ce qu'ils pensent et ce qu'ils ressentent vis-à-vis de leur taille corporelle. La validité de cette indice n'est donc pas confirmée au sein d'un échantillon de personnes normales. Par ailleurs, les liens avec la pathologie alimentaire ne sont pas confirmés car aucune des corrélations entre les indices du BIA-R et le facteur 'boulimie' de l'EDI n'est significative. Cependant, ce facteur ne permet peut-être pas à lui seul d'évaluer la complexité de la pathologie alimentaire. Enfin, les réponses au BIA-R et les scores de divergence ne sont pas liés aux mesures de psychopathologie générale, ce qui va dans le sens des résultats de Probst et al. (1998). Malgré les quelques corrélations significatives entre les indices du BIA-R et des symptômes associés au trouble alimentaire (par ex. facteur d'inefficacité de l'EDI), la technique du BIA-R est une tâche relativement indépendante d'autres variables psychologiques dans la population normale.

ETUDE 2
Etude de la perturbation de l'image du corps dans un échantillon de patientes boulimiques et des liens avec la psychopathologie associée

Méthodologie

Participantes

L'échantillon de cette étude se compose de 40 participantes réparties en deux groupes : un groupe expérimental de patientes boulimiques et un groupe contrôle. Le groupe expérimental comprend 20 patientes présentant, au moment de l'étude, un diagnostic de boulimie, sans aucun autre diagnostic de trouble mental. Cependant, en raison de l'association fréquente de dépression avec la boulimie, la présence de dépression est tolérée. Cinq participantes ont été recrutées à Braine-L'Alleud dans un centre pour anorexiques et boulimiques ('Le Domaine'). D'autres proviennent de consultations privées de psychiatres ou de psychologues (n = 7). Le reste des patientes (n = 8) a été recruté dans différents hôpitaux et cliniques spécialisés ou non dans les troubles psychiatriques. Le groupe contrôle se compose également de 20 participantes sélectionnées dans la population tout-venant à partir des caractéristiques des patientes boulimiques par l'intermédiaire d'une procédure d'appariement. Ces critères d'appariement sont le sexe, l'âge, la nationalité, l'état civil, le niveau d'études, la présence ou non d'enfants et l'exercice ou non d'une profession. Pour de plus amples informations concernant les données sociodémographiques de l'échantillon, le lecteur peut se référer au Tableau V.

Variables		Groupe expérimental		Groupe apparié	
Age	M et SD	M = 25.9	SD = 6.8	M = 25.5	SD = 6.7
BMI	M et SD	M = 21.1	SD = 3.3	M = 21.4	SD = 3.2
Poids	M et SD	M = 56.1	SD = 8	M = 58.4	SD = 10.2
Etat civil	Célibataire	n = 14	70 %	n = 14	70 %
	Marié	n = 4	20 %	n = 5	25 %
	Divorcé	n = 2	10 %	n = 1	5 %
Enfants	0	n = 15	75 %	n = 14	70 %
	1	n = 2	10 %	n = 4	20 %
	2	n = 3	15 %	n = 2	10 %
Etudes	Primaire	n = 3	15 %	n = 3	15 %
	Secondaire	n = 10	50 %	n = 10	50 %
	Supérieure	n = 7	35 %	n = 7	35 %
Métier	Profession	n = 13	65 %	n = 14	70 %
	Sans	n = 1	5 %	n = 0	0 %
	Etudiante	n = 6	30 %	n = 6	30 %
Durée maladie	M et SD	M = 74.45 mois	SD = 62.15		
Fréqu. binges par semaine	M et SD	M = 4.16	SD = 3.53		
Type de boulimie	Purging	n = 16	80 %		
	Non-purging	n = 4	20 %		
Hospitalisée	Oui	n = 6	30 %		
	Non	n = 14	70 %		

Tableau V
Données sociodémographiques du groupe expérimental et du groupe apparié (Etude 2)

Hypothèses

Au niveau de l'image du corps

D'abord, les patientes boulimiques n'éprouveraient aucune difficulté à estimer la taille d'un **objet neutre** (Birtchnell, Lacey et Harte, 1985 ; Bowden, Touys, Rodriguez, Hensley et Beumont, 1989 ; Fernandez, Probst, Meermann et Vandereycken, 1994 ; Franzen, Florin, Schneider et Meier, 1988 ; Probst et al., 1995a ; Probst et al., 1997 ; Whitehouse, Freeman et Annandale, 1986). Ensuite, les patientes ne devraient pas différer significativement du groupe contrôle dans l'estimation perceptive de leur **taille actuelle** (Bowden et al., 1989 ; Fernandez et al., 1994 ; Huon et Brown, 1986 ; Probst et al., 1995 ; Probst et al., 1997). Par contre, elles surestimeraient davantage leur **taille**

corporelle affective par rapport au groupe contrôle (Bowden et al., 1989 ; Franzen et al., 1988 ; Huon et Brown, 1986 ; Probst et al., 1995a ; Probst et al., 1997). De plus, une divergence significative devrait être observée entre les réponses cognitives et affectives chez les patientes boulimiques uniquement (Bowden et al., 1989 ; Franzen et al., 1988 ; Huon et Brown, 1986 ; Probst et al., 1997). En ce qui concerne la **taille idéale**, les patientes voudraient être significativement plus minces que le groupe contrôle (Fernandez et al., 1994 ; Probst et al., 1995a ; Probst et al., 1997 ; Szymanski et Seime, 1997 ; Williamson et al., 1985 ; Williamson, Davis, Bennett, Goreczny et Gleaves, 1989a ; Williamson, Davis, Goreczny et Blouin, 1989b ; Williamson, Cubic et Gleaves, 1993a). Il y aurait également une différence significative entre les réponses cognitives et optatives et entre les réponses affectives et optatives (Freeman, Thomas, Solyom et Koopman, 1985 ; Garner, Garfinkel et O'Shaughnessy, 1985 ; Probst et al., 1997 ; Szymanski et Seime, 1997 ; Williamson et al., 1985 ; Williamson et al., 1989a et 1989b ; Williamson et al, 1993a et 1993b). Enfin, les patientes boulimiques devraient avoir des scores significativement plus élevés que le groupe contrôle à l'Eating Disorder Inventory (Garner et al., 1983 ; Gross, Rosen, Leitenberg et Willmuth, 1986 ; Whitehouse, Freeman et Annandale, 1986 ; Williamson, 1990) et au Body Attitude Test (Fernandez et al., 1994 ; Probst et al., 1995b).

Au niveau de la psychopathologie associée

Les femmes boulimiques auraient une estime de soi significativement plus faible que le groupe contrôle (Dykens et Gerrard, 1986 ; Griffiths et al., 1999 ; Shisslak et al., 1990 ; Silvera et al., 1998 ; Williams et al., 1993 ; Willmuth, Leitenberg, Rosen, Cado, 1988). Elles auraient également une dépression plus marquée (Breaux et Moreno, 1994 ; Cooper et Hunt, 1998 ; Kennedy et al., 1994 ; Note, 1991 ; Prather et Williamson, 1988 ; Riley, 1995 ; Schlesier-Carter, Hamilton, O'Neil, Lydiard et Malcolm, 1989 ; Williamson et al., 1985 ; Williamson et al., 1987 ; Willmuth et al., 1988) et des scores significativement plus élevés à chaque sous-échelle du SCL-90-R (Garner et al., 1990 ; Williamson et al., 1985), mais particulièrement aux échelles 'sensibilité interpersonnelle' et 'dépression' (Breaux et Moreno, 1994 ; Prather et Williamson, 1988 ; Morey et Kurtz, 1995).

Lien entre l'image du corps et la psychopathologie associée chez les patientes boulimiques

Les mesures de dysfonctionnement psychologique (Rosenberg, BDI, SCL-90-R) ne devraient pas avoir de lien avec la perturbation de l'image du corps (Altabe et Thompson, 1992 ; Probst et al., 1998). Cependant, d'autres auteurs suggèrent que le Rosenberg serait corrélé négativement avec les échelles 'désir de minceur' et 'insatisfaction corporelle' de l'EDI (Rosenberg, 1965 ; Griffiths et al., 1999). Autrement dit, plus l'estime de soi est faible, plus l'insatisfaction corporelle et le désir de minceur seraient élevés.

Matériel expérimental et procédure

Les questionnaires sont identiques à ceux utilisés dans la première étude et ont été administrés à toutes les participantes en passation individuelle en notre présence. L'ordre de passation est celui présenté ci-dessus. Les questions ont été généralement lues aux participantes. La durée de passation a été d'une demi-heure pour le groupe contrôle et d'une heure pour les patientes boulimiques.

Analyse des données

Les procédures statistiques utilisées sont identiques à celles utilisées dans la première étude.

Résultats

Statistiques descriptives

Le Tableau VI reprend les statistiques descriptives (moyenne et écart-type) des variables dans les groupes de participantes boulimiques et appariées et la description des procédures statistiques utilisées ainsi que leurs résultats significatifs ou non.

Au niveau de la perturbation de l'image du corps

Aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes au **test perceptif général** ni pour les lignes ($U = 170$, $p = 0,43$), ni pour les cercles ($U = 179$, $p = 0,58$), ni pour l'orientation ($U = 154,5$, $p = 0,22$), ni pour la position ($U = 185$, $p = 0,698$). L'estimation perceptive d'un objet neutre est satisfaisante dans les deux groupes comme le prévoient les auteurs (Birtchnell et al., 1985 ; Bowden et al., 1989 ; Fernandez et al., 1994 ; Franzen et al., 1988 ; Probst et al., 1995a ; Probst et al., 1997 ; Whitehouse et al., 1986).

Au niveau de la **réponse cognitive**, le test t (38) = 3,45, $p = 0,0014$ suggère une différence significative entre les deux groupes. Contrairement à ce qui est attendu (Bowden et al., 1989 ; Fernandez et al., 1994 ; Huon et Brown, 1986 ; Probst et al., 1995a ; Probst et al., 1997), les patientes boulimiques surestiment davantage leur taille actuelle par rapport aux participantes appariées. Le test t (38) = 4,96, $p = 0,0000$ de la variable '**réponse affective**' suggère également une différence significative entre les deux groupes. Les patientes boulimiques se sentent plus grosses que les participantes du groupe contrôle, confirmant l'hypothèse de Bowden et al. (1989), Franzen et al. (1988), Huon et Brown (1986), Probst et al. (1995a) et Probst et al. (1997). De plus, le test t (38) = 2,32, $p = 0,028$ (avec Estimations Séparées des Variances) de la divergence réponse affective-réponse cognitive montre que cette divergence est significativement plus grande chez les boulimiques par rapport au groupe contrôle (Bowden et al., 1989 ; Franzen et al., 1988 ; Huon et Brown, 1986 ; Probst et al., 1997). Concernant la **réponse optative**, le test t (38) = -4,84, $p = 0,0000$ met en évidence une différence significative entre les deux groupes. Les patientes boulimiques veulent effectivement avoir une taille plus fine comparativement au groupe contrôle (Fernandez et al., 1994 ; Probst et al., 1995a ; Probst et al., 1997 ; Szymanski et Seime, 1997 ; Williamson et al., 1985 ; Williamson et al., 1989a et 1989b ; Williamson et al., 1993a). Le test t (38) = 6,55, $p = 0,0000$ de la divergence réponse cognitive-réponse optative et le test t (38) = 6,95, $p = 0,0000$ de la divergence réponse affective-réponse optative montrent une différence significative entre les groupes. Les patientes boulimiques montrent une plus grande divergence entre l'image réelle (cognitive ou affective) et l'image idéale par rapport aux personnes normales, confirmant l'hypothèse de départ (Freeman et al., 1985 ; Garner et al., 1985 ; Probst et al., 1997 ; Szymanski et Seime, 1997 ; Williamson et al., 1985 ; Williamson et al., 1989a et 1989b ; Williamson et al, 1993a et 1993b).

Concernant l'**EDI**, les scores aux sous-échelles poursuite de la minceur ($U = 8,5$, $p = 0,0000$), insatisfaction corporelle (test $U = 37$, $p = 0,0000$), boulimie (test t (38) = 10,99, $p = 0,0000$), inefficacité (test t (38) = 6,546, $p = 0,0000$), perfectionnisme (test t (38) = 4,74, $p = 0,0001$), méfiance

Statistiques descriptives	Groupe				Test utilisé	p
	Boulimique		Contrôle			
Variables	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type		
Rosenberg	21.55	4.122	29.95	3.8	Test t	S (0.0000)
BDI	19.45	7.92	3.35	3.28	Test t	S (0.0000)
SCL total	128.95	48.429	39.3	27.67	Test t	S (0.0000)
SCL somatisation	1.14	0.64	0.4625	0.462	Test t	S (0.0004)
SCL obsession-compulsion	1.55	0.767	0.685	0.54	Test t	S (0.0002)
SCL vulnérabilité	1.77	0.84	0.45	0.389	Test t	S (0.0000)
SCL dépression	1.86	0.705	0.43	0.373	Test t	S (0.0000)
SCL anxiété	1.51	0.72	0.48	0.45	Test t	S (0.0000)
SCL hostilité	1.2	0.88	0.41	0.27	Test t	S (0.0008)
SCL phobie	1.07	0.721	0.2	0.243	Test t	S (0.0000)
SCL paranoïa	1.36	0.76	0.59	0.6	Test t	S (0.001)
SCL psychotique	1	0.518	0.13	0.13	Test t	S (0.0000)
SCL divers	1.778	0.61	0.54	0.39	Test t	S (0.0000)
SCL GSI	1.44	0.52	0.44	0.31	Test t	S (0.0000)
SCL PST	59.2	10.76	27.65	14.48	Test t	S (0.0000)
SCL PSDI	2.15	0.548	1.36	0.32	Test t	S (0.0000)
EDI total	95.5	27.44	23.8	13.15	Test t	S (0.0000)
EDI poursuite de minceur	16.15	4.32	3.45	3.27	Test U	S (0.0000)
EDI conscience des phénomènes internes	13.35	7.07	2.3	2.47	Test t	S (0.0000)
EDI boulimie	13.05	4.58	0.8	1.96	Test	S (0.0000)
EDI insatisfaction corporelle	20.15	7.604	7.15	6.35	Test U	S (0.0000)
EDI inefficacité	12.05	6.74	1.75	2.02	Test t	S (0.0000)
EDI peur de la maturité	6	4.82	3.75	2.9	Test t	NS
EDI perfectionnisme	7.85	5.05	2.05	2.11	Test t	S (0.0001)
EDI méfiance interperson.	6.9	4.61	2.55	2.212	Test t	S (0.0007)
BAT total	62.9	17.05	21.35	8.96	Test t	S (0.0000)
BAT appréciation négative de son corps	22.1	7.95	6.3	4.6	Test t	S (0.0000)
BAT manque de familiarité de son corps	19.7	7.094	4.4	2.87	Test t	S (0.0000)
BAT insatisfaction corporelle générale	13.5	3.98	4.75	3.3	Test t	S (0.0000)
BAT résiduel	7.6	2.41	5.9	1.8	Test U	S (0.0094)
T score BIA Rép Cognitive	60.2	11.44	50.12	6.27	Test t	S (0.0014)
T score BIA Rép Affective	64.17	11.4	48.75	7.98	Test t	S (0.0000)
T score BIA Rép Optative	35.92	10.78	49.85	7.01	Test t	S (0.0000)
Divergence RC-RO	70.79	12.56	50.23	7.38	Test t	S (0.0000)
Divergence RA-RO	72.51	12.14	49.12	8.87	Test t	S (0.0000)
Divergence RA-RC	56.48	15.05	47.77	7.38	Test t	S (0.028)
Lignes	5.45	0.51	5.6	0.5	Test U	NS
Cercles	9.75	0.55	9.9	0.31	Test U	NS
Orientation	6.95	0.605	7.25	0.55	Test U	NS
Position	7.4	0.995	7.4	0.753	Test U	NS
Age	25.95	6.747	25.5	6.69	Test t	NS
Poids	56.12	8.003	58.4	10.16	Test t	NS
BMI	21.1	3.307	21.3	3.22	Test t	NS

Tableau VI

Statistiques descriptives des variables dans les groupes expérimental et apparié, procédures statistiques utilisées et leurs résultats significatifs ou non (Etude 2)

nterpersonnelle (test t (38) = 3,81, p =),001) et conscience des phénomènes nternes (test t (38) = 6,59, p = 0,0000) sont ignificativement plus élevés chez les atientes boulimiques que dans le groupe contrôle, confirmant l'hypothèse de Garner et al. (1983), Gross et al. (1986), Whitehouse et al. (1986) et Williamson (1990). Aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes en ce qui concerne la variable 'peur de la maturité' comme le prévoient Garner et al. (1983). Enfin, des différences significatives sont également observées au niveau du **BAT** total (t (38) = 9,65, p = 0,0000 (avec Estimations

Séparées de Variances) et de ses trois facteurs : appréciation du corps plus négative (test t (38) = 7,69, p = 0,0000), manque de familiarité vis-à-vis du corps plus marquée (test t (38) = 8,94, p = 0,0000) et insatisfaction générale du corps plus grande (test t (38) = 7,58, p = 0,0000) chez les patientes. Elles ont une expérience du corps significativement plus négative que le groupe contrôle (Fernandez et al., 1994 ; Probst et al., 1995b).

Au niveau de la psychopathologie associée

Le test t (38) = -6,7, p = 0,0000 de la variable **Rosenberg** met en évidence une estime de soi significativement plus faible chez les patientes boulimiques par rapport aux participantes contrôles, confirmant l'hypothèse des auteurs (Dykens et Gerrard, 1986 ; Griffiths et al., 1999 ; Shisslak et al., 1990 ; Silvera et al., 1998 ; Williams et al., 1993 ; Willmuth et al., 1988). Par ailleurs, le test t (38) = 8,395, p = 0,0000 (avec Estimations Séparées de Variances) de la variable **BDI** montre que les patientes sont significativement plus déprimées que le groupe contrôle, comme le prédit la littérature (Breaux et Moreno, 1994 ; Cooper et Hunt, 1998 ; Kennedy et al., 1994 ; Note, 1991 ; Prather et Williamson, 1988 ; Riley, 1995 ; Schlesier-Carter et al., 1989 ; Williamson et al., 1985 ; Williamson et al., 1987 ; Willmuth et al., 1988). Enfin, en ce qui concerne le **SCL-90-R**, les patientes ont des scores significativement plus élevés que le groupe contrôle aux trois indices globaux (SCL GSI : t (38) = 7,407, p = 0,0000 ; SCL PST : t (38) = 7,821, p = 0,0000 ; SCL PSDI : t (38) = 5,616, p = 0,0000), à chaque sous-échelle et particulièrement aux sous-échelles 'sensibilité interpersonnelle' (M = 1,77) et 'dépression' (M = 1,86), comme le prévoient Breaux et Moreno (1994), Prather et Williamson (1988) et Morey et Kurtz (1995).

Lien entre la psychopathologie et l'image du corps chez les patientes boulimiques

Comme le montre le Tableau VII, le score au Rosenberg n'est pas corrélé avec les échelles 'désir de minceur' et 'insatisfaction corporelle' de l'EDI, ni avec le BAT total. Il n'y aurait donc aucun lien entre l'estime de soi faible et la perturbation de l'image du corps dans notre échantillon contrairement à ce que pensaient Rosenberg (1965) et Griffiths et al. (1999). De même, la mesure de dépression dans notre groupe de boulimiques n'est pas corrélée avec les échelles précitées de l'EDI. Enfin, le SCL-90-R n'est pas lié à la perturbation de l'image du corps. De plus, les mesures de dysfonctionnement psychologique n'ont pas de lien avec les réponses au BIA-R. Ces résultats confirment la littérature (Altabe et Thompson, 1992; Probst et al., 1998).

Corrélations entre		Corrélations r ou _	Groupe expérimental
Psychopathologie associée	Image corporelle		
Rosenberg	EDI désir minceur	_	NS
	EDI insatisf. corp.	_	NS
	BAT total	r	NS
	BIA rép.cognitive	r	NS
	BIA rép.affective	r	NS
	BIA rép.optative	r	NS
BDI	EDI désir minceur	_	NS
	EDI insatisf. corp.	_	NS
	BIA rép.cognitive	r	NS
	BIA rép.affective	r	NS
	BIA rép.optative	r	NS
SCL 90-R	EDI désir minceur	_	NS
	EDI insatisf. corp.	_	NS
	BIA rép.cognitive	r	NS
	BIA rép.affective	r	NS
	BIA rép.optative	r	NS

Tableau VII
Corrélations entre les mesures de psychopathologie associée et celles de perturbation de l'image du corps dans le groupe expérimental (Etude 2)

DISCUSSION

Avant de discuter des résultats obtenus dans cette étude, nous insistons sur le fait que ces derniers doivent être considérés avec précaution. En effet, cette recherche porte sur un échantillon de taille limitée et est basée principalement sur des mesures d'auto-évaluation.

D'abord, les patientes boulimiques ne différaient pas du groupe contrôle dans l'estimation de la taille d'un objet neutre. La perturbation de l'image du corps ne peut donc pas s'expliquer par un trouble à ce niveau. Ensuite, les patientes boulimiques surestimeraient leur taille actuelle par rapport au groupe contrôle, ce qui ne correspond pas à notre hypothèse de départ. Cependant, certains auteurs comme Bowden et al. (1989) ou Franzen et al. (1988) ont montré que les boulimiques surestimaient davantage leur taille que le groupe contrôle. L'explication se trouve peut-être au niveau de la validité de la réponse cognitive du BIA-R qui est fortement liée à des mesures d'insatisfaction et d'attitudes négatives vis-à-vis du corps dans la population normale. Les boulimiques n'auraient pas su estimer objectivement leur corps à cause de l'influence de leurs sentiments corporels négatifs. Une autre explication pourrait venir de la consigne utilisée qui est différente par rapport à d'autres études (Probst et al., 1997) où l'on demande au sujet d'évaluer comment il pense qu'il est.

Ensuite, comme attendu, les patientes surestiment davantage leur taille corporelle au niveau affectif : elles se sentent plus grosses que le groupe contrôle. De plus, elles se sentent plus grosses qu'elles ne le sont en réalité alors que cette différence ne se retrouve pas dans le groupe contrôle. Des facteurs autres que visuels, comme les sensations corporelles négatives, seraient fortement impliqués dans la distorsion de l'image du corps chez les boulimiques (Probst et al., 1997). Les tâches d'estimation font intervenir des processus cognitivo-affectifs plutôt que perceptifs. En ce qui concerne la réponse optative, les personnes boulimiques désirent une taille plus fine comparativement au groupe contrôle comme nous l'avions postulé. De plus, elles montrent des différences significatives entre la réponse cognitive et optative et entre la réponse affective et optative qui ne se retrouvent pas dans le groupe contrôle. Les patientes font une différence entre l'estimation de leur taille réelle et celle de leur taille idéale, ce qui confirme la présence d'une insatisfaction de son propre corps chez les patientes boulimiques, absente chez les femmes normales.

Enfin, les patientes boulimiques ont des scores significativement plus élevés aux différentes sous-échelles de l'EDI à l'exception de l'échelle 'peur de la maturité' qui refléterait une caractéristique davantage présente chez les anorexiques. Les boulimiques de notre échantillon ont donc bien les caractéristiques psychologiques présentes dans les troubles alimentaires (Garner et al., 1983 ; Gross et al., 1986 ; Probst et al., 1995a ; Probst et al., 1997 ; Szymanski et Seime, 1997 ; Whitehouse et al., 1986 ; Williamson, 1990 ; Williamson et al., 1993a). De même, les patientes ont des scores plus élevés au BAT : elles ont donc une expérience du corps significativement plus négative que le groupe contrôle, ce qui est concordant avec la littérature (Fernandez et al., 1994 ; Probst et al., 1995b). Ces deux questionnaires permettent clairement de discriminer entre les participantes boulimiques et normales au niveau de l'image du corps négative.

Dans un second temps, nous avons examiné la psychopathologie générale des participantes. Les patientes ont une estime de soi plus faible par rapport aux femmes normales, ce qui confirme la littérature (Dykens et Gerrard, 1986 ; Griffiths et al., 1999 ; Shisslak et al., 1990 ; Silvera et al., 1998 ; Williams et al., 1993 ; Willmuth et al., 1988). De même, elles sont significativement plus déprimées et ont des scores plus élevés que le groupe contrôle à chaque sous-échelle du SCL-90-R. Enfin, les liens entre la psychopathologie et la perturbation de l'image du corps ont été explorés. L'estime de soi n'est pas liée aux mesures d'insatisfaction corporelle, confirmant les données de Altabe et Thompson (1992) et Probst et al. (1998). Cependant, ces résultats vont à l'encontre de ceux de Joiner, Schmidt et Wonderlich (1997) pour qui l'insatisfaction corporelle expliquerait le score plus faible d'estime de soi parmi les patientes comparés aux participantes normales. Le score au BDI n'est pas non plus lié aux sentiments et attitudes vis-à-vis du corps contrairement à ce que pensaient Laessle, Kittl, Fivhter et Pirke (1988). Selon ces auteurs, les symptômes dépressifs dans la boulimie seraient une conséquence des distorsions cognitives et croyances irrationnelles concernant l'évaluation de la silhouette et du poids. La vision négative de son corps chez la personne boulimique se généraliserait en une vision négative globale d'elle-même. Cependant, dans notre étude, un épisode dépressif majeur serait indépendant et viendrait se surajouter au trouble alimentaire. Ensuite, les échelles du SCL-90-R ne sont pas non plus liées aux questionnaires évaluant l'image du corps. Enfin, d'une façon générale, les mesures de dysfonctionnement psychologique n'ont pas non plus de lien avec les réponses au BIA-R dans le groupe expérimental.

CONCLUSION

D'abord, nous avons examiné la validité du Body Image Assessment-Revised dans l'Etude 1. Cet instrument est valide malgré le manque de validité convergente de l'indice optatif et de l'indice de divergence cognitif-affectif. Des études ultérieures devraient se pencher sur la validité des indices du BIA-R au sein d'un vaste échantillon de patientes souffrant de troubles alimentaires. Dans l'Etude 2, l'examen de l'image du corps des patientes boulimiques nous a montré une grande insatisfaction corporelle, un désir de minceur et des attitudes négatives par rapport au corps, absents chez les femmes normales. Les patientes tendent à surestimer leur taille corporelle de façon affective, plutôt que sensori-perceptive. D'autre part, elles ont une psychopathologie sévère par rapport aux participantes normales. Enfin, les mesures de dysfonctionnement psychologique ne sont pas liées à l'insatisfaction corporelle ou aux estimations de taille chez les patientes. L'image du corps serait une variable indépendante de la perturbation psychologique dans la boulimie.

De nombreuses questions au sujet de la perturbation de l'image du corps dans la boulimie restent encore en suspens. En effet, les patientes boulimiques présentent certaines déformations de l'image corporelle. Cependant, l'instrument que nous avons utilisé n'est peut-être pas le plus performant. En effet, les techniques des silhouettes sont rapides et simples mais certains auteurs leur préfèrent les techniques de déformation vidéo. Malheureusement, celles-ci amènent davantage de refus de la part des patientes à qui on demande de se laisser filmer, parfois en maillot, et d'ajuster une image vidéo de son propre corps jusqu'à ce qu'elle corresponde au sien. Cette procédure a néanmoins une plus grande validité par rapport à celle des silhouettes (Gardner, Stark, Jackson et Friedman, 1999). D'autre part, il serait intéressant de comparer les résultats obtenus chez les patientes boulimiques avec ceux de patientes anorexiques. L'expérience corporelle dans les troubles alimentaires est un phénomène encore mal compris et devrait faire l'objet de nombreuses études dans l'avenir.

Article Reçu le 4/01/02
et Accepté le 25/04/02

Références

Altabe, M. & Thompson, J.K. (1992). Size estimation versus figural ratings of body image disturbance : Relation to body dissatisfaction and eating dysfunction. International Journal of Eating Disorders, 11 (4), 397-402.

American Psychiatric Association (1996). Diagnostical and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C. : Author.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology review, 8, 77-100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry , 4 (june), 561-570.

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.

Birtchnell, S.A., Lacey, J.H. & Harte, A. (1985). Body image distortion in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 147, 408-412.

Bowden, P.K., Touys, S.W., Rodriguez, P.J., Hensley, R., & Beumont, J.V. (1989). Distorting patient or distorting instrument ? : Body shape disturbance in patients with anorexia nervosa and bulimia. British Journal of Psychiatry, 155, 196-201.

Breaux, C.A. & Moreno, J.K. (1994). Comparing anorectics and bulimics on measures of depression, anxiety and anger. Eating Disorders, 2 (2), 158-167.

Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. (1995). Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook. New York : Guilford.

Cash, T.F. & Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Behavior Modification, 11 (4), 487-521.

Cash, T.F., & Deagle, E.A. (1997). The nature and extend of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa : A meta-analysis. International Journal of Eating Disorders, 22, 107-125.

Cooper, M., & Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. Behaviour Research and Therapy, 36, 895-898.

Cooper, P.J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds). Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook. New York : Guilford.

Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds), Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook. New York : Guilford.

Derogatis, L.R. (1977). SCL-90-R (revised) Version manual I. Clinical Psychometrics Research Unit – John Hopkins University School of Medicine.

Derogatis, L.R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M.E. Maruish.(Ed.), The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment (pp. 217-243).Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Ass.

Dykens, E.M. & Gerrard, M. (1986). Psychological profiles of purging bulimics, repeat dieters, and controls. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (3), 283-288.

Fairburn, C.G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. Psychological Medicine, 11, 707-711.

Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds), Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford : Oxford Univ.

Fernandez, F., Probst, M., Meermann, R. & Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body satisfaction in eating disorder patients and normal controls. International Journal of Eating Disorders, 16 (3), 307-310.

Flament, M., & Jeammet, P. (2000). La boulimie : Réalités et perspectives. Paris, France : Masson.

Franzen, U., Florin, I., Schneider, S. & Meier, M. (1988). Distorted body image in bulimic women. Journal of Psychosomatic Research, 32 (4/5), 445-450.

Freeman, R.J., Thomas, C.D., Solyom, L. & Koopman, R.F. (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 4 (4), 439-456.

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., Stark, K., Jackson, N.A. & Friedman, B.N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body image. Perceptual and Motor Skills, 89, 981-993.

Garfinkel, P.E. (1992). Evidence in support of attitudes to shape and weight as a diagnostic criterion of bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 11 (4), 321-325.

Garfinkel, P.E. (1995). Classification and diagnosis of eating disorders. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook. New York : Guilford.

Garner, D.M., Garfinkel, P.E., & O'Shaughnessy, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 142 (5), 581-587.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D. & Eagle, M. (1990). The association between bulimic symtoms and reported psychopathology, International Journal of Eating Disorders, 9 (1), 1-15.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., & 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 adolecents. British Journal of Medical Psychology, 71 (2), 175-184.

Griffiths, R.A., Beumont, P.J.V., Giannakopoulos, E., Russell, J., Schotte, D., Thornton, C., Touyz, S.W., & Varano, P. (1999). Measuring self-esteem in dieting disordered patients : The validity of the Rosenberg and Coopersmith contrasted. International Journal of Eating Disorders, 25, 227-231.

Gross, J., Rosen, J.C., Leitenberg, H., & Willmuth, M.E. (1986). Validity of the eating attitudes test and the eating disorders inventory in bulimia nervosa, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (6), 875-876.

Hsu, L.K. & Sobkiewicz, T.A. (1991). Body image disturbance : Time to abandon the concept for eating disorders ? International Journal of Eating Disorders, 10 (1), 15-30.

Huon, G.F. & Brown, L.B. (1986). Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 5 (3), 421-439.

Joiner, T.E., Schmidt, N.B. & Wonderlich, S.A. (1997). Global self-esteem as contingent on body satisfaction among patients with bulimia nervosa : Lack of diagnostic specificity ? International Journal of Eating Disorders, 21 (1), 67-76.

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 (1-2), 213-230.

Kennedy, S.H., Kaplan, A.S., Garfinkel, P.E., Rockert, W., Toner, B., & Abbey, S.E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa : Discriminating depressive symptoms and episodes. Journal of Psychosomatic Research, 38 (7), 773-782.

Laessle, R.G., Kittl, S., Fichter, M.M., & Pirke, K.M. (1988). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 7 (5), 681-686.

Morey, L.C. & Kurtz, J.E. (1995). Assessment of general personality and psychopathology among persons with eating and weight-related concerns. In D.B. Allison (Ed.), Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems : Mesures, theory, and research. Thousand Oaks : Sage Publications.

Note, I.-D. (1991). Traitements cognitivo-comportementalistes de la boulimie, Science et Comportement, 21 (4), 291-314.

Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and binging : A causal analysis. American Psychologist, 40 (2), 193-201.

Polivy, J. & Herman, C.P. (1993). Binge eating : Psychological mechanisms. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds), Binge eating : Nature, assessment, and treatment. New York : Guilford Press.

Prather, R.C., & Williamson, D.A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity. International Journal of Eating Disorders, 7 (2), 177-184.

Probst, M. (1997). Body experience in eating disorder patients. Thèse de doctorat non publiée, Université Catholique de Louvain, Louvain, Belgique.

Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1997). Further experience with the body attitude test. Eating Weight Disorders, 2, 100-104.

Probst, M., Vandereycken, W., & Van Coppenolle, H. (1997). Body size estimation in eating disorders using video distorstion on a life-size screen. Psychotherapy and Psychosomatics, 66, 87-91.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1995a). Body size estimation in eating disorder patients : Testing the video distortion method on a life-size screen, Behavioral Research and Psychotherapy, 33 (8), 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. (1995b). The body attitude test for patients with eating disorder :

Psychometric characteristics of a new questionnaire. Eating Disorders, 3 (2), 133-145.

Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J. & Van Coppenolle, H. (1998). The signifiance of body size estimation in eating disorders : Its relationship with clinical and psychological variables. International Journal of Eating Disorders, 24, 167-174.

Riddoch, M.J. & Humphreys, G.W. (1993). Birmigham Object Recognition Battery (BORB). Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Riley, A.W. (1995). Identification of psychological problems of patients with eating and weight-related disorders in genral medical settings. In D.B. Allison (Ed.), Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems : Mesures, theory, and research. Thousand Oaks: Sage Publications.

Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight : A normative discontent, Nebraska Symposium on Motivation, 32, 267-307.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, New Jersey : Princeton University.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa : An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.

Schleisier-Carter, B., Hamilton, S.A., O'Neil, P.M., Lydiard, R.B. & Malcolm, R. (1989). Depression and bulimia : The link between depression and bulimic cognitions. Journal of Abnormal Psychology, 98 (3), 322-325.

Shafran, R., Teachman, B.A., Kerry, S. & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders : Thought-shape fusion. British Journal of Clinical Psychology, 38, 167-179.

Shisslak,C.M., Pazda, S.L., & Crago,M. (1990). Body weight bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic, and obese women. Journal of Abnormal Psychology, 99 (4), 380-384.

Silvera, D.H., Bergensen, T.D., Bjorgum, L., Perry, J.A., Rosenvinge, J.H., & Holte, A. (1998). Analysing the relation between self-esteem and eating disorders : Differential effects of self-liking and self-competence. Eating Weight Disorders, 3, 95-99.

Slade, P.D.(1994). What is body image ? Behaviour Research and Therapy, 32 (5), 497-502.

Slade, P. & Brodie, D. (1994). Body image distortion and eating disorder : A reconceptualisation based on the recent litterature. Eating Disorders Review, 2 (1), 32-46.

Strigel-Moore, R.H. (1995). A feminist perspective on the etiology of eating disorders. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds), Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook. New York : Guilford.

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 (2), 175-180.

Thompson, J.K. (1990). Body image disturbance : Assessment and treatment. New York : Pergamon.

Thompson, J.K. (1996). Assessing Body image disturbance : Measures, methodology and implementation. In J.K. Thompson (Ed.), Body image, eating disorders, and obesity : An integrative guide for assessment and treatment. Washington : American Psychological Association.

Thompson, J.K. (1996). Body image, eating disorders, and obesity : An integrative guide for assessment and treatment. Washington : American Psychological Association.

Vitousek, K.M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P.M. Salkovskis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy. New York : The Guilford Press.

Vitousek, K.M. & Hollon, S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. Cognitive Therapy and Research, 14 (2), 191-214.

Whitehouse, A.M., Freeman, C.L., & Annandale, A. (1986). Body size estimation in bulimia. British Journal of Psychiatry, 149, 98-103.

Wifley, D.E. & Rodin, J. (1995). Cultural influences on eating disorders. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds), Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook. New York : Guilford.

Williams, G.J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F., & Jackson, M.A. (1993). Comparison of eating disorders and other diatery/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. International Journal of Eating disorders, 14 (1), 27-32.

Williamson, D.A. (1990). Assessment of eating disorders : Obesity, anorexia, and bulimia nervosa. New York : Pergamon.

Williamson, D.A. (1996). Body image disturbance in eating disorders : A form of cognitive bias ? Eating Disorders, 4 (1), 47-58.

Williamson, D.A., Cubic, B.A, & Gleaves, D.H. (1993a). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 102 (1), 177-180.

Williamson, D.A., Davis, C.J., Bennett, S.M., Goreczny, A.J., & Gleaves, D.H. (1989a). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Behavioral Assessment, 11, 433-446.

Williamson, D.A., Davis, C.J., Goreczni, A.J., & Blouin, D.C. (1989b). Body-Image Disturbances in Bulimia Nervosa : Influences of Actual Body Size. Journal of Abnormal Psychology, 98 (1), 97-99.

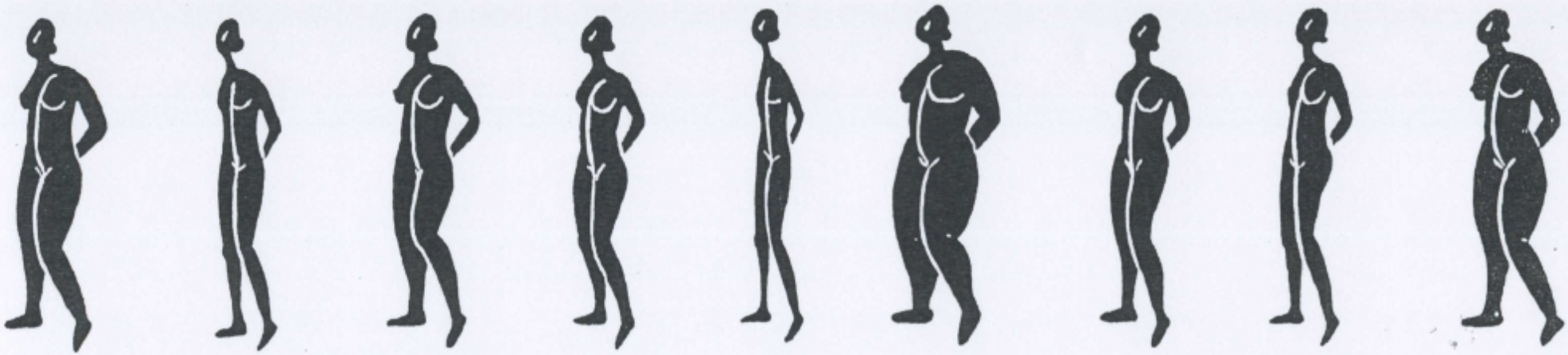
Williamson, D.A., Gleaves, D.H., Watkins, P.C. & Schlundt, D.G. (1993b). Validation of self-ideal body size discrepanncy as a measure of body dissatisfaction. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15, 57-68.

Williamson, D.A., Kelley, M.L., Davis, C.J., Ruggiero, L., & Blouin, D.C. (1985). Psychopathology of eating disorders : A controlled comparison of bulimics, obese, and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53 (2), 161-166.

Williamson, D.A., Prather, R.C., Upton, L., Davis, C.J., Ruggiero, L., & Van Buren, D. (1987). Severity of bulimia : Relationship with depression and other psychopathology. International Journal of Eating Disorders, 6 (1), 39-47.

Willmuth, M.E., Leitenberg, H., Rosen, J.C., & Cado, S. (1988). A comparaison of purging and nonpurging normal weight bulimics. International Journal of Eating Disorders, 7 (6), 825-835.

Annexe 13: Body Image Assessment-Revised (Beebe et al., 1999)



1. Quelle silhouette correspond le mieux à votre taille actuelle, comme si vous vous regardiez dans un miroir ?
2. Comment sentez-vous que vous êtes (évaluation émotionnelle de votre corps) ?
3. Quelle silhouette correspond à votre taille idéale, celle que vous préféreriez le plus avoir ?