



**Estime de soi et personnalité : dans quelle mesure
la dysmorphie musculaire s'apparente-t-elle aux
troubles des conduites alimentaires?**

Mémoire doctoral

Isabelle Labrecque

Doctorat en psychologie
Docteure en psychologie (D.Psy.)

Québec, Canada

© Isabelle Labrecque, 2014

Résumé

La dysmorphie musculaire (DM) se caractérise par une préoccupation excessive vis-à-vis la musculature et présente plusieurs similarités avec les troubles des conduites alimentaires (TCA). Ce mémoire doctoral a pour but d'approfondir les connaissances actuelles de la DM en procédant à la validation préliminaire d'une entrevue semi-structurée basée sur les critères diagnostiques de la DM, puis en examinant la ressemblance entre la DM et les TCA sur le plan de l'estime de soi et de la personnalité. Des questionnaires ont été remplis par 31 hommes souffrant de DM selon l'Entrevue diagnostique de la dysmorphie musculaire, 28 femmes souffrant d'un TCA et 32 hommes préoccupés par leur masse musculaire, mais ne répondant pas aux critères de la DM. Les résultats indiquent que les hommes souffrant de DM présentent des traits de personnalité similaires aux TCA mais se caractérisent par une meilleure estime de soi et davantage de narcissisme de type grandiose.

Table des matières

Résumé.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	ix
Avant-propos	xiii
Introduction générale	1
Préoccupations corporelles masculines	1
La muscularité : au cœur des préoccupations corporelles masculines	5
Description de la problématique	9
Symptomatologie de la DM.....	9
Mesure de la DM	13
Prévalence.....	13
Conséquences	14
Conséquences sociales, professionnelles et récréatives	14
Conséquences psychologiques	15
Conséquences physiques	16
Conséquences financières.....	16
Facteurs de risque	16
Facteurs biologiques/génétiques.....	17
Facteurs socio-environnementaux	17
Facteurs individuels.....	18
Facteurs personnologiques	19
La DM et les ressemblances avec d'autres troubles psychiatriques	20
Symptomatologie.....	21
Présentation clinique.....	23
Processus sous-jacents.....	23
Personnalité	24
Objectifs de l'étude.....	25
Hypothèses.....	25
Méthodologie.....	27
Participants	27
Instruments de mesure	28
Questionnaire sociodémographique	28
Entrevue diagnostique de la dysmorphie musculaire (EDDM).....	29
Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI).....	30
Échelle d'estime de soi de Rosenberg (ÉES-10).....	31
Body Esteem Scale (BES)	31
Multidimensional Perfectionism Scale	32
Obsessive-Compulsive Personality Scale.....	32

Pathological Narcissism Inventory (PNI)	33
Procédure.....	33
Analyses statistiques	35
Résultats	37
Objectif 1. Validation préliminaire de l'EDDM	37
Objectif 2. Différences entre les groupes	38
Objectif 3. Prédicteur(s) de l'appartenance au groupe DM	42
Discussion	45
Forces et limites de l'étude	51
Perspectives futures.....	52
Bibliographie.....	55
Annexe A.....	65
Annexe B.....	71

Liste des tableaux

Tableau

1	Critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire.....	11
2	Différences au MDDI pour les groupes CTRL et DM.....	38
3	Différences sur les mesures d'estime de soi et de personnalité pour les groupes CTRL, DM et TCA	41
4	Régressions logistiques de l'appartenance au groupe DM selon l'estime de soi et la personnalité	43

Remerciements

Je me suis longtemps demandé comment j'allais commencer mes remerciements. Le soutien de mes proches a tellement été important pour moi que cette section du mémoire m'est particulièrement précieuse, à l'image de ce qu'ils ont été pour moi dans les dernières années. La réalisation d'un mémoire doctoral est bien plus grande que la rédaction d'un document : c'est l'aboutissement de plusieurs années de travail intense où l'on apprend notre métier, c'est une expérience qui nous pousse à visiter les « racoins » de sa propre personne et à y faire l'apprentissage de ses forces et de ses limites. On passe par toute sorte de situations, d'émotions et sans la présence des gens qui nous sont chers, ce parcours serait des plus ardues, voire impossible à réaliser.

En tout premier lieu, je remercie mes parents et ma sœur Julie. J'ai cette chance d'avoir des parents aimants qui m'ont accompagnée tout au long de mes études. Je vous remercie chaleureusement de votre présence, votre disponibilité et votre soutien. Un merci infini pour les sacrifices que vous avez faits pour me permettre de réaliser mon rêve. Merci de m'avoir si souvent reflété que vous étiez fiers de moi. Votre appui a été un moteur tout au long de mes études et cela me touche énormément. Et ma grande sœur! Tu as été un modèle pour moi. Dès notre enfance, tu as fait la différence en m'apprenant avec patience et générosité ce qu'était la persévérance dans les études. Aujourd'hui, je suis une femme accomplie professionnellement et c'est en partie grâce à toi. Je t'en serai toujours reconnaissante. Merci à toi aussi Réjean pour ton support que je sentais sincère. Un énorme merci à Tristan et Félicia, mes petits amours. Vous êtes encore trop jeunes pour le réaliser, mais vous m'avez tellement aidée à décrocher quand j'en avais besoin! Vous me remplissez de joie.

Un merci bien spécial à ma directrice de recherche et superviseuse clinique Catherine Bégin. Tu as joué un rôle important pour moi tout au long de ce doctorat. D'abord, je tiens à te remercier de m'avoir accueillie au sein de ton équipe, il y a de cela déjà quatre ans. Quelle joie et quel honneur c'était pour moi d'en faire partie! Merci pour ton encadrement et ton implication tout au long de la réalisation de mon doctorat. J'ai toujours senti que tu

étais présente et disponible malgré ta vie qui roule à cent milles à l'heure. Un merci particulier pour m'avoir permis de choisir ce nouveau sujet de recherche, merci pour cette ouverture et pour cette considération que tu avais envers moi et mes intérêts. J'ai découvert en toi un mentor, une femme inspirante. Tu as aussi été celle qui m'a permis de repousser mes limites toujours plus loin. J'ai beaucoup appris de moi-même à travers cela. Je tiens aussi à remercier Marie-Pierre Gagnon-Girouard. Tu as été ma première superviseuse clinique, celle qui m'a accueillie avec générosité et ouverture alors que j'étais débutante et intimidée par ce nouvel univers. Merci également pour ta généreuse implication dans la réalisation de mon mémoire doctoral.

Je remercie Stéphane Sabourin d'avoir accepté de siéger à mon comité d'encadrement et de m'avoir accompagnée un an comme superviseur clinique. Vos conseils et votre expertise ont été une riche source d'inspiration.

Également, un sincère merci à Olivier Turcotte pour ton aide précieuse dans la réalisation du recrutement et des analyses statistiques. Tu as été patient et généreux de ton temps et je t'en suis sincèrement reconnaissante.

Je remercie également mes participants pour leur implication généreuse et bénévole, sans qui le projet n'aurait pu être aussi clinique et complet.

Un doctorat sans amis avec qui déconner ou ventiler, c'est comme écrire un mémoire doctoral rapidement et efficacement, ça ne se peut juste pas! D'abord, ma *gang* de PI-II : Amilie, Alexe, Joanie et Béatrice. Qu'aurait été la première année sans vous? Je garde en tête la quantité incroyable de fous rires et la complicité qu'on a partagée, mais aussi le soutien et l'écoute qu'on s'est offerts les unes pour les autres. Également, je tiens à remercier les filles du quatuor des *labos' girls*, ou communément aujourd'hui appelées *les quatre mousquetonnes* : Marilou, Mélodie et Katrine. Vous avez aussi été tellement importantes pour moi! Je garde en tête nos traditionnels soupers de session qui nous permettaient de réaliser à quel point nous partageons la même expérience. Vous m'avez

aidée à ne pas me sentir seule dans ce périple. Je remercie également chaleureusement mes amies d'enfance. Merci de vous être intéressé à ce que je faisais même si, avec raison, cela vous est sûrement souvent paru mélangeant et interminable. Vous m'avez aidée à décrocher de l'université quand j'en avais besoin, et pour cela, merci. Un merci spécial à Lisa-Marie, pour ton amitié et ta sensibilité qui fait écho à la mienne.

Un merci plein de sincérité à Janique Langevin. Ces « racoins » personnels dont je parlais plus haut, tu m'as aidée à les regarder en face, les visiter en douceur et à en apprivoiser certains. Merci.

Je termine en te remerciant, Olivier, mon amour. Tu es le dernier à avoir croisé ma route durant ce périple académique, mais celui avec qui je continue cette route pour tout le reste. Quelle chance j'ai eu de t'avoir à mes côtés dans la dernière année. Merci pour ta patience et ta compréhension de ma réalité, ton humour, ton support et ton écoute, et merci pour ton pragmatisme qui compensait parfois ma sensibilité et m'aidait à « revenir sur terre » (je souris). Je t'aime, et merci de m'aimer à ton tour comme tu le fais si bien.

Avant-propos

Isabelle Labrecque a réalisé la conception et l'écriture de ce projet de mémoire doctoral, a effectué les analyses statistiques et interprété les résultats issus de ces analyses avec l'étroite collaboration de Catherine Bégin, Ph.D., directrice du présent mémoire et professeure titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval, ainsi qu'avec la collaboration de Marie-Pierre Gagnon-Girouard, psychologue. Hélène Paradis a contribué à la réalisation des analyses statistiques.

Introduction générale

La dysmorphie musculaire (DM) est un trouble mental récent auquel les chercheurs s'intéressent depuis environ une vingtaine d'années. Bien qu'un intérêt grandissant pour mieux comprendre ce trouble puisse être observé au sein de la littérature scientifique, se reflétant notamment par une augmentation des écrits scientifiques sur le sujet, les connaissances restent à ce jour relativement limitées et se doivent d'être approfondies.

La DM se caractérise principalement par une préoccupation excessive concernant la crainte d'être insuffisamment mince et musclé. Cette préoccupation vis-à-vis sa propre musculature est, dans la plupart des cas, reliée à l'adoption de certains comportements tels l'activité physique excessive et le calcul de la diète alimentaire. La rigidité, le contrôle et un sentiment d'anxiété ressenti lorsque la personne déroge de ces habitudes sont des composantes centrales du trouble.

L'introduction générale vise d'abord à présenter la DM en dressant un portrait de la littérature scientifique s'étant intéressée aux préoccupations corporelles masculines générales afin de mettre en contexte la problématique. Par la suite, une revue de littérature portant spécifiquement sur la DM est présentée afin de mieux comprendre le trouble et ses manifestations cliniques. Une attention particulière est accordée aux écrits appuyant la DM comme s'apparentant aux troubles des conduites alimentaires (TCA). Finalement, les objectifs visés dans le cadre du présent mémoire doctoral sont présentés ainsi que les hypothèses y étant reliées.

Préoccupations corporelles masculines

Au sein de la société occidentale actuelle, des messages concernant le poids, la silhouette et l'alimentation sont omniprésents et des préoccupations importantes en découlent chez plusieurs individus. Traditionnellement, ces préoccupations de nature corporelle et alimentaire ont majoritairement été associées aux femmes (Thompson & Cafri, 2007; Tiggemann, 2004). Toutefois, il est maintenant clair que ces problématiques touchent également les hommes (Thompson & Cafri, 2007; Tiggemann, 2004). En effet,

des études récentes suggèrent que les hommes font aujourd'hui également face à d'importantes pressions sociales orientées vers l'apparence physique (Smolak, Murnen, & Thompson, 2005; Stanford & McCabe, 2005), pouvant ainsi expliquer l'augmentation des préoccupations corporelles chez la population masculine. Dans une méta-analyse abordant l'effet des médias sur les préoccupations corporelles des hommes, Barlett, Vowels et Saucier (2008) rapportent que les messages médiatiques orientés vers le corps et l'apparence physique retrouvés dans les magazines, les publicités commerciales ou les figurines d'action ont un impact négatif significatif sur la satisfaction corporelle des hommes, leur l'estime de soi et l'adoption de certains comportements, tel l'exercice physique excessif. De plus, on constate, depuis une vingtaine d'années, une augmentation considérable des magazines destinés aux hommes (par ex. : « Men's Health Magazine »), ainsi qu'un changement des thèmes centraux abordés dans ces magazines, passant de sujets orientés vers des activités typiquement masculines (par ex. : chasse, pêche, voitures) à des thèmes davantage axés sur la poursuite d'une identité masculine notamment caractérisés par des aspects de performance (Alexander, 2006). Une analyse de contenu des magazines pour hommes précise d'ailleurs que les principaux thèmes retrouvés dans ces magazines sont la forme physique (développement de la masse musculaire et amélioration de la silhouette), la perte de poids (perdre de la masse adipeuse), la nutrition ou les régimes, la santé et finalement la sexualité. Plusieurs auteurs ont par ailleurs démontré que le corps masculin illustré dans les divers médias est présenté de façon plus idéalisée, c'est-à-dire plus musclé et soigné et est également davantage dévoilé qu'auparavant (Hatoum & Belle, 2004; Labre, 2005; Leit, Pope, & Gray, 2001).

Conséquemment, les hommes se disent de plus en plus souvent insatisfaits de leur apparence physique (Jones & Morgan, 2010; Olivardia, Pope, Borowiecki, & Cohane, 2004). Une étude effectuée sur plus de 25 ans auprès de la population générale rapporte que 43 % des hommes en 1996 se disaient insatisfaits de leur apparence, comparativement à seulement 15 % en 1972 (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). Par ailleurs, l'Enquête sociale et de santé de 1998 menée auprès de 5825 Québécoises et Québécois âgés de 15 ans et plus fait ressortir que 34 % des hommes rapportent vouloir perdre du poids. Les résultats du sondage démontrent également que certains hommes sont

plutôt préoccupés par un désir de prendre du poids (prendre de la masse musculaire), principalement chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans dans une proportion de 20 %, comparativement à seulement 2,5 % chez les femmes, toutes catégories d'âge confondues (Ledoux & Rivard, 2000). Ainsi, les préoccupations corporelles des hommes, comparativement aux femmes, semblent se concentrer à la fois sur la perte de poids et la prise de poids. McCreary, Saucier et Courtenay (2005) illustrent aussi la différence entre les genres dans leurs échantillons non-cliniques composés de 343 femmes et 157 hommes canadiens âgés en moyenne de 20 ans. Leurs résultats font ressortir que 17 % des hommes et seulement 1 % des femmes adoptent des comportements dans le but de prendre du poids, alors que 10 % des hommes et 28 % des femmes font actuellement une diète pour perdre du poids. En plus de démontrer la double préoccupation des hommes, cette étude démontre qu'un pourcentage considérable d'hommes se montre suffisamment insatisfait pour s'engager dans des comportements visant à modifier leur silhouette.

Bien que la plupart des hommes et des femmes préoccupés par leur poids et leur silhouette ne présentent pas de comportements pathologiques en soi, certains toutefois s'engageront dans des attitudes et des comportements rigides et envahissants qui, ultimement, pourront mener au développement d'un trouble des conduites alimentaires (TCA). L'anorexie (*anorexia nervosa*, AN) et la boulimie (*boulimia nervosa*, BN) représentent notamment deux des principaux troubles de cette catégorie (American Psychiatric Association [APA], 2000). De façon générale, les TCA se caractérisent par une préoccupation excessive vis-à-vis du poids, de la silhouette et de l'alimentation, ainsi que par une influence excessive du poids sur l'estime de soi. Ces troubles sont associés à des complications physiques, à de la souffrance psychologique, ainsi qu'à des difficultés relationnelles (APA, 2013; Beumont, 2002). L'AN serait présente chez 0,4 % de la population générale, alors que la prévalence de la BN se situe entre 1 et 1,5 % (APA, 2013).

Il semble que les femmes soient plus nombreuses à souffrir d'un TCA que les hommes. En effet, la plupart des études effectuées jusqu'à maintenant s'entendent pour dire que la clientèle masculine souffrant de TCA compte pour environ 10 % des cas d'AN et de BN

(APA, 2013; Jones & Morgan, 2010; Striegel-Moore, Franko, & Ach, 2006). Or, bien que les TCA soient plus fréquents chez les femmes et qu'il ait été démontré au sein de la littérature scientifique que les femmes présentent plus de préoccupations par rapport à leurs poids, leur silhouette et leur alimentation que les hommes, il est possible de croire que ceux-ci souffrent également de ces types de préoccupations (Barlett et al., 2008; Olivardia et al., 2004; Stanford & McCabe, 2005), même davantage que ce que les résultats des études empiriques peuvent laisser croire. En effet, il semble que les hommes soient moins enclins à reconnaître les symptômes associés à un TCA (Morgan & Arcelus, 2009) et à demander de l'aide pour des problèmes alimentaires que les femmes (Olivardia, Pope, Mangweth, & Hudson, 1995), contribuant ainsi à l'idée selon laquelle les hommes sont en quelque sorte immunisés contre les problématiques de poids et d'alimentation (Thompson & Cafri, 2007).

Dans une revue de littérature sur les TCA chez les hommes, Jones et Morgan (2010) montrent que les hommes sont davantage concernés par la recherche d'un faible pourcentage de gras et d'un haut pourcentage de muscles, ainsi que par le développement de la force physique plutôt que la recherche de la minceur en général. Ces résultats corroborent ceux de Ledoux et Rivard (2000) et de McCreary et ses collègues (2005) rapportés ci-haut, justifiant ainsi pourquoi les hommes sont à la fois préoccupés par un désir de perte de poids (masse adipeuse) et de prise de poids (masse musculaire). Selon Jones et Morgan (2010), l'exercice physique est le principal moyen utilisé par les hommes pour atteindre ces objectifs. De plus, les hommes rapportent plus d'insatisfaction corporelle par rapport à la grosseur de leurs muscles et à leur silhouette, tandis que l'insatisfaction corporelle des femmes est plutôt influencée par le poids et l'aspect de minceur.

Ainsi, comme la littérature s'est surtout intéressée aux préoccupations corporelles et alimentaires sous l'angle de la minceur, il apparaît primordial de s'attarder aux préoccupations plus typiquement masculines axées sur la musculation afin de dresser un portrait réaliste et adapté à leur réalité.

La muscularité : au cœur des préoccupations corporelles masculines

La muscularité a fréquemment été relevée dans la littérature comme étant un aspect central de l'image corporelle des hommes (Cafri et al., 2005; Cohane & Pope, 2001; Filiault, 2007; Jones, Bain, & King, 2008; Olivardia et al., 2004). Plusieurs écrits ont d'ailleurs démontré l'importance accordée à l'aspect musculaire chez les populations d'hommes adolescents (par ex. : Jones et al., 2008; McCreary & Sasse, 2000, 2002; Ricciardelli & McCabe, 2007) et adultes (par ex. : Fisher, Dunn, & Thompson, 2002; Harrison, Taylor, & Marske, 2006; Jacobi & Cash, 1994; Lavine, Sweeney, & Wagner, 1999). Ainsi, le standard social idéal pour les hommes apparaît être celui d'un corps musclé et dépourvu de gras (Pope, Phillips, & Olivardia, 2000). En d'autres mots, le message social véhiculé aux hommes concernant leur apparence physique peut se résumer ainsi; soyez gros, mais gros de muscles seulement. Le taux de préoccupations vis-à-vis du tonus musculaire rapporté par les hommes a d'ailleurs augmenté drastiquement au cours des dernières décennies, passant de 25 à 45 % entre 1972 et 1996 (Thompson et al., 1999). Par ailleurs, la littérature fait ressortir que, contrairement aux femmes, les hommes auraient tendance à se percevoir comme étant plus petits et minces qu'ils ne le sont en réalité (Cohane & Pope, 2001; Cohn & Adler, 1992; Pope et al., 2000).

De plus, la nature des stimuli sociaux orientés vers l'apparence physique des hommes s'est modifiée au fil du temps. Certaines études ont démontré que parmi les jouets pour enfants, les figurines d'action sont devenues de plus en plus athlétiques et musclées depuis les 20 dernières années (Leit et al., 2001; Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiecki, 1999). Ce standard corporel idéalisé correspond à une silhouette mésomorphique, caractérisée par un visage carré, une masse musculaire développée, pas ou peu de tissus adipeux, une silhouette musclée et des épaules plus larges que le bassin (Abell & Richards, 1996; Barlett et al., 2008; Parks & Read, 1997). Les hommes sélectionnent d'ailleurs plus souvent ce type de silhouette comme correspondant à leur idéal corporel, en comparaison à une silhouette mince et longiligne ou grassouillette (Olivardia et al., 2004; Pope et al., 2000).

Certaines études ont également démontré l'influence de l'exposition à des images d'hommes musclés sur la perception qu'ont les hommes de leur propre corps (Lavine et

al., 1999; Leit, Gray, & Pope, 2002). Par exemple, une étude consistait à exposer deux groupes d'hommes âgés en moyenne de 19 ans à des publicités de nature différente par ordinateur, soit un premier groupe exposé à des images d'hommes musclés et un deuxième groupe exposé à des images non axées sur le corps, considérées comme neutres. Les résultats démontrent un écart significativement plus grand chez le groupe d'hommes exposé à des images d'hommes musclés entre la perception qu'ils ont de leur musculature et celle qu'ils voudraient avoir idéalement (Leit et al., 2002). L'exposition de plus en plus importante à des stimuli sociaux orientés vers la musculature, ainsi que l'impact de cette exposition sur la perception que les hommes ont d'eux-mêmes mènent à se questionner sur les raisons de l'importance de la masse musculaire chez cette population.

Il semblerait qu'un corps musclé soit surtout un moyen d'exprimer sa masculinité (Baghurst & Kissinger, 2009; McCreary et al., 2005; Olivardia, 2007). Pope et ses collègues (2000) ajoutent que dans les sociétés où les femmes sont maintenant égales aux hommes dans des domaines autrefois typiquement masculins, la musculature est maintenant le seul moyen pour les hommes de se distinguer des femmes et d'exprimer ainsi leur masculinité. D'ailleurs, une étude menée par McCreary et ses collègues (2005) auprès de 527 hommes âgés en moyenne de 20 ans a démontré que les hommes ont tendance à percevoir les individus musclés comme plus masculins et se sentent eux-mêmes plus masculins lorsqu'ils sont musclés. Certains auteurs ont même démontré qu'une forte musculature symbolise pour les hommes le pouvoir, la domination, la force, la virilité (Mishking, Rodin, Silberstein, & Striegel-Moore, 2000; Pope et al., 2000) et qu'ainsi, l'investissement de la musculature permettrait en quelque sorte de compenser pour un sentiment de manque de contrôle interne face à l'une ou plusieurs de ces caractéristiques (pouvoir, domination, force, virilité) (Olivardia, 2007).

La musculation semble donc prendre une importance marquée dans la définition de l'identité des hommes. Malheureusement, les pressions sociales auxquelles les hommes sont exposés ainsi que l'augmentation du besoin de musculation et l'insatisfaction corporelle qui s'y rattachent peuvent devenir excessives, occasionner de sérieuses

conséquences et ainsi être reliées au développement d'un trouble appelé dysmorphie musculaire (DM).

Description de la problématique

Symptomatologie de la DM

La DM, également appelée bigorexie, complexe d'Adonis (Pope et al., 2000) ou AN inversée (Pope, Katz, & Hudson, 1993) est caractérisée par une préoccupation excessive vis-à-vis sa propre musculature. Celle-ci se traduit principalement par un désir intense de prendre de la masse musculaire sans gain en masse adipeuse (Jones & Morgan, 2010). Cette préoccupation par rapport à sa propre musculature s'accompagne de composantes perceptuelles, affectives et comportementales interférant avec les activités du quotidien. La section qui suit définit ces composantes, tout en apportant un éclairage sur la classification diagnostique de la problématique.

Bien que, dans les écrits scientifiques, plusieurs auteurs utilisaient un vocabulaire laissant sous-entendre que la DM était un trouble psychiatrique à part entière dont le diagnostic officiel était existant (par ex. : trouble psychiatrique, critères diagnostiques de la DM), la DM n'était pas considérée comme tel dans les anciennes versions du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Toutefois, la nouvelle version du DSM, soit le DSM-5 (APA, 2013) fait mention de la problématique pour la toute première fois, en l'incluant comme spécificateur du diagnostic de peur d'une dysmorphie corporelle, trouble appartenant antérieurement à la catégorie des troubles somatoformes et maintenant inscrit dans la section des troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles connexes (APA, 2013). Ainsi, on peut constater un intérêt certain pour la DM au sein de la communauté scientifique et une progression quant à la place de la problématique à l'intérieur du système de classification diagnostique des troubles mentaux. D'ailleurs, une récente revue de la littérature s'intéressant à l'inclusion potentielle de la DM dans le DSM-5 (APA, 2013) confirme que la problématique rencontre certains des critères proposés par Blashfield, Sprock et Fuller (1990) afin de déterminer l'inclusion ou l'exclusion d'un nouveau trouble dans l'ouvrage, soit une littérature scientifique assez vaste depuis les 10 dernières années, des critères diagnostiques opérationnalisés et des instruments de mesure valides pour les évaluer. Toutefois, les auteurs concluent qu'il existe encore certaines lacunes au sein de la

littérature, notamment concernant le manque d'études appuyant la validité, la fiabilité ainsi que l'exclusivité du diagnostic (Nieuwoudt, Zhou, Coutts, & Booker, 2012).

Bien que la DM n'apparaisse toujours pas dans le DSM-5 comme un trouble mental à part entière, mais plutôt comme un spécificateur possible de la dysmorphie corporelle, Pope et al. (1997) avaient néanmoins préalablement défini les critères diagnostiques de la problématique, tels que présentés dans le Tableau 1. Ces critères ont été définis sur la base d'études scientifiques menées auprès de populations d'hommes pratiquant la musculation en salle ou le culturisme, au sein desquelles des parallèles ont d'abord été dressés entre la DM et l'AN (Pope et al., 1993) puis entre la DM et la peur d'une dysmorphie corporelle (Blouin & Goldfield, 1995; Pope & Katz, 1994). Finalement, dans leur article de 1997, Pope et al. ont proposé une série de critères diagnostiques sur la base de leurs observations, ces derniers étant inspirés des critères déjà existants d'une peur d'une dysmorphie corporelle. Ces critères proposent que les individus atteints de ce trouble soient *préoccupés par l'idée que leur corps soit insuffisamment mince et musclé* (critère A), malgré qu'ils présentent en réalité une musculature souvent plus développée que la moyenne des gens (Olivardia, 2001). Chez plusieurs, on remarque une distorsion dans la perception de l'image corporelle, c'est-à-dire qu'ils croient fermement qu'ils sont plus petits qu'ils ne le sont en réalité (Grieve, Truba, & Bowersox, 2009; Olivardia, 2007). Le degré de conscience de cette distorsion de l'image corporelle peut varier. Selon Olivardia, Pope et Hudson (2000), la moitié des individus atteints de DM présentent une conscience pauvre à passable de l'inexactitude de la perception qu'ils ont de leur propre corps, c'est-à-dire qu'ils ont faiblement conscience du caractère distordu de leur perception corporelle, et 8 % seraient totalement convaincus qu'ils sont réellement plus petits qu'ils ne le sont en réalité. De plus, ces préoccupations corporelles peuvent s'accompagner d'un *abandon des activités sociales, professionnelles ou récréatives en réponse à un besoin compulsif de maintenir la routine stricte d'activité physique et/ou alimentaire* (critères B1). En effet, les personnes souffrant de DM peuvent fréquemment abandonner leurs activités afin de prioriser le maintien de leur routine, évitant ainsi d'être en contact avec l'anxiété et les émotions négatives associées à la dérogation de la routine. Une personne atteinte de DM peut, par exemple, refuser de manger au restaurant puisqu'elle ne connaît pas le nombre exact de

calories contenues dans son repas (Olivardia, 2001). Qui plus est, certains individus atteints de DM *peuvent éviter les situations dans lesquelles leur corps risque d'être exposé ou affrontent celles-ci avec beaucoup de détresse ou d'anxiété* (critère B2). Ils peuvent, par exemple, enfiler plusieurs épaisseurs de vêtements pour éviter de montrer leur corps ou bien éviter de se changer devant les autres dans un vestiaire par honte de leur propre corps (Olivardia, 2001).

Tableau 1

Critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire

-
- (A) Préoccupation concernant l'idée que leur corps soit insuffisamment mince et musclé
 - (B)
 - (1) Abandons fréquents des activités sociales, professionnelles ou récréatives en réponse à un besoin compulsif de maintenir la routine stricte d'activité physique et/ou alimentaire
 - (2) Évitement des situations dans lesquelles le corps risque d'être exposé ou ces situations sont vécues avec beaucoup de détresse ou d'anxiété
 - (3) Les préoccupations corporelles sont accompagnées d'une détresse cliniquement significative et/ou d'un dysfonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement
 - (4) Maintien des habitudes au niveau de l'activité physique, de l'alimentation et/ou de la prise de substances pour améliorer la performance en dépit des conséquences physiques ou psychologiques qui y sont associées
 - (C) Les préoccupations et comportements sont orientés vers une peur de devenir trop petit ou d'être insuffisamment musclé et non vers une peur de prendre du poids (anorexie) ou orientés vers un autre aspect de l'apparence physique (peur d'une dysmorphie corporelle)
-

Note. Les critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire sont tirés de Pope et al. en 1997.

De plus, afin de gérer l'anxiété générée par leurs préoccupations corporelles, les personnes souffrant de DM peuvent passer beaucoup de temps à se regarder dans le miroir ou dans toutes autres surfaces miroitantes (*body checking*) (Grieve et al., 2009; Leone, Sedory, & Gray, 2005; Walker, Anderson, & Hildebrandt, 2009). Olivardia et ses collègues (2000) soulignent que les hommes atteints de DM rapportent se regarder dans un miroir en moyenne 9,2 fois par jour, en comparaison à 3,4 fois pour les individus ne souffrant pas de

DM. Ces comportements traduisent une recherche de sources externes de validation ou d'invalidation face à un sentiment d'être trop petit ou insuffisamment musclé (Olivardia, 2007). Conséquemment à l'ensemble des caractéristiques cliniques présentées, *les préoccupations corporelles s'accompagnent généralement d'une détresse cliniquement significative et/ou d'un dysfonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement* (critère B3). De plus, ce trouble peut se caractériser par un *maintien des habitudes au niveau de l'activité physique et de l'alimentation, en dépit des conséquences physiques ou psychologiques qui y sont associées* (critère B4). Ces conséquences seront discutées plus loin. Finalement, les *préoccupations et comportements sont orientés vers une peur de devenir trop petit ou d'être insuffisamment musclé* et non vers une peur de prendre du poids ou orientés vers un autre aspect de l'apparence physique (critère C) (Pope et al., 1997). Afin de répondre aux critères diagnostiques proposés par Pope et ses collègues (1997), ces mêmes auteurs proposent que l'individu doit présenter le critère A, deux des quatre critères B, ainsi que le critère C, celui-ci étant le critère différentiel par rapport à d'autres troubles présentant des similarités au niveau de la présentation clinique. À notre connaissance, aucune étude n'a été effectuée pour valider ces critères.

Dans leur étude, Olivardia et ses collègues (2000) illustrent le caractère rigide, envahissant et compulsif de la maladie en comparant un groupe de 24 hommes souffrant de DM avec un groupe contrôle de 30 hommes s'entraînant dans un centre de conditionnement physique, mais ne présentant pas de symptômes de la DM. Les résultats sont révélateurs : 50 % des individus de l'échantillon clinique ont rapporté passer plus de cinq heures par jour à penser au fait qu'ils sont trop petits, insuffisamment musclés ou qu'ils doivent se muscler davantage (critère A), comparativement à 40 minutes pour les individus du second échantillon. De plus, 58 % de l'échantillon clinique ont mentionné éviter de façon modérée à sévère des activités, des endroits ou des personnes en raison de la perception négative qu'ils ont de leur corps (Critère B2) et 54 % ont rapporté avoir peu ou pas de contrôle sur leurs habitudes d'activité physique et leur diète alimentaire (critère B1).

Mesure de la DM

La plupart des auteurs s'intéressant à la DM évaluent la problématique en utilisant des mesures auto-rapportées, dont un score continu mesuré via une échelle de type Likert permettant d'évaluer la sévérité des symptômes de la DM. Plusieurs instruments, certains n'ayant pas été validés empiriquement, ont récemment été développés afin de mesurer les symptômes de la DM, notamment le Muscle Dysmorphia Symptom Questionnaire (MDSQ; Olivardia et al., 2000), le Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS; Mayville, Williamson, White, Netemeyer, & Drab, 2002) et le Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI; Hildebrandt, Langenbucher, & Schlundt, 2004). Pour la plupart de ces instruments, la somme des scores de chacune des sous-échelles est calculée et un score total élevé représente un niveau élevé de caractéristiques associées à la DM (Lantz, Rhea, & Cornelius, 2002; Rhea, Lantz, & Cornelius, 2004; Short, 2005). Certaines critiques ressortent de la littérature quant à la mesure de la DM, principalement en ce qui a trait à son évaluation. Tod et Lavalée (2010) soulignent dans une revue de la littérature que la plupart des études s'intéressant à la DM utilisent des mesures auto-rapportées de la DM dont l'absence d'un seuil clinique déterminé ne permet pas d'évaluer clairement dans quelle mesure l'individu présente ou non un niveau clinique de DM (Nieuwoudt et al., 2012; Tod & Lavalée, 2010). D'ailleurs, Tod et Lavalée (2010) rapportent que seulement 15 % des études s'intéressant à la DM ont recours à un échantillon clinique d'individus répondant réellement aux critères de la DM tels que proposés par Pope, concluant ainsi que la plupart des études sur la problématique sont menées auprès d'individus présentant un niveau sous-clinique de DM. Considérant également que les échantillons cliniques des études sur la DM sont constitués de petits échantillons d'en moyenne 19 individus, la généralisation possible des études sur la DM reste à être démontrée (Tod & Lavalée, 2010). Ainsi, à la lumière de ces constats et dans l'optique d'approfondir notre compréhension de la DM, il s'avère fort pertinent de mettre sur pied une entrevue diagnostique basée sur les critères de Pope et ses collègues (1997), et de procéder à une validation préliminaire d'une telle entrevue. C'est d'ailleurs le premier objectif du présent mémoire.

Prévalence

Bien que quelques rares cas de DM chez des femmes aient été répertoriés (Gruber &

Pope, 1999; Leone, 2009), la DM est un trouble principalement masculin (Chung, 2001; Murray, Rieger, Touyz, & de la Garza García, 2010; Pope et al., 1997, 2000). Pour cette raison, la DM est habituellement étudiée auprès des hommes. Compte tenu de la nature de la problématique, on retrouve principalement les personnes atteintes de ce trouble chez les populations de culturistes, d'individus pratiquant l'entraînement en salle et chez les athlètes. Par ailleurs, l'âge moyen de l'apparition de la maladie est estimé à 19,5 ans (Olivardia, 2001; Tod & Lavallee, 2010). La prévalence exacte des personnes atteintes reste actuellement inconnue (Grieve, 2007; Murray et al., 2010; Parent, 2013), mais serait en augmentation (Leone et al., 2005). Toutefois, Olivardia (2001) estime à 5 % le nombre d'individus pratiquant l'entraînement en salle atteints de la maladie, tandis que le pourcentage augmenterait à 10 % chez la population culturiste (Pope & Katz, 1994). Considérant les similarités entre la DM et l'AN, Grieve et al. (2009) estiment que le taux de prévalence de la DM dans la population générale pourrait être semblable au taux de prévalence de l'AN, soit 0,4 % (APA, 2013).

Conséquences

Considérant le caractère rigide et envahissant des symptômes de la DM, plusieurs conséquences négatives y sont associées et ont été documentées.

Conséquences sociales, professionnelles et récréatives

Le caractère rigide et compulsif des habitudes au niveau de l'activité physique et de l'alimentation interfère souvent avec les activités sociales des individus qui en souffrent (Pope et al., 1997). En effet, ceux-ci sont préoccupés par le développement ou la perte éventuelle de leur masse musculaire à un point tel que la seule idée de manquer une séance d'entraînement ou de devoir modifier leur diète génère chez eux beaucoup d'anxiété. De ce fait, il est fréquemment rapporté dans la littérature que les personnes atteintes refusent des événements sociaux d'ordre familial, professionnel ou récréatif, ce qui peut mener à des conséquences importantes, telle la perte d'un emploi, l'abandon des études ou la perte de relations sociales importantes (par ex. : une relation amoureuse) (Mosley, 2009; Olivardia, 2001; Olivardia et al., 2000). Sur le plan amoureux par exemple, l'image corporelle

négative qu'ils ont d'eux-mêmes peut provoquer chez certains un évitement des relations sexuelles ou générer de l'anxiété durant celles-ci (Olivardia, 2001).

Conséquences psychologiques

Des sentiments de gêne, de honte et d'anxiété sont fréquemment relevés dans la littérature comme étant associés aux symptômes de la maladie (Grieve et al., 2009; Mosley, 2009; Olivardia et al., 2000; Olivardia, 2001; Pope et al., 1997). La DM est également reliée à l'occurrence de troubles de l'humeur (Chung, 2001; Maida & Armstrong, 2005; Olivardia et al., 2000; Olivardia, 2001), de trouble anxieux (Cafri, Olivardia, & Thompson, 2008; Maida & Armstrong, 2005; Olivardia, 2001) et d'abus de substances. Plus spécifiquement, les stéroïdes anabolisants sont les substances les plus fréquemment associées au comportement d'abus de substances auprès de cette population (Grieve et al., 2009; Olivardia et al., 2000; Olivardia, 2007; Pope et al., 1997). Cette drogue, constituée d'hormones masculines de testostérone, est utilisée dans le but d'augmenter plus rapidement et efficacement la masse musculaire. L'utilisation de stéroïdes anabolisants est associée à plusieurs conséquences physiques (hypertension, troubles cardio-vasculaires et dysfonctions érectiles) et psychologiques (troubles de l'humeur, agressivité, paranoïa et épisodes psychotiques) importantes (Goldberg & Elliot, 2007; Grieve et al., 2009; Irving, Wall, Neumark-Sztainer, & Story, 2002; Mosley, 2009; Pope & Katz, 1994) et serait associée à une faible estime de soi (Irving et al., 2002). Olivardia (2001) propose que la DM puisse être un facteur de risque important de la prise de stéroïdes. Une étude menée par Olivardia et ses collègues (2000) auprès d'hommes pratiquant l'entraînement en salle a d'ailleurs clairement démontré le lien entre la maladie et la prise de cette substance. Les résultats démontrent que 46 % des 24 hommes de l'échantillon souffrant de DM ont rapporté consommer ou avoir déjà consommé cette substance, comparativement à seulement 7 % pour l'échantillon contrôle. Toujours selon cette étude, parmi les hommes ayant rapporté avoir déjà consommé des stéroïdes anabolisants, 73% rapportent avoir développé la DM avant la consommation de stéroïdes anabolisants. Ces données sont toutefois auto-rapportées et ne proviennent pas d'une étude à devis longitudinal.

Conséquences physiques

En plus des conséquences physiques reliées à la prise de stéroïdes anabolisants, l'activité physique pratiquée de façon quotidienne et intense et l'incapacité de déroger de cette routine peuvent mener à long terme à des blessures physiques importantes (Olivardia, 2001), telles que des fractures, des déchirures ligamentaires, des hernies ou un endommagement des articulations (Pope et al., 1997). Parent (2013) décrit ces conséquences physiques à l'intérieur d'un trouble appelé *syndrome de surentrainement*. L'auteur définit cette condition comme étant une période prolongée d'entraînement physique en l'absence d'une période adéquate de récupération qui, ultimement, mène au développement de plusieurs conséquences physiques. Le syndrome de surentrainement serait une conséquence des troubles de l'image corporelle dont l'objet de la préoccupation est la musculature.

Conséquences financières

Les frais reliés à la consommation de suppléments alimentaires ou de stéroïdes représentent une conséquence significative du trouble (Mosley, 2009; Pope et al., 1997). En effet, ces frais peuvent se chiffrer jusqu'à plusieurs centaines de dollars par mois et provoquer une diminution du niveau de vie habituel en raison de ces dépenses (Pope et al., 1997).

Facteurs de risque

Tel que mentionné précédemment, l'exposition à des médias faisant la promotion d'un modèle corporel idéalisé a été soulevée dans la littérature comme ayant un impact négatif sur la satisfaction corporelle des hommes (Agliata & Tantleff-Dunn, 2004; Baird & Grieve, 2006; Barlett et al., 2008). Toutefois, puisque tous les hommes sont en quelque sorte exposés à ces pressions sociales, d'autres facteurs de risque en interaction avec l'environnement social et plus spécifiques à la DM doivent être pris en compte dans l'exploration des causes possibles de la problématique. Bien que peu d'écrits aient été rapportés concernant les diverses causes de la DM (Olivardia, 2007), la section suivante dresse le portrait des variables ayant été identifiées comme pouvant contribuer au développement de la maladie (Grieve et al., 2009).

Facteurs biologiques/génétiques

Les facteurs biologiques impliqués dans le développement de la DM ont été très peu documentés à ce jour. En fait, bien que certains auteurs présupposent une ressemblance génétique possible avec des troubles considérés comme appartenant à la même famille, tels les TCA et les troubles obsessionnels-compulsifs (par ex. : McElroy, Phillips, & Keck, 1994), aucune étude empirique permettant d'en savoir davantage sur le rôle des marqueurs biogénétiques dans la DM n'a été menée, à notre connaissance.

Facteurs socio-environnementaux

La participation à des sports où l'augmentation de la masse musculaire est considérée comme un facteur de performance (par ex. : culturisme, football) est reliée au développement de la DM (Baum, 2006; Grieve, 2007; Leone et al., 2005). Grieve (2007) précise que, au même titre qu'une diète ne mène pas directement au développement d'un TCA, mais constitue un facteur de risque important, la participation à un sport où la masse musculaire est valorisée augmente les risques de développer la DM, sans toutefois mener au développement du trouble dans tous les cas. De plus, Haase, Prapavessis et Owens (2002) mentionnent que, pour les athlètes, la pression de performance spécifiquement reliée au monde du sport s'ajoute à la pression sociale orientée vers la silhouette et l'apparence physique à laquelle tous les hommes sont exposés, ce qui rend cette population d'autant plus à risque. Également, les athlètes présenteraient des caractéristiques psychologiques considérées comme des facteurs de risques psychologiques de la DM, soit un haut niveau de compétitivité, un besoin élevé de contrôle et une tendance au perfectionnisme (Grieve, 2007).

Le fait d'avoir eu un *surplus de poids ou un sous-poids dans le passé et d'avoir été victime d'intimidation* à ce sujet représente également un facteur de risque important de l'insatisfaction corporelle d'une part (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Haines, & Wall, 2006; Pope et al., 2000; van den Berg et al., 2007) et du développement des symptômes de la DM d'autre part (Boyda & Shelvin, 2011; Olivardia, 2001; Pope et al., 2000; Wolke & Sapouna, 2008). L'intimidation reliée au corps peut mener les individus qui en sont

victimes à accorder beaucoup d'attention à leur apparence physique dans le but de diminuer le harcèlement vécu (Olivardia, 2001).

Facteurs individuels

Tel que déjà mentionné, l'*insatisfaction corporelle* est une variable proximale de la DM et apparaît être le facteur de risque le plus important et le plus directement relié au développement de la maladie (Grieve, 2007; Henson, 2004; Tod & Lavalley, 2010). Que ce soit face à un désir de prendre du poids en raison d'un sous-poids ou plutôt face à un désir de perdre du poids en raison d'un surplus de poids ou d'une obésité, les hommes insatisfaits de leur corps présenteraient dans tous les cas un désir de développer leur masse musculaire (Pope et al., 2001). En fait, plus l'écart entre l'idéal corporel d'un individu et sa perception actuelle de lui-même est grand, plus il se sentira insatisfait de son corps et davantage il ressentira le besoin d'utiliser des moyens, parfois excessifs, pour se rapprocher de cet idéal corporel, augmentant ainsi ses chances de développer la DM (Grieve, 2007). Les résultats de l'étude d'Olivardia et ses collègues (2000) appuient aussi le rôle central de l'insatisfaction corporelle en démontrant que 52 % des individus souffrant de DM ont répondu non à l'affirmation « J'aime beaucoup mon corps », comparativement à 20 % dans le groupe contrôle. Quarante-six pour cent de l'échantillon clinique ont répondu « totalement » à l'affirmation « Jusqu'à quel point êtes-vous insatisfait par rapport à la façon dont votre corps est proportionné? », comparativement à 10 % pour l'échantillon contrôle. Découlant de l'insatisfaction corporelle, la *distorsion de l'image corporelle*, c'est-à-dire le fait de percevoir sa masse musculaire plus petite qu'elle ne l'est en réalité, est un facteur de risque de la DM (Olivardia, 2001). D'ailleurs, l'insatisfaction corporelle, la distorsion de l'image corporelle ainsi que *l'internalisation de l'idéal corporel* véhiculé dans les médias, c'est-à-dire l'acceptation de ce modèle idéalisé comme étant le standard à atteindre, seraient les facteurs de risques les plus influents dans le développement du trouble (Grieve, 2007).

Selon Grieve (2007) la présence d'*affects négatifs* contribuerait également au développement de la DM dans la mesure où ces derniers interagissent avec d'autres facteurs quant à eux directement reliés à la maladie, c'est-à-dire, *l'estime de soi* (Lamana,

Grieve, Derryberry, Hakman, & McClure, 2010; Olivardia et al., 2004), l'insatisfaction corporelle et la distorsion corporelle. Chandler, Derryberry, Grieve et Pegg (2009) ont toutefois démontré que le fait de vivre des affects négatifs, notamment un haut niveau d'anxiété, est directement et fortement relié à la maladie. En fait, ces auteurs ont évalué le lien possible entre les symptômes de la DM, des traits anxieux et des symptômes obsessionnels-compulsifs auprès de 97 étudiants universitaires âgés en moyenne de 22 ans. Les résultats démontrent une relation positive, modérée à forte entre le fait de présenter des traits anxieux ($r = 0,50$), une anxiété sociale reliée à son apparence physique ($r = 0,76$), des caractéristiques obsessives-compulsives ($r = 0,45$) et les symptômes de la DM. Par contre, d'autres auteurs n'ont trouvé aucun lien significatif entre le fait d'expérimenter des affects négatifs et les symptômes de la DM (Henson, 2004; Lamana et al., 2010). Ces études utilisent toutes deux une mesure plus globale des affects négatifs (l'état de l'humeur), soit le Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson & Clark, 1988) comparativement à l'étude de Chandler et ses collègues (2009) qui s'attarde spécifiquement à l'anxiété comme affect négatif. À la lumière de ses résultats, il appert que la DM soit reliée à des mesures d'anxiété spécifiquement, plutôt qu'à des mesures globales d'affects négatifs.

Facteurs personnologiques

Finalement, bien que peu d'études se soient intéressées au lien existant entre la DM et la personnalité, certains traits de personnalité ont été documentés comme facteurs pouvant être reliés au développement de la maladie, principalement le *perfectionnisme* et des traits *obsessionnels-compulsifs* (Grieve, 2007; Hildebrandt, Schlundt, Langenbucher, & Chung, 2006; Kuennen & Waldron, 2007; Maida & Armstrong, 2005; Olivardia, 2007). En fait, le perfectionnisme, défini comme étant la poursuite de buts irréalistes en dépit des conséquences négatives y étant reliées (Cassin & von Ranson, 2005), apparaît être la variable personnologique la plus appuyée scientifiquement comme ayant un rôle dans le développement et le maintien de la maladie. Selon Grieve (2007), les hommes atteints de DM présentent en effet un désir intense d'atteindre un standard corporel irréaliste. Par ailleurs, Kuennen et Waldron (2007) se sont attardés à examiner le lien entre le perfectionnisme, l'estime de soi et le narcissisme chez 44 hommes âgés en moyenne de

28 ans, pratiquant l'entraînement en salle et présentant des symptômes de la DM. Les auteurs ont trouvé une corrélation positive entre le perfectionnisme et la sous-échelle de dépendance à l'exercice physique de l'Inventaire de la Dymorphie Musculaire ($r = 0,35$) (MDI; Lantz et al., 2002), un instrument utilisé pour évaluer la présence des symptômes de la maladie. Ces mêmes auteurs ont également mis en évidence une corrélation modérée positive entre le perfectionnisme et le narcissisme ($r = 0,57$), comme quoi les personnes ayant des traits narcissiques tendraient vers un désir de perfection, poursuivant ainsi le but irréaliste d'obtenir un corps parfaitement musclé et dépourvu de gras. Aucun lien significatif n'a été trouvé entre le narcissisme et les sous-échelles du MDI. Toutefois, l'étude s'intéressait à une population non-clinique d'hommes pratiquant l'entraînement en salle et utilisait le Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall, 1979), une mesure ayant été critiquée pour mesurer davantage l'estime de soi que le narcissisme comme tel (Rosenthal & Hooley, 2010), soit la propension à maintenir une image positive de soi par le biais d'une capacité d'autorégulation affective et émotionnelle (Pincus & Roche, 2011).

La DM et les ressemblances avec d'autres troubles psychiatriques

En parallèle avec les études portant sur la description du trouble, la littérature scientifique s'intéresse à la ressemblance de la DM à différents groupes diagnostiques, et plusieurs hypothèses ont été posées en ce sens. Certains auteurs considèrent que la DM pourrait s'apparenter à un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) considérant le caractère obsessionnel des préoccupations corporelles, ainsi que les comportements compulsifs accompagnant ces préoccupations (par ex. : l'exercice physique excessif et le maintien de la pratique malgré les conséquences y étant associées, se regarder fréquemment dans des surfaces miroitantes et la recherche de réassurance vis-à-vis sa masse musculaire) (par ex. : Chandler et al., 2009; Chung, 2001; Hildebrandt et al., 2006; Maida & Armstrong, 2005). D'autres auteurs soutiennent que la DM pourrait être conceptualisée comme un sous-type de la peur d'une dysmorphie corporelle (par ex. : Kollei, Schieber, Zwaan, Svitak, & Martin, 2013; Hitzeroth, Wessels, Zungu-dirwayi, Oosthuizen, & Stein, 2001), étant donné la présence de préoccupations excessives et incontrôlables concernant un élément spécifique de l'apparence physique, dans le cas présent, la musculature (Pope et al., 1997).

Il s'agit d'ailleurs de l'hypothèse ayant été retenue dans le DSM-5 (APA; 2013) puisque la DM se retrouve comme spécificateur d'une peur d'une dysmorphie corporelle à l'intérieur du spectre obsessionnel-compulsif. Toutefois, cette hypothèse ne fait pas l'unanimité au sein de la communauté scientifique particulièrement chez les chercheurs dans le domaine des TCA. Ces derniers appuient l'hypothèse que la DM serait mieux représentée par les TCA (Murray et al., 2010; Mosley, 2009). En effet, plusieurs caractéristiques cliniques sont documentées comme étant communes aux deux troubles, notamment l'insatisfaction corporelle et le perfectionnisme (Maida & Armstrong, 2005), un faible sentiment d'efficacité, une faible estime de soi et une faible conscience intéroceptive (Blouin & Goldfield, 1995), ainsi qu'une régulation émotionnelle via l'adoption de certains comportements (par ex. : évitement de l'anxiété ou de la culpabilité via la restriction alimentaire ou la pratique de l'exercice physique excessif) (Murray, Maguire, Russell, & Touyz, 2012). De plus, il semble que des concepts reliés à l'image corporelle tels qu'une préoccupation marquée vis-à-vis du poids et de l'apparence physique, ainsi que l'adoption de certains comportements potentiellement néfastes pour la santé physique et mentale dans le but d'atteindre un standard corporel idéalisé ne se retrouvent pas dans les autres catégories diagnostiques, alors que ces concepts semblent pourtant centraux dans la problématique de la DM (Henson, 2004). L'appartenance possible de la DM au spectre des TCA demeure actuelle au sein de la littérature bien qu'elle n'ait pas été retenue à ce jour dans le DSM-5. Les sections suivantes mettent d'ailleurs en lumière les résultats des études s'étant intéressées aux ressemblances théoriques de la DM et des TCA.

Symptomatologie

Il ressort de la littérature existante une ressemblance frappante au niveau de la symptomatologie et des manifestations cliniques de la DM et des TCA, notamment avec l'AN (Murray et al., 2010). En effet, les personnes souffrant de DM présentent une *distorsion de l'image corporelle* accompagnée d'un désir intense d'atteindre un idéal corporel semblable aux individus atteints d'AN, quoi que se manifestant différemment (désir de minceur *versus* désir de prise de masse musculaire). Malgré cette différence, le caractère excessif de ce changement corporel constitue une autre caractéristique symptomatologique commune aux deux troubles. Qui plus est, on retrouve dans les deux

pathologies des *patrons alimentaires problématiques* et influencés par un *système de croyances distorsionnées* (Grieve, 2007; Olivardia, 2007). Les individus atteints de DM adhèrent en effet à une diète alimentaire stricte et rigide caractérisée par une consommation riche en protéine et pauvre en gras (Pope et al., 1997). Tel que retrouvé chez les TCA, les personnes souffrants de DM présentent une préoccupation concernant le calcul des calories et peuvent passer beaucoup de temps à penser à la nourriture (Olivardia et al., 2000). Olivardia (2007) souligne toutefois que les personnes atteintes de DM n'adoptent pas de comportement de restriction extrême, comme chez les personnes souffrant d'AN et, périodiquement, chez les personnes souffrant de BN, mais sont plutôt préoccupées par l'adoption de la combinaison parfaite de carbohydrates, de gras, de protéines et de vitamines afin de maximiser leur masse musculaire, comportement qui s'apparente à une forme de restriction via le contrôle des choix alimentaires. Ainsi, à l'inverse des personnes souffrant d'un TCA, les individus souffrants de DM sont plus enclins à manger plusieurs repas par jour, mais ces repas sont encadrés par des règles et rituels tout aussi rigides. Encore une fois, cette différence reflète donc en fait une caractéristique commune aux deux troubles, soit le caractère rigide et obsessionnel de la relation qu'a l'individu avec la nourriture. De plus, des sentiments d'anxiété et de culpabilité sont associés à la dérogation de la routine alimentaire dans les deux cas, ainsi qu'un besoin intense de *compenser face à une prise alimentaire inhabituelle* (Grieve, 2007). L'activité physique représente le principal moyen de compensation pour les personnes souffrant de DM et constitue également un moyen fréquemment utilisé par les personnes atteintes d'AN et de BN (APA, 2013; Grave, Calugi, & Marchesini, 2008). Qui plus est, au même titre qu'une personne souffrant d'AN et de BN peut présenter des comportements de purges comme moyen de gestion du poids, un individu souffrant de DM peut consommer des stéroïdes anabolisants dans le but d'augmenter sa masse musculaire (Grieve et al., 2009; Olivardia et al., 2000; Olivardia, 2007; Pope et al., 1997). Ainsi, les stéroïdes anabolisants pourraient être considérés comme étant également un comportement compensatoire (compenser pour la perte éventuelle de la masse musculaire).

Présentation clinique

Les deux troubles ont une *présentation clinique stéréotypée* au niveau du sexe et de l'âge des individus qui en sont atteints. Les TCA sont des troubles plus prévalent chez les adolescentes et les jeunes femmes (APA, 2013; Striegel-Moore & Bulik, 2007), alors que la DM est un trouble typiquement masculin également plus souvent retrouvé chez les jeunes adultes. Par ailleurs, *l'occurrence des deux troubles* est étroitement liée. En effet, la DM serait associée à des symptômes comorbides de TCA (Olivardia et al., 2004) ou à une histoire passée de TCA (Olivardia et al., 2000; Pope et al., 1993). Olivardia et ses collègues (2000) rapportent que 29 % de leur échantillon constitué de 24 hommes souffrant de DM avaient déjà souffert dans le passé d'un TCA. Ce pourcentage est nettement supérieur à celui retrouvé dans la population générale ou pour tout autre trouble mental, tel que rapporté par Murray et ses collègues (2010).

Processus sous-jacents

Au-delà des multiples ressemblances au niveau des symptômes, des manifestations comportementales et de la présentation clinique, la littérature scientifique fait ressortir une similarité concernant certains processus sous-jacents aux troubles, notamment au niveau de l'insatisfaction corporelle et de l'estime de soi. D'abord, les personnes souffrant de DM, à l'instar des personnes souffrant de TCA, présentent un haut niveau *d'insatisfaction corporelle* (Grieve et al., 2009; Henson, 2004; Maida & Armstrong, 2005; Olivardia et al., 2000). D'ailleurs, Grieve (2007) identifie l'insatisfaction corporelle comme étant la principale variable commune aux deux troubles. Lamana et ses collègues (2010) ont également identifié l'insatisfaction corporelle comme étant une base commune à ces deux pathologies. En fait, ces auteurs ont comparé deux échantillons non-cliniques de 247 étudiantes et de 101 étudiants, âgés en moyenne de 19 ans, sur des facteurs impliqués dans le développement des symptômes de la DM et des symptômes de TCA, notamment, l'intériorisation des messages sociaux orientés vers l'apparence physique, l'estime de soi, le perfectionnisme, l'insatisfaction corporelle, les affects négatifs d'une part, et les symptômes de TCA et de la DM, d'autre part. Les résultats démontrent qu'en plus de l'insatisfaction corporelle, une *faible estime de soi* représente également une base commune

à l'occurrence des symptômes associés aux deux pathologies chez les hommes et les femmes.

Personnalité

La littérature s'intéressant à la personnalité chez les TCA fait ressortir certains traits de personnalité typiques de cette problématique, soit les traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, le perfectionnisme (par ex. : Cassin & von Ranson, 2005; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby, & Mitchell, 2006; Wonderlich et al., 2002) ainsi que le narcissisme (Par ex. : Lehoux, Steiger, & Jabalpurawa, 2000; Maples, Collins, Miller, Fischer, & Seibert, 2011). Bien qu'il existe très peu d'études qui portent sur la comparaison des traits de personnalité des personnes souffrant de DM et d'un TCA, quelques données laissent croire à une certaine ressemblance. Par exemple, une étude s'est intéressée aux traits de personnalité associés au désir de minceur (*Drive for thinness*) chez les femmes (notamment le névrosisme, le narcissisme et le perfectionnisme), et à son pendant masculin, le désir d'augmenter sa masse musculaire (*Drive for muscularity*) et indique que le *névrosisme* et le *perfectionnisme* constituent des variables prédictrices du désir de minceur et du désir d'augmenter sa masse musculaire (Davis, Karvinen, & McCreary, 2005). Cette relation entre le perfectionnisme et les symptômes de la DM ($r = 0,41$) et des TCA ($r = 0,30$) a aussi été démontrée par Lamana et ses collègues (2010), toujours auprès d'une population étudiante. Dans un contexte plus clinique, une seule étude, celle de Davis et Scott-Robertson (2000) a comparé un groupe de 22 hommes culturistes âgés en moyenne de 28 ans avec un groupe de 46 femmes anorexiques âgées en moyenne de 26,5 ans, afin d'étudier leurs similarités sur des variables reliées à l'estime de soi (estime de soi générale, estime de soi corporelle et anhédonie physique) et à la personnalité (personnalité obsessionnelle-compulsive, narcissisme pathologique et perfectionnisme). Des analyses univariées indiquent que ces deux groupes présentent un profil semblable sur l'ensemble des variables à l'étude, excepté les mesures d'estime de soi et d'estime corporelle, plus élevées chez les hommes culturistes. De plus, des analyses, permettant de comparer les deux groupes à l'étude avec des données normées pour chacune des variables, démontrent que les deux groupes présentent des taux significativement plus élevés *d'obsessions*, de *perfectionnisme*, *d'anhédonie* et de *narcissisme* que la population générale. Ces résultats

démontrent donc que, malgré qu'il s'agisse d'une population non-clinique d'hommes culturistes, cet échantillon présente un profil différent de la population générale. De façon surprenante toutefois, ces mêmes analyses révèlent que les hommes culturistes présentent non seulement une estime de soi générale et une estime de soi corporelle significativement plus élevées que celles du groupe de femmes anorexiques, mais également significativement plus élevées que les normes de la population générale (Davis, Claridge, & Cerullo, 1997; Franzoi & Shields, 1984; Hewitt, Flett, & Ediger, 1995; Richter, Cox, & Drenfeld, 1994). Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse initiale des auteurs, lesquels s'attendaient à ce que les hommes culturistes présentent des niveaux d'estime de soi et d'estime de soi corporelle similaires aux femmes souffrant d'anorexie. Ces résultats, bien que soulignant un profil psychologique semblable entre les femmes souffrant d'AN et les hommes culturistes, mériteraient d'être répliqués auprès d'une population clinique d'hommes souffrant de DM.

Objectifs de l'étude

L'objectif général du mémoire est d'approfondir les connaissances actuelles de la DM. Plus spécifiquement, la présente étude vise à (1) procéder à l'examen préliminaire de la validité d'une entrevue diagnostique de la DM basée sur les critères proposés par Pope et ses collègues (1997), en comparant les résultats de l'entrevue à ceux du Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI), un questionnaire validé empiriquement et mesurant les symptômes de la DM; (2) évaluer la ressemblance entre la DM et les TCA en termes d'estime de soi (estime de soi, estime de soi corporelle), et de personnalité (perfectionnisme, traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, narcissisme pathologique), plus spécifiquement en s'intéressant au narcissisme selon une perspective multidimensionnelle (phénotype grandiose et vulnérable); et finalement (3) déterminer lesquelles des variables à l'étude prédisent le mieux la présence d'un diagnostic de DM chez les hommes préoccupés par leur masse musculaire.

Hypothèses

En ce qui concerne l'objectif 1, il est attendu que les participants considérés comme souffrant de DM selon l'entrevue obtiennent des scores significativement plus élevés sur

l'ensemble des échelles du MDDI comparativement aux participants préoccupés par le développement de leur masse musculaire, mais n'ayant pas été identifié par l'entrevue comme souffrant de DM. De plus, il est attendu que les deux groupes se distinguent sur l'ensemble des critères diagnostiques, mis à part le critère A, celui-ci étant un critère commun aux participants des deux groupes.

En ce qui a trait à l'objectif 2, il est attendu, tel que postulé initialement par Davis et Scott-Robertson (2000), que les deux échantillons cliniques rapportent des taux d'estime de soi et d'estime de soi corporelle significativement plus faibles que ceux du groupe contrôle et que les groupes DM et TCA ne se distinguent pas entre eux sur les mesures d'estime de soi. Qui plus est, il est proposé que les échantillons d'hommes souffrant de DM et de femmes souffrant d'un TCA présentent un niveau significativement plus élevé de perfectionnisme, de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, et de narcissisme que le groupe contrôle et que le groupe DM et le groupe TCA ne se distinguent pas entre eux sur les mesures de perfectionnisme, de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive et de narcissisme. Par contre, comparativement à Davis et Scott-Robertson (2000), nous ferons l'usage d'un outil multidimensionnel du narcissisme qui nous permettra d'évaluer ce dernier dans sa dimension grandiose et vulnérable.

Pour ce qui est de l'objectif 3, qui est de déterminer lesquelles des variables à l'étude prédisent le mieux la présence d'un diagnostic de DM chez les hommes préoccupés par leur masse musculaire, aucune hypothèse spécifique n'est émise étant donné que l'ensemble des variables à l'étude ont été documentées comme ayant un lien (estime de soi, estime de soi corporelle, perfectionnisme, traits de personnalité obsessionnelle-compulsive et narcissisme) avec la DM.

Méthodologie

Participants

L'échantillon est constitué de 63 hommes et 28 femmes âgés entre 18 et 50 ans se répartissant en trois groupes distincts, soit deux conditions cliniques et une condition contrôle.

Le groupe contrôle est constitué de 32 hommes âgés entre 19 et 34 ans ($M = 23,9$ ans; $ET = 3,8$ ans) préoccupés par le développement de leur masse musculaire, mais ne répondant pas aux critères diagnostiques de la DM proposés par Pope et ses collègues (1997) (condition CTRL). La majorité ($n = 30$) sont caucasiens et 87,5 % ($n = 28$) sont de citoyenneté canadienne. Au moment de leur participation, près du deux tiers des participants de cet échantillon sont étudiants (62,5 %; $n = 20$), 34,4 % occupent un emploi à temps plein ou à temps partiel ($n = 11$) et un participant reçoit une prestation d'aide sociale (3,1 %). Concernant le niveau de scolarité le plus élevé complété, 6,3 % des hommes du groupe contrôle ($n = 2$) ont complété leurs études secondaires, 56,3 % ($n = 18$) détiennent un diplôme d'études collégiales, 34,4 % ($n = 11$) ont terminé une formation universitaire. Soixante-neuf pour cent ($n = 22$) sont célibataires sans enfants, 28,1 % ($n = 9$) rapportent être en couple sans enfants et seulement un participant est en couple avec enfant(s) (3,1 %). La moyenne d'âge d'apparition des préoccupations corporelles pour cet échantillon est de 16,4 ans ($ET = 2,9$ ans) et 87,5 % ($n = 23$) se disent actuellement préoccupés par leur poids ou leur silhouette.

Le second groupe (condition DM) est composé de 31 hommes âgés entre 19 et 36 ans ($M = 24$ ans; $ET = 4,5$ ans) répondant à l'ensemble des critères diagnostiques de la DM proposés par Pope et ses collègues (1997). La majorité ($n = 29$) sont caucasiens et 90,3 % ($n = 28$) sont de citoyenneté canadienne. Au moment de leur participation, près du deux tiers des participants de cet échantillon rapportent être aux études (61,3 %; $n = 19$), alors que 35,5 % disent occuper un emploi à temps plein ou à temps partiel ($n = 11$) et un participant rapporte être à la maison (3,2 %). Concernant le niveau de scolarité le plus élevé complété, 6,5 % ($n = 2$) ont terminé leurs études secondaires, 54,8 % ($n = 17$) détiennent un

diplôme d'études collégiales, alors que 32,3 % ($n = 10$) ont terminé une formation universitaire. Quarante-huit pour cent ($n = 15$) sont célibataires sans enfants, 45,2 % ($n = 4$) rapportent être en couple sans enfants et deux participants sont en couple avec enfant(s) (6,5 %). La moyenne d'âge d'apparition des préoccupations corporelles pour cet échantillon est de 17,1 ans ($ET = 4,4$ ans) et 96,8 % ($n = 30$) se disent actuellement préoccupés par leur poids ou leur silhouette.

Le troisième groupe (condition TCA) est composé de 28 femmes âgées entre 18 et 50 ans ($M = 26,4$ ans; $ET = 8$ ans) souffrant d'AN de type restrictif ($n = 11$) ou de type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs ($n = 3$), de BN ($n = 11$) ou d'un TCA non spécifié ($n = 3$). La majorité des femmes de l'échantillon sont caucasiennes ($n = 27$) et la totalité sont de citoyenneté canadienne. Au moment de leur participation, 35,7 % sont étudiantes ($n = 10$), 39,2 % occupent un emploi à temps plein ou à temps partiel ($n = 11$), 21,5 % sont en arrêt de travail ($n = 5$) ou reçoivent une prestation d'aide sociale ($n = 1$). Une participante rapporte être à la maison (3,6 %). Concernant le niveau de scolarité le plus élevé complété, deux participantes ont terminé leurs études secondaires (7,1 %), 17,9 % ($n = 5$) détiennent un diplôme d'études professionnel, 42,9 % ont terminé des études collégiales ou un programme technique ($n = 12$), et 28,6 % ont terminé une formation universitaire ($n = 8$). Une participante indique avoir une scolarité autre (3,6 %). Cinquante pour cent ($n = 14$) sont célibataires sans enfants, 39,3 % ($n = 11$) rapportent être en couple sans enfants et trois participantes sont en couple avec enfant(s) (10,7 %). La moyenne d'âge d'apparition des préoccupations corporelles pour cet échantillon est de 15,2 ans ($ET = 4,5$ ans) et 100 % ($n = 28$) se disent actuellement préoccupées par leur poids ou leur silhouette.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire maison constitué de 21 questions permet d'obtenir des informations sociodémographiques d'ordre général telles que l'âge, le sexe, la situation familiale, la citoyenneté, la scolarité et le revenu. Des informations relatives à l'historique du poids (poids maximum et minimum passé et poids actuel, la taille, la présence de préoccupations

corporelles et l'âge d'apparition des préoccupations corporelles) sont également compilées à partir de ce questionnaire.

Entrevue diagnostique de la dysmorphie musculaire (EDDM)

La DM est évaluée à partir d'une entrevue semi-structurée (voir Annexe A), élaborée dans le cadre de la présente étude sur la base des critères diagnostiques proposés par Pope et ses collègues (1997) (voir Tableau 1) et des travaux de Leone et ses collègues (2005), lesquels proposent une série de questions permettant le dépistage des symptômes de la DM. L'EDDM a été construite afin d'obtenir un outil diagnostique plus complet que les mesures auto-rapportées disponibles qui permettent une évaluation limitée des manifestations cliniques (par ex. : désir de prendre de la masse musculaire) ou des symptômes de la DM, sans permettre l'établissement d'un diagnostic de la DM permettant de discriminer les individus souffrant de la problématique de ceux n'en souffrant pas (Parent, 2013). Cette entrevue permet de statuer sur la présence ou l'absence d'un diagnostic de DM en fonction des critères diagnostiques proposés par Pope et ses collègues (1997). Elle couvre l'ensemble des critères diagnostiques en explorant les habitudes au niveau de l'activité physique, par ex. : « Quelles sont vos motivations à pratiquer ces sports? », « Si vous devez manquer un ou des entraînements, comment vous sentez-vous? », les habitudes au niveau de l'alimentation, par ex. : « Quelles sont vos habitudes alimentaires? », « Avez-vous déjà consommé des substances ou des drogues (légal ou non) afin de perdre ou de prendre du poids ou d'augmenter votre masse musculaire? », et l'impact de ces habitudes, par ex. : « Est-ce que vos habitudes au niveau de l'activité physique et/ou de l'alimentation entraînent certaines conséquences ou ont un impact dans les différentes sphères de votre vie (physiques, sociales, sexuelles, occupationnelles, financières)? », « Dans quelle mesure vos relations avec les autres sont-elles affectées par vos préoccupations corporelles et/ou par vos habitudes au niveau de l'exercice physique et de l'alimentation? ». L'entrevue a été bâtie en s'assurant que les questions sélectionnées permettent de couvrir l'ensemble des critères diagnostiques proposés de façon succincte et complète. Plus spécifiquement, le processus de cotation consiste à questionner le participant selon l'ordre des questions figurant sur le questionnaire de l'entrevue, et ce, jusqu'à ce que l'expérimentateur puisse se positionner sur chacun des critères de la DM (le participant remplit-il le critère ou non?).

Pour ce faire, il est recommandé, voir même nécessaire de sous-questionner davantage si la réponse du participant à la question initiale ne permet pas de statuer. Dans le cadre du présent projet de recherche, l'expérimentateur a complété pour chaque participant masculin la Grille de cotation pour l'évaluation de la DM afin d'assurer une procédure standardisée (voir Annexe B). Une bonne connaissance des implications cliniques de la DM est nécessaire afin de mener adéquatement l'entrevue.

Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)

Le MDDI est un questionnaire auto-rapporté de 13 items inspiré des critères diagnostiques proposés par Pope et ses collègues (1997) (Hildebrandt et al., 2004). Cet instrument mesure les symptômes de la DM sur une échelle continue de type Likert à cinq points, allant de *jamais* (0) à *toujours* (4) et comportant trois sous-échelles. Les participants complètent la version francophone maison du questionnaire originale. La première sous-échelle évalue le désir d'augmenter sa masse musculaire accompagnée de la perception que celle-ci est plus petite que celle désirée (désir d'augmenter sa masse musculaire), par ex. : « J'aimerais pouvoir devenir plus gros (musclé) », « Je crois que mon corps est trop petit ». La deuxième sous-échelle mesure l'anxiété par rapport à l'apparence et au dévoilement du corps (anxiété par rapport à l'apparence), par ex. : « Je suis très gêné de me montrer torse nu », « Je déteste mon corps ». Finalement, la troisième sous-échelle évalue le degré avec lequel les pensées et les émotions négatives relatives à l'apparence physique interfèrent avec les activités du quotidien (dysfonctionnement), par ex. : « Je laisse tomber des opportunités de rencontrer de nouvelles personnes à cause de mon horaire d'entraînement ». Plus un score est élevé au MDDI, plus cela représente un niveau élevé de symptômes de la DM, jusqu'à un score total de 52 points. Le MDDI présente de bonnes qualités psychométriques, notamment une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,87$; Hildebrandt et al., 2004), ainsi qu'une bonne consistance interne ($\alpha = 0,80$). Dans le cadre de la présente étude, le coefficient de consistance interne du MDDI pour l'ensemble des sous-échelles est satisfaisant ($\alpha = 0,77$). Les coefficients pour chacune des sous-échelles sont les suivants : désir d'augmenter sa masse musculaire ($\alpha = 0,78$), anxiété par rapport à l'apparence ($\alpha = 0,73$) et dysfonctionnement ($\alpha = 0,76$).

Échelle d'estime de soi de Rosenberg (ÉES-10)

L'estime de soi est mesurée par la version francophone du Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSEI; Rosenberg, 1965). Ce questionnaire auto-administré de 10 items permet de mesurer la perception globale des sujets quant à leur propre valeur grâce à des affirmations de type « Je me sens parfois vraiment inutile ». Les participants doivent indiquer leur accord avec les affirmations par le biais d'une échelle de type Likert à quatre points, allant de *tout à fait en désaccord* (1) à *tout à fait en accord* (4). Les analyses antérieures démontrent que ce questionnaire possède une cohérence interne très satisfaisante (alphas = 0,70 à 0,90), une très bonne structure factorielle unidimensionnelle, une validité de construit très satisfaisante et une stabilité test-retest ($r = 0,84$) très acceptable (Vallières & Vallerand, 1990). Le coefficient de consistance interne de l'ÉES-10 pour la présente étude est de 0,96, ce qui est très satisfaisant.

Body Esteem Scale (BES)

L'estime de soi corporelle est mesurée à l'aide de la version francophone du Body-Esteem Scale (BES; Mendelson, Mendelson, & White, 2001) traduite et validée auprès d'une population masculine par Valls, Rousseau et Chabrol (2011). Ce test permet d'évaluer les attitudes et les sentiments concernant le corps et l'apparence. Chaque participant répond aux 23 items sur une échelle de Likert à cinq points allant de *jamais* (0) à *toujours* (4). Le BES évalue trois dimensions de l'estime corporelle, soit l'apparence (par ex. : « J'aime ce que je vois quand je regarde dans le miroir »), le poids (par ex. : « Je suis content(e) de mon poids ») et l'attribution, c'est-à-dire la perception des évaluations des autres de son corps et son apparence (par ex. : « Mon physique m'aide à avoir des rendez-vous amoureux »). Un résultat élevé à chacune des sous-échelles correspond à une estime corporelle élevée et une apparence évaluée de façon positive (Valls et al., 2011). Les différentes études de validation du BES ont démontré une consistance interne très forte (alpha entre 0,81 et 0,94) ainsi qu'une bonne stabilité temporelle pour chacune des échelles après trois mois (alpha entre 0,89 et 0,93) (Confalonieri, Gatti, Ionio, & Traficante, 2008; Jónsdóttir, Arnarson, & Smári, 2008; Mendelson et al., 2001). De plus, les résultats de l'étude de validation de Valls et ses collègues (2011) démontrent que la version francophone du BES validée auprès d'une population masculine possède une consistance

interne très satisfaisante ($\alpha = 0,90$). Dans le cadre de la présente étude, le coefficient de consistance interne du BES pour l'ensemble des sous-échelles est très satisfaisant ($\alpha = 0,94$). Les coefficients de consistance interne pour chacune des sous-échelles sont les suivants: sous-échelle apparence ($\alpha = 0,93$), sous-échelle poids ($\alpha = 0,91$) et sous-échelle attribution ($\alpha = 0,47$).

Multidimensional Perfectionism Scale

Le perfectionnisme est mesuré à l'aide de la version francophone Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté de 35 items comprenant les sous-échelles suivantes : préoccupations concernant les erreurs, standards personnels, organisation, doutes envers ses propres actions, attentes parentales et critiques parentales. Chaque participant répond aux 35 items sur une échelle de Likert à cinq points allant de *fortement en désaccord* (1) à *fortement en accord* (5). Les propriétés psychométriques de l'instrument ont été évaluées initialement selon quatre études (Frost et al., 1990). L'analyse de la consistance interne de chacune des sous-échelles a démontré que le MPS possède une bonne fidélité interne, avec des alphas de Chronbach allant de 0,77 (doutes sur les actions) à 0,93 (Organisation) et un coefficient de 0,90 pour l'échelle totale. Dans le cadre de la présente étude, le coefficient de consistance interne du MPS pour l'ensemble des sous-échelles est très satisfaisant ($\alpha = 0,92$). Les coefficients pour chacune des sous-échelles sont les suivants: préoccupations concernant les erreurs ($\alpha = 0,86$), standards personnels ($\alpha = 0,85$), organisation ($\alpha = 0,85$), doutes envers ses propres actions ($\alpha = 0,80$), attentes parentales ($\alpha = 0,86$) et critiques parentales ($\alpha = 0,78$). Initialement développé auprès d'une population féminine, le MPS a été validé auprès d'une population mixte (Parker & Adkins, 1995). Les résultats ne démontrent aucune différence significative entre les sexes.

Obsessive-Compulsive Personality Scale

La personnalité obsessionnelle-compulsive est évaluée par la version francophone de l'Obsessive-Compulsive Personality Scale (OCPS; Lazare, Klerman, & Armor, 1966, 1970), un inventaire auto-rapporté de 41 items constitué de six sous-échelles (constriction

émotionnelle, ordre, parcimonie, persévérance, rigidité et haut surmoi). Pour chacun des items, le participant répond par vrai ou faux. Un score total élevé au questionnaire représente un niveau élevé de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive. Une consistance interne satisfaisante (alphas = 0,71) a été rapportée pour l'ensemble de ces sous-échelles (Summerfeldt, 1991). Dans le cadre de la présente étude, le coefficient de consistance interne est satisfaisant (alpha = 0,74).

Pathological Narcissism Inventory (PNI)

La personnalité narcissique est mesurée à l'aide de la version francophone du Pathological Narcissism Inventory (PNI; Pincus, Pimentel, Cain, Wright, & Levy, 2009). Ce questionnaire auto-administré comprend 52 items permettant de mesurer le narcissisme pathologique selon une perspective bidimensionnelle, soit la dimension grandiose (tendance à exploiter les autres, sacrifice de soi/amélioration de soi, fantaisies grandioses, droit à la rage) et la dimension vulnérable (estime de soi contingente, le soi caché, dévaluation) du narcissisme. Le PNI possède une cohérence interne satisfaisante à très satisfaisante pour chacune des échelles (alpha = 0,78 à 0,93) et pour le score total (alpha = 0,95) (Watson, Grisham, Trotter, & Biderman, 1984). Le coefficient de consistance interne de la présente étude est également très satisfaisant (alpha = 0,93). Une étude récente s'intéressant à la validation du PNI a cependant démontré que le facteur « droit à la rage », appartenant initialement à la dimension grandiose du narcissisme, est mieux représenté dans la dimension vulnérable (Wright, Lukowitsky, Pincus, & Conroy, 2010). Les analyses relatives à la personnalité narcissique ont donc été effectuées en tenant compte de cette observation.

Procédure

Les groupes masculins (conditions DM et CTRL) ont été recrutés simultanément par le biais de deux méthodes de recrutement. D'abord, une affiche publicitaire indiquant les informations relatives à la nature de l'étude a été apposée dans 28 centres de conditionnement physique de la région de Québec et de Chaudière-Appalaches dès juin 2012 jusqu'en octobre 2012. La même affiche publicitaire a également été envoyée à deux reprises durant cette période par courriel via une liste d'envoi s'adressant à l'ensemble de la

communauté universitaire de l'Université Laval (étudiants et personnels administratifs). Pour participer à l'étude, les individus intéressés devaient être de sexe masculin, être âgés entre 18 et 35 ans et être préoccupés par le développement de leur masse musculaire. Les individus intéressés à participer à l'étude contactaient la responsable de l'étude par téléphone ou par courriel, où les critères d'inclusion étaient investigués. Les individus toujours intéressés à participer à l'étude et répondant aux critères d'inclusion étaient invités à se rendre au Service de consultation de l'École de psychologie (SCEP) de l'Université Laval afin de remplir le formulaire de consentement approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval, participer à une entrevue visant à évaluer la DM et compléter une batterie de questionnaires informatisés. Deux évaluateurs (étudiants gradués) ont été formés afin d'administrer l'entrevue de façon standardisée. Au terme de l'entrevue, l'évaluateur se retirait de la pièce, afin que le participant puisse répondre aux questionnaires informatisés disponibles sur le site de Surveymethod. Lorsqu'il avait terminé, le participant était invité à venir chercher l'évaluateur qui attendait dans une autre pièce. Un bref retour sur l'expérience relative au fait de remplir une batterie de questionnaires était fait, ainsi que des remerciements. Les coordonnées du SCEP, du centre de crise et du centre de prévention du suicide étaient enfin remises à tous les participants, ainsi qu'un dédommagement financier de trois dollars afin de rembourser le stationnement. Au total, 103 individus ont démontré leur intérêt à participer à l'étude. Trente-cinq n'ont pas donné suite (non joignables suite au premier courriel ou premier téléphone, ou ne se sont pas présentés au rendez-vous). Soixante-huit participants ont complété la procédure et cinq ont été retranchés des analyses puisqu'ils ne répondaient pas au critère d'inclusion concernant la préoccupation concernant le développement de leur masse musculaire (par ex., préoccupé par son apparence, mais l'objet de la préoccupation était la pilosité). Ainsi, 63 participants ont été retenus pour les analyses.

La répartition des groupes s'est effectuée selon les résultats de la cotation au terme de l'entrevue : les individus répondant à l'ensemble des critères de la DM proposés par Pope, et ses collègues (1997) (c.-à-d., le critère A, au moins deux des quatre critères B et le critère C) étaient assignés au groupe clinique (condition DM). Les participants présentant une préoccupation vis-à-vis le développement de leur masse musculaire (critère A), mais ne

répondant pas aux autres critères de la DM étaient assignés au groupe contrôle (condition CTRL). Les participants répondant partiellement au critère A, c'est-à-dire ceux qui présentaient une préoccupation marquée concernant leur masse musculaire en l'absence toutefois d'une peur spécifique que leur corps soit insuffisamment mince et musclé, ont été retenus et assignés à la condition CTRL. La validité du processus de cotation a été assurée de plusieurs façons. D'abord, des périodes de consultation auprès d'une psychologue spécialisée auprès des TCA (C.B.) ont permis d'éclaircir certaines difficultés rencontrées lors de la cotation de certains participants (par ex. : identification des caractéristiques distinctives de la détresse chez les hommes, évaluation de certains participants pour lesquels le diagnostic était moins clair, etc.). De plus, un processus de révision a eu lieu pour l'ensemble des entrevues, celles-ci ayant été écoutées et révisées simultanément par les deux évaluateurs afin d'assurer un bon diagnostic.

Les participantes de la condition TCA ont été recrutées dans le cadre d'un projet de recherche d'une étudiante graduée présentement en cours. Le recrutement de ce groupe a eu lieu au Programme d'Intervention des Troubles des Conduites Alimentaires (PITCA) du Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ). Les participantes ont été rencontrées dans le cadre d'une évaluation clinique initiale menée par le psychologue de l'équipe traitante du PITCA (O.P.). Cette entrevue avait pour but d'établir la présence ou non d'un TCA en fonction des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 2000). Lors de cette première rencontre d'évaluation, une batterie de questionnaires à remplir à la maison et incluant les mêmes questionnaires que ceux remplis via internet par les participants de la condition CTRL et DM leur était remise. Il était demandé aux patientes de rapporter la batterie de questionnaires lors de leur deuxième rencontre d'évaluation avec la psychiatre responsable du programme (C.R.). Ces données étaient par la suite acheminées à l'Université Laval où elles étaient saisies par deux personnes indépendantes.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, version 13.0). Des analyses de variances multivariées (MANOVA) ont été effectuées pour répondre aux objectifs 1 et 2. Considérant

la significativité du test multivarié, il était justifié d'utiliser des analyses univariées (ANOVA). Les tests de comparaisons multiples ont été effectués à l'aide du test de la plus petite différence significative (LSD) de Fisher. Un niveau alpha de 0,05 a été utilisé pour l'ensemble des analyses.

En ce qui concerne l'objectif 1, des analyses de variances (ANOVAS) ont d'abord été effectuées entre les participants ayant reçu le diagnostic de DM selon l'EDDM (assignés à la condition DM) et les participants préoccupés par le développement de leur masse musculaire, mais n'ayant pas été identifiés par l'EDDM comme souffrant de DM (assignés à la condition CTRL) pour comparer leurs résultats au MDDI. Dans un deuxième temps, un test du Chi-carré a été effectué entre ces deux mêmes groupes afin de déterminer l'existence de différences significatives dans la répartition de chacun des critères diagnostiques (A, B1, B2, B3 et B4).

En ce qui concerne l'objectif 2, les participants des conditions DM, CTRL et TCA ont été comparés entre eux sur chacune des variables à l'étude (estime de soi, estime de soi corporelle, perfectionnisme, traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, narcissisme). Dans cette optique, des ANOVAS ont été effectuées sur ces trois groupes afin de vérifier la présence de différences significatives. Dans le but de valider les hypothèses de la présente étude, des comparaisons plus spécifiques ont été étudiées pour vérifier la présence de différences significatives entre les deux groupes cliniques (conditions DM et TCA) et le groupe contrôle (condition CTRL) et entre les participants des deux groupes cliniques (conditions DM et TCA). Pour ce faire, un test de comparaisons multiples a posteriori (LSD) a été réalisé, permettant ainsi de déterminer où se situent les différences entre les groupes.

En ce qui a trait à l'objectif 3, des analyses de régression logistique ont été effectuées, afin de vérifier dans quelle mesure les variables relatives à l'estime de soi et à la personnalité prédisaient l'appartenance au groupe DM à l'intérieur des échantillons masculins (conditions CTRL et DM).

Résultats

Objectif 1. Validation préliminaire de l'EDDM

Les résultats des analyses comparant le groupe DM et le groupe CTRL, tel que déterminé par l'entrevue diagnostique de la dysmorphie musculaire (EDDM), indiquent la présence d'une différence significative entre les groupes sur deux des trois sous-échelles du MDDI, soit les sous-échelles désir d'augmenter sa masse musculaire, $F(1,61) = 7,92$, $p = 0,007$, et dysfonctionnement, $F(1,61) = 25,14$, $p = 0,00$, ainsi que sur l'échelle totale de l'instrument, $F(1,61) = 20,5$, $p = 0,00$. Aucune différence significative n'a été trouvée pour la sous-échelle anxiété par rapport à l'apparence physique ($p > 0,05$). Les résultats sont présentés dans le Tableau 2. Le test du Chi-carré indiquent que les participants des deux groupes se distinguent sur l'ensemble des critères diagnostiques, soit les critères B1($\chi^2 = 41,28$, $dl = 1$, $p = 0,00$), B2($\chi^2 = 5,38$, $dl = 1$, $p = 0,020$), B3($\chi^2 = 23,79$, $dl = 1$, $p = 0,00$) et B4($\chi^2 = 34,90$, $dl = 1$, $p = 0,00$). Tel qu'il était attendu, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes pour le critère A puisque la totalité des participants devait rencontrer le premier critère afin de participer à l'étude. Plus spécifiquement, près de 91 % ($n = 28$) des participants constituant le groupe DM rencontrent le critère diagnostique référant à l'abandon fréquent des activités sociales, professionnelles ou récréatives en réponse à un besoin compulsif de maintenir la routine stricte d'activité physique et/ou alimentaire (B1), comparativement à 9 % ($n = 3$) des participants du groupe CTRL. Près de 23 % ($n = 7$) des participants du groupe DM rencontrent le critère diagnostique relatif à l'évitement des situations dans lesquelles le corps risque d'être exposé (B2), alors que 3 % ($n = 1$) des hommes du groupe CTRL rencontrent ce critère. La majorité, soit près de 94 % ($n = 29$) des participants du groupe DM rencontrent le critère diagnostique B3, lequel réfère à la présence d'une détresse cliniquement significative et/ou d'un dysfonctionnement social, professionnel ou autres, comparativement à 34 % ($n = 11$) pour les hommes du groupe CTRL. Finalement, 71 % ($n = 22$) des hommes du groupe DM rencontrent le critère B4, référant au maintien des habitudes au niveau de l'activité physique, de l'alimentation et/ou de la prise de substances pour améliorer la performance en dépit des conséquences physiques ou psychologiques qui y sont associées, alors qu'aucun des participants du groupe CTRL ne rencontre ce critère.

Tableau 2

Différences au MDDI pour les groupes CTRL et DM

	CTRL		DM		ANOVA
	N	Moyenne(ET)	N	Moyenne(ET)	
MDDI-désir	32	11,81(4,48)	31	14,77(3,84)	$F(1,61) = 7,92^*$
MDDI-apparence	32	3,56(3,37)	31	4,94(3,78)	$F(1,61) = 2,32$
MDDI-dysfonctionnement	32	5,03(3,30)	31	9,19(3,29)	$F(1,61) = 25,14^*$
MDDI-total	32	20,41(8,22)	31	28,90(6,55)	$F(1,61) = 20,50^*$

* $p < 0,05$. MDDI-désir = sous-échelle désir d'augmenter sa masse musculaire; MDDI-apparence = sous-échelle anxiété par rapport à l'apparence physique; MDDI-dysfonctionnement = sous-échelle dysfonctionnement; MDDI-total = échelle totale au MDDI.

Objectif 2. Différences entre les groupes

D'abord, l'examen des moyennes met en lumière un effet de gradation pour les mesures d'estime de soi. En effet, le groupe CTRL est celui qui présente le niveau d'estime de soi le plus élevé ($M = 22,78 \pm 4,23$), suivi du groupe DM ($M = 21,26 \pm 5,13$), puis du groupe TCA ($M = 14,43 \pm 4,7$). Également, le groupe CTRL est le groupe chez qui on retrouve un niveau d'estime de soi corporelle reliée à l'apparence ($M = 2,34 \pm 0,59$) et au poids ($M = 2,5 \pm 0,71$) le plus élevé, suivi du groupe DM ($M = 1,97 \pm 0,75$ et $M = 2,13 \pm 0,77$) et du groupe TCA, chez qui l'estime de soi corporelle est la plus basse ($M = 1,16 \pm 0,75$ et $M = 1,01 \pm 0,67$).

Des ANOVAS ont ensuite été effectuées afin de voir s'il existait des différences significatives entre les trois groupes à l'étude quant à l'estime de soi et l'estime de soi corporelle (voir Tableau 3). Les résultats indiquent qu'au moins une différence significative est présente au sein des trois groupes en ce qui a trait à l'estime de soi, $F(2,88) = 26,18$, $p = 0,00$, ainsi qu'à l'estime corporelle reliée à l'apparence, $F(2,88) = 22,16$, $p = 0,00$, au poids, $F(2,88) = 29,6$, $p = 0,00$, et aux attributions, $F(2,88) = 3,26$, $p = 0,043$. Plus spécifiquement, l'analyse révèle que seules les femmes du groupe TCA présentent une estime de soi significativement plus faible que le groupe CTRL ($p = 0,00$), les hommes du

groupe DM ne présentant aucune différence significative avec le groupe CTRL pour cette variable ($p > 0,05$). Les résultats révèlent également que les groupes cliniques présentent un niveau significativement plus faible d'estime de soi corporelle reliée à l'apparence ($p = 0,037$ et $p = 0,00$) et au poids ($p = 0,042$ et $p = 0,00$) que le groupe CTRL, alors qu'aucune différence significative entre les groupes cliniques et le groupe CTRL n'est observée pour la sous-échelle attribution ($p > 0,05$). Ces résultats appuient donc partiellement l'hypothèse selon laquelle il était attendu que les deux échantillons cliniques rapportent des taux d'estime de soi et d'estime de soi corporelle significativement plus faibles que ceux du groupe contrôle. Également, l'analyse démontre que le groupe DM, en comparaison avec le groupe TCA, présente des niveaux significativement plus élevés d'estime de soi ($p = 0,00$), et d'estime de soi corporelle reliée à l'apparence, au poids et aux attributions ($p = 0,00$, $p = 0,00$ et $p = 0,015$), ce qui va à l'encontre de l'hypothèse formulée selon laquelle les deux groupes cliniques ne devraient pas se différencier.

De plus, il est également intéressant d'observer la présence d'un effet de gradation entre les moyennes des groupes pour certaines variables psychologiques, en ce sens que le groupe CTRL est celui qui démontre le niveau de perfectionnisme le plus bas ($M = 75,03 \pm 16,07$), suivi du groupe DM ($M = 85,48 \pm 18,35$) et du groupe TCA, pour qui on retrouve le niveau de perfectionnisme le plus élevé ($M = 91,6 \pm 20,5$). Il en est de même concernant le narcissisme vulnérable. En effet, le groupe CTRL est celui rapportant le niveau le plus faible ($M = 2,91 \pm 0,73$), suivi du groupe DM ($M = 3,36 \pm 0,62$), puis du groupe TCA ($M = 3,4 \pm 0,86$).

Des ANOVAS ont également été effectuées afin de voir s'il existait des différences significatives entre les trois groupes à l'étude quant aux variables psychologiques (perfectionnisme, traits de personnalité obsessionnelle-compulsive, narcissisme). Les résultats sont présentés dans le Tableau 3. L'analyse révèle la présence de différences significatives entre les groupes à l'étude en ce qui concerne le perfectionnisme, $F(2,87) = 6,24$, $p = 0,003$, le sous-type vulnérable du narcissisme, $F(2,88) = 4,5$, $p = 0,013$, ainsi que le sous-type grandiose du narcissisme, $F(2,88) = 7,25$, $p = 0,001$. Plus spécifiquement, les deux groupes cliniques présentent tous deux un niveau de

perfectionnisme plus élevé que le groupe CTRL ($p = 0,026$ et $p = 0,001$). L'analyse indique également que les deux groupes cliniques présentent un niveau de narcissisme vulnérable significativement plus élevé que le groupe CTRL ($p = 0,02$ et $p = 0,007$), alors que seul le groupe DM présente un niveau significativement plus élevé de narcissisme grandiose que le groupe CTRL ($p = 0,003$). Aucune différence significative n'est observée entre les trois groupes en ce qui a trait à la personnalité obsessionnelle-compulsive ($p > 0,05$). Ces résultats appuient partiellement l'hypothèse qui stipulait que les échantillons d'hommes souffrant de DM et de femmes souffrant d'un TCA présenteraient des niveaux significativement plus élevés que le groupe CTRL sur l'ensemble des variables de personnalité à l'étude.

De plus, l'analyse démontre qu'aucune différence significative n'est retrouvée entre le groupe DM et le groupe TCA sur les mesures de perfectionnisme ($p > 0,05$) et de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive ($p > 0,05$). Par ailleurs, une différence significative entre le groupe DM et le groupe TCA est constatée sur la mesure du narcissisme grandiose ($p = 0,001$), les hommes de l'échantillon DM atteignant des niveaux significativement plus élevés de narcissisme grandiose que les femmes de l'échantillon TCA ($p = 0,001$). Toutefois, aucune différence significative n'est retrouvée entre les deux groupes cliniques en ce qui a trait au narcissisme vulnérable ($p > 0,05$), bien que les femmes souffrant de TCA présentent davantage de narcissisme vulnérable.

Tableau 3

Différences sur les mesures d'estime de soi et de personnalité pour les groupes CTRL, DM et TCA

	CTRL		DM		TCA		ANOVA
	N = 32	Moyenne(ET)	N = 31	Moyenne(ET)	N = 28	Moyenne(ET)	
Estime de soi							
RSES-total		22,78(4,23)		21,23(5,13)		14,43(4,70) ^{a,b}	$F(2,88) = 26,18^*$
BES-apparence		2,34(0,59)		1,97(0,75) ^a		1,16(0,76) ^{a,b}	$F(2,88) = 22,16^*$
BES-poids		2,50(0,71)		2,13(0,77) ^a		1,10(0,67) ^{a,b}	$F(2,88) = 29,63^*$
BES-attribution		2,18(0,53)		2,26(0,63)		1,92(0,41) ^b	$F(2,88) = 3,26^*$
Personnalité							
MPS-total		75,03(16,07)		85,48(18,35) ^a		91,56(20,53) ^a	$F(2,88) = 6,24^*$
OCPS-total		24,88(4,16)		24,90(5,69)		22,79(6,12)	$F(2,88) = 1,50$
PNI-grandiose		3,40(0,76)		3,97(0,63) ^a		3,32(0,73) ^b	$F(2,88) = 7,25^*$
PNI-vulnérable		2,92(0,73)		3,36(0,62) ^a		4,44(0,86) ^a	$F(2,88) = 4,54^*$
PNI-total		2,13(0,61)		3,62(0,51) ^a		3,39(0,65)	$F(2,88) = 4,75^*$

* $p < 0,05$.

^a différent de CTRL.

^b différent de DM.

Objectif 3. Prédicteur(s) de l'appartenance au groupe DM

Sur la base d'analyses corrélationnelles préalablement effectuées afin d'évaluer les relations entre les variables à l'étude, les variables indépendantes suivantes ont été incluses dans le modèle visant à prédire l'appartenance des hommes au groupe diagnostique, soit la sous-échelle apparence de l'estime de soi corporelle, le perfectionnisme, ainsi que le narcissisme de type vulnérable et grandiose. La force d'association du modèle a d'abord été testée et les résultats démontrent que le modèle classe correctement les participants dans 69,8 % des cas, ce qui signifie que si un homme présente les caractéristiques énumérées dans le modèle, il fera partie du groupe DM dans 69,8 % des cas. Les résultats des analyses démontrent que le narcissisme de type grandiose constitue le meilleur prédicteur de la probabilité d'appartenir au groupe DM parmi l'ensemble des variables impliquées dans le modèle. Par ailleurs, le modèle démontre que les hommes ayant des traits de personnalité narcissique de type grandiose ($B = 0,95$, $p = 0,037$) sont plus susceptibles de souffrir de la DM, le rapport de cote étant de 2,59, ce qui indique que la présence de traits de personnalité narcissique grandiose chez un homme augmente jusqu'à 2,59 fois ses chances de souffrir de DM. Les résultats sont présentés dans le Tableau 4.

Tableau 4

*Régressions logistiques de l'appartenance au groupe DM selon
l'estime de soi et la personnalité*

Variables	B	Rapport de cote	Sig.
BES-apparence	0,58	0,56	0,26
PNI-grandiose	0,95	2,59	0,37
PNI-vulnérable	0,12	1,13	0,83
MPS-total	0,02	1,02	0,32
(Constant)	4,21	0,02	0,12

* $p < 0,05$. BES-apparence = sous-échelle apparence du Body Esteem Scale; PNI-grandiose = sous-échelle grandiose du Pathological Narcissism Inventory; PNI-vulnérable = sous-échelle vulnérable du Pathological Narcissism Inventory; MPS-total = échelle totale du Multidimensional Perfectionism Scale.

Discussion

L'objectif principal du mémoire était d'approfondir les connaissances actuelles de la DM, plus spécifiquement en élaborant une entrevue diagnostique de la DM basée sur les critères proposés par Pope et ses collègues (1997), en s'intéressant également à la ressemblance entre la DM et les TCA en terme d'estime de soi et de personnalité, et finalement en explorant dans quelle mesure les variables à l'étude prédisent la présence d'un diagnostic de DM chez l'ensemble des hommes préoccupés par leur masse musculaire. Globalement, les résultats appuient la pertinence d'utiliser l'EDDM comme outil d'évaluation de la DM et démontrent que les hommes souffrant de DM ne se distinguent pas des femmes souffrant d'un TCA en ce qui a trait au perfectionnisme, aux traits de personnalité obsessionnelle-compulsive et au narcissisme de type vulnérable, mais présente des niveaux plus élevés d'estime de soi, d'estime de soi corporelle et de narcissisme grandiose. Les résultats illustrent enfin que le phénotype grandiose du narcissisme apparaît être un prédicteur significatif de la DM. Plusieurs constats intéressants peuvent être émis sur la base de ces résultats.

En ce qui a trait au premier objectif, l'EDDM semble vraiment bien discriminer les hommes souffrants de DM des hommes du groupe CTRL puisque, même s'ils ne sont pas différents quant à la présence de préoccupations corporelles, les hommes de ces deux groupes s'avèrent être différents sur l'ensemble des autres critères diagnostiques de la DM. En effet, les hommes diagnostiqués comme souffrant de DM ont davantage tendance à abandonner des activités d'ordre sociales, professionnelles ou récréatives pour répondre à un besoin compulsif de maintenir leur routine au niveau de l'activité physique et/ou de l'alimentation. Ils sont également plus enclins que les hommes du groupe CTRL à éviter les situations dans lesquelles leur corps risque d'être exposé ou à vivre celles-ci avec beaucoup de détresse ou d'anxiété. Les analyses mettent également en relief qu'ils ont aussi plus tendance à vivre de la détresse et/ou un dysfonctionnement en raison de leurs préoccupations corporelles, ainsi qu'à maintenir leur routine d'activité physique et/ou d'alimentation malgré les conséquences associées. Ce portrait clinique différencié chez ces deux populations concorde avec les résultats des participants au MDDI. Comparativement

aux participants du groupe CTRL, les hommes souffrant de DM présentent un désir plus grand d'augmenter leur masse musculaire et tendent plus à percevoir celle-ci comme étant trop petite, ils sont aussi davantage affectés par les pensées et les émotions négatives reliées à leur apparence physique, celles-ci interférant davantage avec les activités du quotidien. L'ensemble de ces résultats indique que l'atteinte du fonctionnement semble clairement représenter une caractéristique typique de la DM. D'ailleurs, il est intéressant de constater que la différence la plus grande entre ces deux groupes se retrouve à la sous-échelle dysfonctionnement du MDDI. Ce résultat démontre à quel point les préoccupations corporelles des hommes souffrant de DM s'inscrivent à l'intérieur d'un profil clinique plus sévère que celui des hommes du groupe CTRL, puisque leurs préoccupations corporelles s'avèrent être suffisamment envahissantes pour affecter le fonctionnement normal des individus atteints.

L'examen théorique et clinique des critères diagnostiques de la DM soulève également un questionnement quant à la pertinence du critère diagnostique B2, soit l'évitement des situations dans lesquelles le corps risque d'être exposé. En effet, les entrevues diagnostiques effectuées dans le cadre de l'étude ont permis de constater que cette caractéristique clinique est rarement présente. D'ailleurs, il s'avère que seulement 22,58 % ($n = 7$) des participants du groupe DM présentent un comportement d'évitement social en lien avec les préoccupations corporelles. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Hitzeroth, Wessels, Zungu-Dirwayi, Oosthuizen et Stein (2001), lesquels rapportent que seulement 13 % ($n = 2$) des 15 participants constituant leur groupe d'hommes souffrant de DM rencontrent le critère d'évitement, alors que chacun des autres critères était rencontré dans près de 75 à 100 % des cas, soit chez 11 à 15 participants. Face à ce constat, on peut se questionner sur la pertinence de cet élément dans le tableau diagnostique de la DM. Peut-être que l'évitement de l'exposition du corps représente seulement un extrême du continuum de la maladie, suggérant ainsi que seuls les cas sévères refuseraient de dévoiler leur corps socialement ? La remise en question du critère d'évitement de la DM devra être explorée lors d'études subséquentes pour en connaître sa pertinence réelle.

En ce qui concerne le deuxième objectif, les résultats ont mis en lumière un *effet de gradation* au sein des moyennes, où la DM se positionne systématiquement entre le groupe CTRL et le groupe TCA en ce qui a trait à l'estime de soi et à l'estime de soi corporelle, au perfectionnisme, ainsi qu'au narcissisme de type vulnérable. Cet effet de continuum entre les trois groupes pourrait être expliqué par la constitution des échantillons cliniques. En effet, les femmes du groupe TCA ont été recrutées à l'unité spécialisée pour les TCA du CHU de Québec qui offre un suivi intensif de type programme de jour aux patientes souffrant de TCA, alors que les hommes du groupe DM ont été recrutés au sein de la population générale. Ainsi, cette différence quant à la constitution des groupes laisse présager un degré plus sévère en ce qui a trait à la symptomatologie chez les participantes du groupe TCA et pourrait expliquer que les hommes du groupe DM présentent une estime de soi et une estime de soi corporelle plus élevées, ainsi que des niveaux de perfectionnisme et de narcissisme vulnérable moins élevés que les femmes du groupe TCA. En ce sens, il pourrait être intéressant de répliquer la présente étude en ciblant un échantillon de femmes souffrant d'un TCA moins sévèrement malades, par exemple auprès de la population générale, afin d'assurer une équivalence dans la sévérité des troubles entre les groupes cliniques. Cette équivalence permettrait notamment de vérifier si l'effet de continuum retrouvé dans le cadre de la présente étude est bel et bien attribuable à une différence quant à la sévérité des troubles, ou plutôt à une réelle différence entre les deux troubles en ce qui a trait à la sévérité des manifestations cliniques sur la plan de l'estime de soi et de la personnalité.

Les résultats obtenus pour l'estime de soi et l'estime de soi corporelle mettent en relief certaines différences entre les groupes qui se doivent d'être explorées. D'abord, les résultats indiquent que les hommes du groupe DM présentent un niveau d'estime de soi corporelle reliée à l'apparence et au poids significativement plus faible que le groupe CTRL, ce qui était attendu. Il est donc possible de penser que l'estime de soi corporelle des hommes souffrant de DM est plus affectée que celle des hommes du groupe CTRL même s'ils présentent tous deux des préoccupations importantes à l'égard de leur silhouette. Une évaluation négative encore plus élevée de l'apparence et du poids chez les individus souffrant de DM au point où ces derniers s'engagent dans des comportements et attitudes

ayant un impact négatif sur leur fonctionnement peut être expliquée par cette différence sur le plan de l'estime de soi corporelle entre ces deux populations. Bien que ces résultats confirment l'hypothèse initiale, ceux-ci diffèrent des résultats obtenus par Davis et Scott-Robertson (2000), lesquels ont obtenu des niveaux d'estime de soi corporelle plus élevés chez leur groupe d'hommes culturistes en comparaison avec des données normatives de la population générale.

En ce qui a trait à l'estime de soi, il semble que les hommes du groupe DM présentent un niveau d'estime de soi semblable à celui des hommes du groupe CTRL. Sur la base de ses résultats, il est possible de croire que comparativement à l'estime de soi corporelle, qui elle, semblait être plus touchée chez les hommes du groupe DM, l'estime de soi générale représenterait une variable un peu plus distale de la DM, c'est-à-dire moins directement touchée que l'estime corporelle. Ce constat est aussi supporté par le fait que les hommes appartenant au groupe DM présenteraient une meilleure estime de soi comparativement aux femmes souffrant d'un TCA. Pour ces femmes, l'estime de soi semble être au cœur du portrait clinique. En effet, chez les TCA, l'estime de soi fait même partie des critères diagnostiques de la problématique, si l'on réfère au critère qui stipule une *influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi* dans le cas de l'anorexie. Qui plus est, chez les TCA, l'estime de soi corrèle davantage avec presque l'ensemble des variables à l'étude (c.-à-d., les sous-échelles apparence, poids et attribution de l'estime de soi corporelle, le perfectionnisme, le narcissisme de type vulnérable, ainsi que l'échelle totale du narcissisme), comparativement aux hommes du groupe DM, chez qui seules les sous-échelles apparence, poids et attribution de l'estime de soi corporelle corrèlent avec l'estime de soi. Ces résultats supposent que l'estime de soi est vraiment au cœur des TCA et qu'elle est interreliée aux autres variables, ce qui n'est pas tout à fait le cas pour la DM.

En ce qui a trait à la *personnalité*, les analyses appuient une ressemblance certaine entre la DM et les TCA en ce qui a trait au *perfectionnisme*, démontrant que les hommes souffrant de DM, au même titre que les femmes souffrant d'un TCA sont davantage perfectionnistes que les hommes du groupe CTRL. Considérant que le perfectionnisme se définit par la poursuite de buts irréalistes en dépit des conséquences négatives qui y sont

reliées (Cassin & von Ranson, 2005) et s'évalue par des thèmes tels que la préoccupation concernant ses erreurs, les standards personnels, ou bien les doutes envers ses propres actions, il est possible de croire que la présence de telles caractéristiques personnologiques constitue un facteur prédisposant à l'adoption de comportements et d'attitudes rigides et potentiellement nuisibles pour la santé mentale dans le but d'avoir un corps le plus parfait possible. De plus, ces résultats vont dans le sens de la littérature actuelle. En effet, des auteurs ont déjà mis en lumière une relation modérée positive entre le perfectionnisme et les symptômes de la DM (Lamana et al., 2010). Davis et Scott-Robertson (2000) ont aussi trouvé des mesures plus élevées de perfectionnisme au sein des groupes de culturistes et de TCA lorsqu'ils les comparent à des données normatives de la population générale.

L'analyse du rôle de la *personnalité obsessionnelle-compulsive* dans la DM s'est avérée non concluante, les résultats ne démontrant aucune différence significative entre les trois groupes. Ces résultats sont surprenants puisqu'ils vont dans le sens contraire de ce qui a été étudié jusqu'à maintenant. En effet, des auteurs ont démontré que des caractéristiques obsessionnelles-compulsives sont significativement reliées aux symptômes de la DM (Chandler et al., 2009; Hildebrandt et al., 2006; Maida & Armstrong, 2005). D'ailleurs, Davis et Scott-Robertson (2000) ont démontré que les hommes culturistes et les femmes souffrant d'anorexie présentaient davantage de traits de personnalité obsessionnelle-compulsive que la population générale, rapportant même des taux aussi élevés que des patients souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif et ce, en utilisant le même instrument de mesure que celui de la présente étude. Par ailleurs, la relation entre les traits de personnalité obsessionnelle-compulsive et les TCA est clairement établie dans plusieurs études (par ex. : Altman & Shankman, 2009; Murphy, Nutzinger, Paul, & Leplow, 2004). Cependant, bien que Davis et Scott-Robertson (2000) aient utilisé le même instrument de mesure que celui de la présente étude, ils ont apporté une modification à la nature des choix de réponse, passant de l'échelle dichotomique « vrai/faux » originale, à une échelle de réponse continue sur laquelle les participants indiquaient leur positionnement sur une ligne horizontale de 155 millimètres. Cette différence quant à la nature des choix de réponse explique peut-être la divergence de résultats, en ce sens qu'une échelle de nature dichotomique ne permet pas de saisir l'étendue des réponses possibles associées au

construit à l'étude. Ainsi, bien que ce type d'échelle soit couramment employée, notamment pour faciliter le traitement des réponses et pour contraindre le répondant à statuer, l'utilisation d'un choix de réponse de nature continue comporte un avantage non négligeable en augmentant la variance des réponses des participants, apportant ainsi plus de nuance et de justesse dans les résultats. Par ailleurs, il importe de souligner qu'une analyse approfondie des coefficients de consistance interne de chacun des groupes a démontré que le coefficient du groupe CTRL est insatisfaisant ($\alpha = 0,52$), comme quoi les participants du groupe CTRL avaient tendance à répondre aux questions du questionnaire de façon inconsistante. On peut supposer que l'instrument n'est peut-être pas adapté pour une population non-clinique, puisqu'il semble moins bien compris des gens qui ne présentent pas, à priori, de caractéristiques obsessionnelles-compulsives.

La présente étude apporte un éclairage nouveau quant au rôle du *narcissisme* dans la DM. Jusqu'à maintenant, les preuves étaient très minces quant à l'apport du narcissisme dans la compréhension de la DM, la plupart des auteurs s'étant surtout intéressés à examiner le lien entre le narcissisme et des mesures associées à la DM chez des populations non-cliniques et certains d'entre eux n'ayant trouvé aucune relation significative entre ces construits (Davis et al., 2005; Kuennen & Waldron, 2007). Toutefois, Davis et Scott-Robertson (2000) ont observé que les hommes culturistes présentent un niveau plus élevé de narcissisme que la population générale, laissant ainsi supposer l'apport potentiel de ce trait de personnalité au sein de la DM. L'ajout d'une mesure multidimensionnelle du narcissisme semble permettre de raffiner notre compréhension de sa contribution au sein de la population d'hommes souffrant de DM. En effet, alors que les hommes souffrant de DM présentent les niveaux de narcissisme grandiose les plus élevés, les femmes du groupe TCA, quant à elles, affichent des taux de narcissisme vulnérable plus élevés que le groupe CTRL et DM, quoique la différence entre les groupes cliniques soit non significative pour ce type de narcissisme. La présence de narcissisme vulnérable chez la population des TCA correspond aux études les plus récentes ayant démontré un lien entre le narcissisme vulnérable et les manifestations cliniques chez les TCA (par ex. : Holliday, Uher, Landau, Collier, & Treasure, 2006; Maples et al., 2011; Waller, Sines, Meyer, Foster, & Skelton, 2007), contrairement au narcissisme grandiose qui lui est plus controversé chez les TCA

(par ex. : Maples et al., 2011; Sines, Waller, Meyer, & Wigley, 2008). Chez les hommes souffrant de DM, seule la sous-échelle « fantaisies grandioses » du narcissisme grandiose s'avère être significative, $F(2,88) = 13,25$, $p = 0,00$ (voir Tableau 3). Ces résultats indiquent que les hommes souffrant de DM se distingueraient des femmes souffrant d'un TCA et des hommes du groupe CTRL par la tendance marquée à entretenir des fantaisies grandioses entourant les thèmes de succès, d'admiration et de reconnaissance. C'est d'ailleurs le rôle central du narcissisme grandiose qui ressort clairement lorsque toutes les variables à l'étude sont incluses dans un modèle de régression logistique. Ainsi, il apparaît clair que le narcissisme de type grandiose, mais plus spécifiquement la présence de fantaisies grandioses, semble être un facteur important dans l'explication de la DM. Le corps deviendrait ainsi surinvestit afin de satisfaire les fantaisies grandioses et tendre le plus possible vers le modèle sociétal idéalisé. D'ailleurs, la comparaison des résultats obtenus pour l'échelle totale du PNI avec les données normées de Pincus et ses collègues (2009) indique que les scores des hommes du groupe DM s'apparentent davantage à ceux obtenus par une population psychiatrique (Ellisson, Levy, Cain, Ansell, & Pincus, 2013). Qui plus est, les hommes du groupe DM présentent des niveaux plus élevés de narcissisme grandiose (3,97 vs. 2,47) et vulnérable (3,36 vs. 2,39) que la population psychiatrique.

Forces et limites de l'étude

La présente étude comporte plusieurs forces, qui se doivent d'être explorées. D'abord, la présence d'un groupe contrôle d'hommes préoccupés par le développement de leur masse musculaire est sans contredit un apport important puisque très peu d'études sur la DM impliquent la présence d'un tel groupe. Le groupe contrôle augmente la validité des résultats en mettant en évidence les caractéristiques distinctives de la DM, permettant ainsi d'avoir un portrait plus juste et représentatif de la problématique. De plus, l'utilisation d'une procédure standardisée dans la formation des groupes cliniques par l'utilisation d'une entrevue diagnostique constitue également une force considérable de l'étude. En effet, la majorité des études s'intéressant à la DM impliquent des mesures objectives auto-rapportées de la DM qui ne permettent pas d'établir un seuil clinique, limitant ainsi les recherches à l'étude des symptômes de la DM auprès de populations non-cliniques. De plus, selon Nieuwoudt et ses collègues (2012), la majorité des études s'intéressant à la DM

recrutent des populations de culturistes, d'hommes pratiquant la musculation de façon compétitive ou non, d'individus pratiquant l'entraînement en salle, ou bien des étudiants. En ce sens, l'élaboration d'un canevas d'entrevue diagnostique (Entrevue diagnostique de la dysmorphie musculaire; EDDM) basé sur les critères de la DM proposés par Pope et ses collègues (1997), lesquels sont utilisés au sein de la littérature pour définir la problématique, constitue un apport certain à la validité de la présente étude en permettant de distinguer clairement le groupe contrôle et le groupe clinique. Finalement, peu d'études se sont intéressées au rôle de la personnalité dans la DM, rôle pourtant important dans la compréhension du phénomène, notamment d'un point de vue clinique. L'identification des enjeux de personnalité chez les individus souffrant de DM permettra sans doute de mieux cibler les traitements adéquats pour la problématique.

En dépit des forces mentionnées ci-haut, la portée des résultats obtenus dans le cadre de la présente étude se doit d'être nuancée par certains aspects. D'abord, tel que déjà mentionné, les groupes cliniques semblent non équivalents en terme de sévérité, ce qui peut affecter la validité des résultats en limitant la comparaison. Toutefois, la comparaison entre ces deux groupes nous permet de constater que les hommes du groupe DM se rapprochent d'un groupe clinique souffrant d'un TCA et se différencie d'un groupe contrôle. Ainsi, les résultats démontrent que les hommes du groupe DM, en dépit de leur recrutement au sein de la population générale, sont plus sévèrement atteints. De plus, le recours à des questionnaires auto-rapportés, en majorité, implique que les résultats ont pu être influencés par la désirabilité sociale des répondants. Finalement, la puissance statistique des résultats est atténuée par la petite taille des échantillons. Toutefois, le nombre moyen de participants des études s'intéressant à un échantillon clinique d'individus souffrant de DM se chiffrerait à 19 (Tod & Lavalée, 2010), ce qui est en deçà du nombre total de sujets constituant l'échantillon clinique de la présente étude ($n = 31$).

Perspectives futures

D'un point de vue clinique, la présence d'enjeux narcissiques grandiose comme facteur explicatif de la DM mène à croire que, comme le corps est une source importante de valorisation, il est fort possible que ces hommes passent davantage de temps à essayer de

parfaire leur apparence physique qu'à prendre conscience du caractère problématique de leurs attitudes et comportements. Ceci pourrait d'ailleurs expliquer le fait que ces hommes consultent peu, investissant leur temps et leur énergie sur l'amélioration de leur apparence et de leur corps, dans les salles de conditionnement physique par exemple, plutôt que par l'utilisation de services psychologiques. S'ils consultent peu, l'idée de consulter dans une clinique spécialisée auprès des TCA serait probablement impossible pour plusieurs, puisque l'idée de souffrir d'un TCA irait complètement à l'encontre de cette image valorisée et grandiose d'eux-mêmes qu'ils tentent d'atteindre et/ou d'entretenir. En effet, l'image de la maigreur associée aux TCA est loin d'être celle préconisée par les hommes qui souffrent de DM. Par ailleurs, ces enjeux narcissiques grandioses agissent en interaction avec un environnement social qui valorise des attitudes et comportements de performance au niveau de l'activité physique et de l'alimentation, ces dernières pouvant même être perçus à tort comme le fruit d'une volonté et d'une détermination enviable pour certains. Cette valorisation sociale agit sans doute à titre de renforcement des fantasmes grandioses qui habitent les hommes souffrant de DM, ce qui ne les aide pas à prendre conscience de la maladie, et à s'engager dans une démarche de consultation psychologique. Si certains consultent, les résultats du présent mémoire attirent l'attention sur l'importance d'aller au-delà des symptômes pour s'intéresser aux enjeux psychologiques sous-jacents, tout en gardant en tête la nature probablement égocentrique des symptômes, puisque ces derniers permettent de répondre à des enjeux de perfection, d'estime de soi et de narcissisme.

Du point de vue de la recherche, dans l'optique où la DM semble se caractériser par une meilleure estime de soi et un narcissisme grandiose plus élevé, alors qu'on remarque chez les personnes souffrant de TCA une moins bonne estime de soi, ainsi qu'un narcissisme vulnérable plus élevé, il serait intéressant de pousser l'analyse de ces deux variables afin de mieux tenir compte des aspects explicite et implicite de l'estime de soi. En effet, à l'instar du narcissisme, l'estime de soi peut être évaluée selon une perspective multidimensionnelle, c'est-à-dire en évaluant l'estime de soi explicite et implicite. Globalement, l'estime de soi explicite est associée à une évaluation de soi basée sur des processus conscients et rationnels, généralement mesurés par des questionnaires auto-rapportés. L'estime de soi implicite fait plutôt référence à une évaluation de soi basée sur

des mécanismes automatiques, subjectifs et inconscients, généralement mesurés par des tâches d'associations implicites (Buhrmester, Blanton, & Swann, 2011; Kernis, 2003). Il pourrait donc s'avérer que les individus souffrant de DM présentent une estime de soi explicite élevée, mais implicite plus faible. Les fantaisies grandioses agiraient alors à titre de protection du soi face à un égo fragile, dont la fragilité est inconsciente. À l'inverse, on retrouverait chez les individus souffrant d'un TCA, une estime de soi explicite faible, mais soutenue par des fantaisies grandioses inconscientes, d'où la présence de narcissisme vulnérable. Ces hypothèses pourraient être vérifiées empiriquement.

Finalement, les entrevues diagnostiques ont fait ressortir certains thèmes cliniques intéressants reliés à la perception des hommes interviewés quant à une masse musculaire développée (par ex. : augmentation du sentiment d'attractivité et du comportement de séduction, sentiment de combattivité plus élevé, perception d'une meilleure confiance en soi générale et auprès du sexe opposé). Il pourrait être pertinent de s'attarder à ces thèmes psychologiques lors d'études subséquentes afin de les approfondir. En ce sens, il pourrait être envisagé, par exemple, d'insérer des questions à l'EDDM qui s'attarderaient à l'exploration des fantaisies grandioses, afin de faire ressortir les thèmes psychologiques sous-jacents. De façon connexe, il pourrait être pertinent d'étudier les fonctions psychologiques des attitudes et comportements impliqués dans la DM (par ex. : activité physique excessive, contrôle alimentaire) chez des individus souffrant de DM, afin de mieux comprendre les processus psychologiques complexes sous-jacents à la problématique.

En conclusion, la DM s'avère être un sujet fort intéressant considérant la recense du trouble et la croissance des écrits sur le sujet. Toutefois, plusieurs études doivent encore être réalisées afin de mieux comprendre les facteurs impliqués, notamment en s'intéressant à des populations ciblées (par ex. : adolescents, populations psychiatriques) et en s'assurant de développer des outils diagnostiques pertinents à la détection de la DM. Les résultats du présent mémoire doctoral mettent en lumière l'importance d'approfondir le rôle du narcissisme, plus spécifiquement le narcissisme de type grandiose, puisque cette variable semble occuper une place importante dans la problématique.

Bibliographie

- Abell, S. C., & Richards, M. H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(5), 691-703.
- Agliata, D., & Tantleff-Dunn, S. (2004). The impact of media exposure on male's body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 7-22.
- Alexander, S. M. (2006). Review of masculinity and men's lifestyle magazines. *International Journal of Men's Health*, 5(2), 217-219.
- Altman, S., & Shankman, S. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review*, 29(7), 638-646.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4^e éd. rév.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Author.
- Baghurst, T., & Kissinger, D. B. (2009). Perspectives on muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 8(1), 82-89.
- Baird, A. L., & Grieve, F. G. (2006). Exposure to male models in advertisements leads to a decrease in men's body satisfaction. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 115-121.
- Barlett, C. P., Vowels, C. L., & Saucier, D. A. (2008). Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image concerns. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(3), 279-310.
- Baum, A. (2006). Eating disorders in the male athlete. *Sports medicine*, 36(1), 1-6.
- Beumont, P. J. V. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Dans C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Éds), *Eating disorders and obesity, a comprehensive handbook* (pp. 162-170). New York: The Guilford Press.
- Blashfield, R. K., Sprock, J., & Fuller, A. K. (1990). Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 15-19.
- Blouin, A. G., & Goldfield, G. S. (1995). Body image and steroid use in male bodybuilders. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 159-165.

- Boyda, D., & Shelvin, M. (2011). Childhood victimisation as a predictor of muscle dysmorphia in adult male bodybuilders. *The Irish Journal of Psychology*, 32(3-4), 105-115.
- Buhrmester, M. D., Blanton, H., & Swann, W. B. Jr. (2011). Implicit self-esteem: Nature, measurement, and a new way forward. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(2), 365-385.
- Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 374-379.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 215-239.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916.
- Chandler, C. G., Derryberry, W. P., Grieve, F. G., & Pegg, P. O. (2009). Are anxiety and obsessive-compulsive symptoms related to muscle dysmorphia? *International Journal of Men's Health*, 8(2), 143-154.
- Chung, B. (2001). Muscle dysmorphia: A critical review of the proposed criteria. *Perspectives in Biology and Medicine*, 44(4), 565-574.
- Cohane, G. H., & Pope, H. G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373-379.
- Cohn, L. D., & Adler, N. E. (1992). Female and male perceptions of ideal body shapes. *Psychology of Women Quarterly*, 16(1), 69-79.
- Confalonieri, E., Gatti, E., Ionio, C., & Traficante, D. (2008). Body esteem scale: A validation on Italian adolescents. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 15(3), 153-165.
- Davis, C., Claridge, G., & Cerullo, D. (1997). Personality factors and weight preoccupation: A continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 467-480.
- Davis, C., Karvinen, K., & McCreary, D. R. (2005). Personality correlates of a drive for muscularity in young men. *Personality and Individual Differences* 39, 349-359.
- Davis, C., & Scott-Robertson, L. (2000). A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: Body shape ideals in the extreme. *Eating behaviors*, 1(1), 33-46.

- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Haines, J., & Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *The Journal of Adolescent Health, 38*(6), 675-683.
- Ellisson, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The impact of pathological narcissism on psychotherapy utilization, initial symptom severity, and early-treatment symptom change: A naturalistic investigation. *Journal of Personality Assessment, 95*(3), 291-300.
- Filiault, S. M. (2007). Measuring up in the bedroom: Muscle, thinness, and men's sex lives. *International Journal of Men's Health, 6*(2), 127-142.
- Fisher, E., Dunn, M., & Thompson, J. K. (2002). Social comparison and body image: An investigation of body comparison processes using. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*(5), 566-579.
- Franzoi, S. L., & Shields, S. A. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment, 48*(2), 173-178.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449-468.
- Goldberg, L., & Elliot, D. L. (2007). The prevention of anabolic steroid use among adolescents. Dans J. K. Thompson & G. Cafri (Éds), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 161-180). Washington DC: American Psychological Association.
- Grave, R. D., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: Prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry, 49*(4), 346-352.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating disorders, 15*(1), 63-80.
- Grieve, F. G., Truba, N., & Bowersox, S. (2009). Etiology, assessment, and treatment of muscle dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 306-314.
- Gruber, A. J., & Pope, H. G. (1999). Compulsive weight lifting and anabolic drug abuse among women rape victims. *Comprehensive Psychiatry, 40*(4), 273-277.
- Haase, A. M., Prapavessis, H., & Owens, F. G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 3*(3), 209-222.

- Harrison, K., Taylor, L. D., & Marske, A. L. (2006). Women's and men's eating behavior following exposure to ideal-body images and text. *Communication Research*, 33(6), 507-529.
- Hatoum, I. J., & Belle, D. (2004). Mags and abs: Media consumption and bodily concerns in men. *Sex Roles*, 51(7/8), 397-407.
- Henson, C. (2004). *Potential antecedents of muscle dysmorphia*. (Thèse de doctorat inédite). Western Kentucky University, Bowling Green, KY.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317-326.
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181.
- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J., & Chung, T. (2006). Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 127-135.
- Hitzerth, V., Wessels, C., Zungu-Dirwayi, N., Oosthuizen, P., & Stein, D. J. (2001). Muscle dysmorphia: A South African sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 521-523.
- Holliday, J., Uher, R., Landau, S., Collier, D., & Treasure, J. (2006). Personality pathology among individuals with a lifetime history of Anorexia Nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 417-430.
- Irving, L. M., Wall, M., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2002). Steroid use among adolescents: Findings from project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 243-252.
- Jacobi, L., & Cash, T. F. (1994). In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self-ideal percepts of multiple physical attributes. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(5), 379-396.
- Jones, D. C., Bain, N., & King, S. (2008). Weight and muscularity concerns as longitudinal predictors of body image among early adolescent boys: A test of the dual pathways model. *Body Image*, 5(2), 195-204.
- Jones, W. R., & Morgan, J. F. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of Public Mental Health*, 9(2), 23-32.
- Jónsdóttir, S. R., Arnarson, E. Ö., & Smári, J. (2008). Body esteem, perceived competence and depression in Icelandic adolescents. *Nordic Psychology*, 60(1), 58-71.

- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry, 14*(1), 1-26.
- Kollei, I., Schieber, K., Zwaan, M. D., Svitak, M., & Martin, A. (2013). Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders, 46*(1), 52-59.
- Kuennen, M. R., & Waldron, J. J. (2007). Relationships between specific personality traits, fat free mass indices, and the muscle dysmorphia inventory. *Journal of Sport Behavior, 30*(505), 253-470.
- Labre, M. P. (2005). Burn fat, build muscle: A content analysis of men's health and men's fitness. *International Journal of Men's Health, 4*(2), 187-200.
- Lamana, J., Grieve, F. G., Derryberry P., Hakman, M., & McClure, A. (2010). Antecedents of eating disorders and muscle dysmorphia in a non-clinical sample. *Eating and Weight Disorders, 15*(1-2), 23-33.
- Lantz, C. D., Rhea, D. J., & Cornelius, A. E. (2002). Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: A test of differences within a conceptual model. *Journal of Strength and Conditioning Research, 16*(4), 649-655.
- Lavine, H., Sweeney, D., & Wagner, S. H. (1999). Depicting women as sex objects in television advertising: Effects on body dissatisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*(8), 1049-1058.
- Lazare, A., Klerman, G. L., & Armor, D. J. (1966). Oral obsessive and hysterical personality patterns: An investigation of psychoanalytic concepts by means of factor analysis. *Archives of General Psychiatry, 14*(6), 624.
- Lazare, A., Klerman, G. L., & Armor, D. J. (1970). Oral, obsessive and hysterical personality patterns. *Journal of Psychiatric Research, 7*(4), 275-290.
- Ledoux, M., & Rivard, M. (2000). *Poids corporel Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé* (p. 642). Québec.
- Lehoux, P. M., Steiger, H., & Jabalpurilawa, S. (2000). State/trait distinctions in bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders, 27*(1), 36-42.
- Leit, R. A., Gray, J. J., & Pope, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *The International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 334-338.
- Leit, R. A., Pope, H. G., & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of playgirl centerfolds. *The International Journal of Eating Disorders, 29*(1), 90-93.

- Leone, J. E. (2009). Muscle dysmorphia symptomatology and extreme drive for muscularity in a 23-year-old woman: A case study. *Journal of Strength & Conditioning Research*, 23(3), 988-995.
- Leone, J. E., Sedory, E. J., & Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-359.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320.
- Maida, D., & Armstrong, S. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4(1), 73-91.
- Maples, J., Collins, B., Miller, J. D., Fischer, S., & Seibert, A. (2011). Differences between grandiose and vulnerable narcissism and bulimic symptoms in young women. *Eating Behaviors*, 12(1), 83-85.
- Mayville, S. B., Williamson, S. D., White, M. A., Netemeyer, R. G., & Drab, D. L. (2002). Development of the muscle appearance satisfaction scale: A self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment*, 9(4), 351-360.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2002). Gender differences in high school students' dieting behavior and their correlates. *International Journal of Men's Health*, 1(2), 195-213.
- McCreary, D. R., Saucier, D. M., & Courtenay, W. H. (2005). The drive for muscularity and masculinity: Testing the associations among gender-role traits, behaviors, attitudes, and conflict. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(2), 83-94.
- McElroy, S. L., Phillips, K. A., & Keck, P. E., Jr. (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(Suppl.), 33-51.
- Mendelson, B. K., Mendelson, D. R., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 90-106.
- Mishking, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R., & Striegel-Moore, R. H. (2000). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological and behavioural dimensions. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 545-562.
- Morgan, J. F., & Arcelus, J. (2009). Body image in gay and straight men: A qualitative study. *European eating disorders review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 17(6), 435-43.

- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review, 17*(3), 191-198.
- Murphy, R., Nutzinger, D. O., Paul, T., & Leplow, B. (2004). Conditional-associative learning in eating disorders: A comparison with OCD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 26*(2), 190-199.
- Murray, S. B., Maguire, S., Russell, J., & Touyz, S. W. (2012). The emotional regulatory features of bulimic episodes and compulsive exercise in muscle dysmorphia: A case report. *European Eating Disorders Review, 20*(1), 68-73.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & de la Garza García, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *The International Journal of Eating Disorders, 43*(6), 483-491.
- Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2012). Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(5), 569-577.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry, 9*(5), 254-259.
- Olivardia, R. (2007). Muscle dysmorphia: Characteristics, assessment and treatment. Dans J. K. Thompson & G. Cafri (Éds), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 123-139). Washington, DC: American Psychological Association.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Borowiecki, J. J., & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men & Masculinity, 5*(2), 112-120.
- Olivardia, R., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *The American Journal of Psychiatry, 157*(8), 1291-1296.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Mangweth, B., & Hudson, J. I. (1995). Eating disorders in college men. *The American Journal of Psychiatry, 152*(9), 1279-1285.
- Parent, M. C. (2013). Clinical considerations in etiology, assessment, and treatment of men's muscularity-focus body image disturbance. *Psychology of Men & Masculinity, 14*(1), 88-100.
- Parker, W. D., & Adkins, K. K. (1995). A psychometric examination of the Multidimensional Perfectionism Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 17*(4), 323-334.

- Parks, P. S. M., & Read, M. H. (1997). Adolescent male athletes: Body image, diet, and exercise. *Adolescence*, 32(127), 593-602.
- Pincus, A. L., Pimentel, E. B., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379.
- Pincus, A. L., & Roche, M. J. (2011). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. Dans W. K. Campbell & J. Miller (Éds), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder, theoretical approaches, empirical findings and treatments* (pp. 31-40). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
- Pope, H. G., & Katz, D. L. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use: A controlled study of 160 athletes. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 375-382.
- Pope, H. G., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409.
- Pope, H. G., Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *The International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 65-72.
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (Éds) (2000). *The adonis complex, how to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. New York: Touchstone.
- Raskin, R., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological reports*, 45(2), 590.
- Rhea, D. J., Lantz, C. D., & Cornelius, A. E. (2004). Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI). *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 44, 428-435.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2007). Pursuit of muscularity among adolescents. Dans J. K. Thompson & G. Cafri (Éds), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 199-216). Washington DC: American Psychological Association.
- Richter, M. A., Cox, B. J., & Dorenfeld, D. M. (1994). A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(2), 143-147.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, S. A., & Hooley, J. M. (2010). *Revisiting the narcissistic personality inventory: Does it measure narcissism, self-esteem, or both?* Manuscript submitted for publication.
- Short, J. (2005). *Creating a tool to measure muscle dysmorphia* (Thèse de doctorat inédite). Western Kentucky University, Bowling Green, KY.
- Sines, J., Waller, G., Meyer, C., & Wigley, L. (2008). Core beliefs and narcissistic characteristics among eating-disordered and non-clinical women. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 81(2), 121-129.
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Thompson, J. K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(4), 227-239.
- Standford, J. N., & McCabe, M. P. (2005). *Sociocultural influences on adolescent boys' body image and body change strategies*. *Body Image*, 2(2), 105-113.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factor for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., & Ach, E. L. (2006). Epidemiology of eating disorders: An update. Dans S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. de Zwaan, & H. Steiger (Éds), *Annual review of eating disorders, part 2* (pp. 66-80). Oxford: Radcliffe.
- Summerfeldt, L. J. (1991). *Obsessive-compulsive personality and anxiety: An application of the multidimensional interaction model* (Thèse de doctorat inédite).
- Thompson, J. K., & Cafri, G. (Éds) (2007). *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). The scope of body image disturbance: The big picture. Dans L. J. Heinberg (Éd.), *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance* (pp. 19-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tiggemann, M. (2004). Dietary restraint and self-esteem as predictors of weight gain over an 8-year time period. *Eating Behaviors*, 5(3), 251-259.
- Tod, D., & Lavalley, D. (2010). Towards a conceptual understanding of muscle dysmorphia development and sustainment. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 3(2), 111-131.

- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(3), 305-316.
- Valls, M., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2011). Étude de validation de la version française du Body Esteem Scale (BES) dans la population masculine. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(2), 58-64.
- Van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body image*, 4(3), 257-268.
- Walker, D. C., Anderson, D. A., & Hildebrandt, T. (2009). Body checking behaviors in men. *Body image*, 6(3), 164-170.
- Waller, G., Sines, J., Meyer, C., Foster, E., & Skelton, A. (2007). Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 143-148.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, P. J., Grisham, S. O., Trotter, M. V., & Biderman, M. D. (1984). Narcissism and empathy: Validity evidence for the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48(3), 301-305.
- Wolke, D., & Sapouna, M. (2008). Big men feeling small: Childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(5), 595-604.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Joiner, T., Peterson, C. B., Bardone-Cone, A., Klein, M., ... Vrshek, S. (2005). Personality subtyping and bulimia nervosa: Psychopathological and genetic correlates. *Psychological Medicine*, 35(5), 649-657.
- Wright, A. G. C., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., & Conroy, D. E. (2010). The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 17(4), 467-483.

Annexe A

Entrevue diagnostique de la dysmorphie musculaire (EDDM)

Directives pour l'intervieweur

- ➔ **Sous-questionner** et demander des **exemples** aussi souvent que nécessaire **si le critère n'est pas clairement rempli**.
- ➔ Si vous sentez un malaise pour certaines questions (ex. : utilisation de drogues), mentionnez que vous comprenez qu'il s'agit d'une question délicate pour lui et soulignez la nature confidentielle de l'entrevue.
- ➔ Tous les mots ou phrases en *italique* représentent des éléments à dire tel quel au participant (paragraphe d'introduction, phrases d'introduction aux nouvelles sections) ou des indications sur une sous-question à demander au participant (par ex. : *Demander un pourcentage*).

Introduction à l'entrevue

L'entrevue que nous allons faire ensemble a pour but de faire un tour d'horizon sur vos habitudes au niveau de l'activité physique et de l'alimentation. Vous allez voir, il y a plusieurs questions, certaines plus spécifiques que d'autres. Si vous vous sentez mal à l'aise face à l'une ou plusieurs d'entre elles, il est important de m'en parler. Sachez que l'échange que nous avons ensemble est strictement confidentiel et qu'en aucun cas vos réponses ne seront dévoilées à d'autres personnes ou pourrons être associées à votre nom. L'entrevue est enregistrée sous format audio simplement pour m'aider à compléter mes réponses par la suite. Avant de commencer, avez-vous des questions? Je vous encourage à poser des questions à n'importe quel moment de l'entrevue si vous avez des interrogations.

SECTION I : Habitudes concernant l'activité physique

Nous allons commencer avec des questions générales portant sur vos habitudes concernant l'activité physique.

1. Pour débiter, j'aimerais que vous me décriviez quel type d'activité physique vous faites en général. **A**

ACTIVITÉ	FRÉQUENCE PAR SEMAINE	DURÉE	MOTIVATIONS <i>« Tu me dis que tu fais xyz activités, x heures par semaine. Quelles sont tes motivations derrière tout ça? »</i>

2. Si vous devez manquer un ou des entraînements, comment vous sentez-vous? **B3**

SECTION II : Habitudes alimentaires

Nous allons maintenant aborder divers éléments reliés à vos habitudes alimentaires et autres pratiques connexes.

3. Quelles sont vos habitudes alimentaires? *Sous-questionner pour évaluer les comportements alimentaires particuliers et la rigidité dans ces comportements.* **A**

a. Dans quel(s) but(s) pratiquez-vous ces habitudes? *On veut savoir dans quelle mesure il est préoccupé par le développement de la masse musculaire et la perte de la masse adipeuse.* **A**

b. Si vous ne pouvez appliquer ces habitudes alimentaires (ex. souper au restaurant, imprévu qui vous retient quelque part, etc.), comment vous sentez-vous, que faites-vous? **A et B3**

4. Avez-vous recours ou avez-vous déjà eu recours à des pratiques alimentaires telles que le jeûne ou les vomissements ou l'aide de méthodes non testées pour améliorer votre apparence physique? **A et B3**

5. Avez-vous déjà consommé des substances ou des drogues (légal ou non) afin de perdre ou de prendre du poids ou d'augmenter votre masse musculaire? **A**

Questionner sur quel type de substance

--

6. Quelle proportion de votre revenu dépensez-vous pour des objets ou des services servant à améliorer votre apparence physique (ex. : produits alimentaires spécifiques, équipement ou activités sportives, cosmétiques et produits de beauté, chirurgie, suivi nutritionnel)? **A**

--

7. Est-ce que vos habitudes au niveau de l'activité physique et/ou de l'alimentation entraînent certaines conséquences ou impacts (physiques, sociales, sexuelles, occupationnelles, financières)? **B4**

Oui **Non**

a. Quelles sont ces conséquences ou impacts?

Physiques	
Sociales	

Amoureuses/ sexuelles	
Occupationnelles	
Financières	

SECTION III : Questions sur l'aspect social des habitudes alimentaires et d'activité physique

Nous sommes maintenant rendus à la dernière section de l'entrevue. Nous allons aborder l'aspect social de vos habitudes.

8. Dans quelle mesure vos relations avec les autres sont-elles affectées par vos préoccupations corporelles et/ou par vos habitudes au niveau de l'exercice physique et de l'alimentation? **B1, B2 et B3 (dépend de la réponse)**

9. Vous arrive-t-il d'abandonner ou de vous absenter de certaines activités sociales, professionnelles, scolaires ou autres, parce qu'elles vous empêchent de maintenir vos habitudes au niveau de l'exercice physique et de l'alimentation? **B1**

10. Vous arrive-t-il de manquer des opportunités d'avancement en raison de vos préoccupations corporelles et/ou à cause de vos habitudes au niveau de l'exercice physique et de l'alimentation? **B1, B2 et B3 (dépend de la réponse)**

11. Vous arrive-t-il d'éviter de montrer votre corps aux autres? **B2**

a. Quels moyens prenez-vous pour éviter de montrer votre corps aux autres? **B2**

12. (Si non mentionné à la Q.11) Portez-vous souvent des vêtements amples pour dissimuler votre corps? **B2**

13. Dans les situations où vous avez à exposer votre corps ou une partie de votre corps devant d'autres personnes (ex. : se changer dans un vestiaire, être à un party piscine, etc.), comment vous sentez-vous? **B2**

Annexe B

Grille de cotation pour l'évaluation de la DM

LE PARTICIPANT COTE-IL? Oui Non

Afin d'être diagnostiqué comme souffrant de DM, le participant doit coter le critère A et au minimum deux des critères B, ainsi que le critère C.

1- Est-ce que le participant répond au critère suivant :

CRITÈRE A : Préoccupation concernant l'idée que leur corps soit insuffisamment mince et musclé

Oui Non → arrêter la cotation.

2- Est-ce que le participant correspond à AU MOINS DEUX des critères suivants?

CRITÈRE B1 : Abandons fréquents ou absence d'activités sociales, professionnelles ou récréatives en réponse à un besoin compulsif de maintenir la routine stricte d'activité physique et/ou alimentaire. N.B. : le critère est rempli même s'il y n'y a pas abandon ou absence d'activités dans le cas où l'individu ne pratique pas d'activités et que l'on juge que cette absence d'activités est reliée à la routine stricte.

Oui Non

CRITÈRE B2 : Évitement des situations dans lesquelles le corps risque d'être exposé ou ces situations sont vécues avec beaucoup de détresse ou d'anxiété.

Oui Non

CRITÈRE B3 : Les préoccupations corporelles sont accompagnées d'une détresse cliniquement significative et/ou d'un dysfonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement.

Oui Non

CRITÈRE B4 : Maintien des habitudes au niveau de l'activité physique, de l'alimentation et/ou de la prise de substances pour améliorer la performance en dépit des conséquences physiques ou psychologiques qui y sont associées.

Oui Non

CRITÈRE C : Les préoccupations et comportements sont orientés vers une peur de devenir trop petit ou d'être insuffisamment musclé et non vers une peur de prendre du poids (anorexie) ou orientés vers un autre aspect de l'apparence physique (peur d'une dysmorphie corporelle).

Oui Non

ITDM (Hildebrandt, Langenbucher, & Schlundt, 2004)

Lisez chaque question et sélectionnez la case qui s'applique le mieux à votre situation.

1 = Jamais

2 = Rarement

3 = Parfois

4 = Souvent

5 = Toujours

- 1. J'aimerais pouvoir devenir plus gros (musclé).
- 2. Je crois que mon corps est trop petit.
- 3. Je crois que mes pectoraux sont trop petits.
- 4. J'aimerais que mes bras soient plus gros (musclés).
- 5. Je crois que mes jambes sont trop minces.
- 6. Je suis très gêné de me montrer torse nu.
- 7. Je porte des vêtements amples pour empêcher les autres de voir mon corps.
- 8. Je sens que je suis trop gras.
- 9. Je déteste mon corps.
- 10. Je laisse tomber des opportunités de rencontrer de nouvelles personnes à cause de mon horaire d'entraînement.
- 11. Je me sens déprimé quand je manque une ou plusieurs sessions d'entraînement.
- 12. Je laisse tomber des activités sociales (par exemple, regarder des parties de football, participer à des soupers, aller voir un film, etc.) avec des amis à cause de mon horaire d'entraînement.
- 13. Je me sens anxieux quand je manque une ou plusieurs sessions d'entraînement.

Échelle d'estime de soi de Rosenberg (ÉES-10)

Indiquez la réponse qui vous semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon votre accord avec l'énoncé : fortement en accord, en accord, en désaccord, ou fortement en désaccord.

1 = fortement en accord

2 = en accord

3 = en désaccord

4 = fortement en désaccord

- ___ 1. Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi.
- ___ 2. Parfois je pense que je ne vauds rien.
- ___ 3. Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.
- ___ 4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.
- ___ 5. Je sens qu'il n'y a pas grand-chose en moi dont je puisse être fière.
- ___ 6. Parfois, je me sens réellement inutile.
- ___ 7. Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.
- ___ 8. J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.
- ___ 9. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis une ratée.
- ___ 10. J'ai une opinion positive de moi-même.

Body Esteem Scale (BES)

Nous vous proposons une série d'affirmations. Lisez, s'il vous plait, chaque affirmation et entourez la réponse de votre choix :

Jamais = 1 / Rarement = 2 / Quelques fois = 3 / Souvent = 4 / Toujours = 5

1.	J'aime ce que je représente en photo	1	2	3	4	5
2.	Les autres me trouvent beau/belle	1	2	3	4	5
3.	Je suis fier/fière de mon corps	1	2	3	4	5
4.	Je suis préoccupé(e) par l'envie de modifier ma masse corporelle	1	2	3	4	5
5.	Je pense que mon apparence pourrait m'aider à obtenir un travail	1	2	3	4	5
6.	J'aime ce que je vois lorsque je me regarde dans un miroir	1	2	3	4	5
7.	Il y a beaucoup de choses que je changerais à mon apparence si je le pouvais	1	2	3	4	5
8.	Je suis content(e) de mon poids	1	2	3	4	5
9.	J'aimerais être plus beau/belle	1	2	3	4	5
10.	J'aime vraiment mon poids	1	2	3	4	5
11.	J'aimerais ressembler à quelqu'un d'autre	1	2	3	4	5
12.	Les personnes de mon âge apprécient mon apparence	1	2	3	4	5
13.	Mon apparence me dérange	1	2	3	4	5
14.	Je suis aussi beau/belle que la plupart des gens	1	2	3	4	5
15.	Je suis plutôt content(e) de mon apparence	1	2	3	4	5
16.	Je pense que mon poids est proportionnel à ma taille	1	2	3	4	5
17.	J'ai honte de mon apparence	1	2	3	4	5
18.	Me peser me déprime	1	2	3	4	5
19.	Mon poids me rend malheureux/malheureuse	1	2	3	4	5
20.	Mon apparence m'aide à obtenir des rendez-vous amoureux	1	2	3	4	5
21.	Je suis préoccupé(e) par mon apparence	1	2	3	4	5
22.	Je pense que mon corps est bien	1	2	3	4	5
23.	J'ai l'air aussi beau/belle que je le souhaiterais	1	2	3	4	5

Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)

Veillez lire chacune des affirmations suivantes et indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec ces affirmations selon le barème suivant.

- 1 = Fortement en désaccord 4 = En accord**
2 = En désaccord 5 = Fortement en accord
3 = Neutre

- ___ 1. J'accorde beaucoup d'importance à l'organisation.
- ___ 2. Si je ne me fixe pas de très hauts standards, je fini rai probablement comme une personne médiocre.
- ___ 3. Il est très important pour moi d'être tout à fait compétent dans tout ce que j'entreprends.
- ___ 4. Je m'efforce d'être une personne organisée. Je devrais être contrarié(e) si je fais une erreur.
- ___ 5. Je me fixe des objectifs plus élevés que la plupart des gens.
- ___ 6. Pour moi, échouer partiellement équivaut à un échec complet.
- ___ 7. Je suis très bon(ne) pour concentrer mes efforts à atteindre un but.
- ___ 8. Je déteste ne pas être le/la meilleur(e).
- ___ 9. Mes parents s'attendaient à l'excellence de ma part.
- ___ 10. Je n'ai jamais senti que j'étais capable de remplir les attentes de mes parents.
- ___ 11. Les autres semblent accepter des standards moins élevés pour eux-mêmes que ceux que je me fixe à moi-même.
- ___ 12. Mes parents ont toujours eu de plus hautes attentes quant à mon avenir que celles que j'ai pour moi-même.
- ___ 13. J'ai constamment des doutes à propos des petites tâches quotidiennes que je réalise.
- ___ 14. Mes parents établissent de très hauts standards à mon égard.
- ___ 15. Quand j'étais enfant, on me punissait pour ne pas avoir atteint la perfection.

1 = Fortement en désaccord

4 = En accord

2 = En désaccord

5 = Fortement en accord

3 = Neutre

- ___ 16. Mes parents n'ont jamais essayé de comprendre mes erreurs.
- ___ 17. Je suis une personne soignée.
- ___ 18. Si j'échoue à l'école ou au travail, cela signifie que j'ai échoué comme personne.
- ___ 19. Mes parents exigeaient de moi que je sois le/la meilleur(e) dans tout.
- ___ 20. Si quelqu'un performe mieux que moi à l'école ou au travail, j'ai le sentiment d'avoir échoué.
- ___ 21. Seules les performances exceptionnelles sont assez bonnes dans ma famille.
- ___ 22. Même quand je suis très minutieux(se) en effectuant une tâche, j'ai souvent le sentiment que ce n'est pas tout à fait correct.
- ___ 23. Je me fixe des objectifs extrêmement élevés.
- ___ 24. Les gens vont probablement m'estimer moins si je commets une erreur.
- ___ 25. Si je n'en fais pas autant que les autres, j'ai le sentiment d'être un être inférieur.
- ___ 26. Si je ne réussis pas tout le temps, les gens ne me respecteront pas.
- ___ 27. Je m'efforce d'être une personne soignée.
- ___ 28. La propreté est très importante pour moi.
- ___ 29. Je me fixe de plus hautes attentes de performance dans mes tâches quotidiennes que la plupart des gens.
- ___ 30. J'ai l'habitude de prendre du retard dans mon travail parce que je reprends souvent ce que fais.
- ___ 31. Moins je commets d'erreurs, plus les gens vont m'apprécier.
- ___ 32. Je suis une personne organisée.
- ___ 33. Ça me prend beaucoup de temps à effectuer une tâche correctement.
- ___ 34. Je n'ai jamais senti que je pouvais atteindre les standards fixés par mes parents.

Obsessive-Compulsive Personality Scale (OCPS)

Chaque énoncé peut être VRAI ou FAUX. Lisez les énoncés et répondez de la façon qui vous décrit le mieux. Pour répondre, vous devez cocher « Vrai » si pour vous l'énoncé est vrai, et « Faux » s'il est faux. Veuillez répondre à chaque énoncé, même si vous n'êtes pas complètement certain(e) de la réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

	Vrai	Faux
1. Il m'en faut beaucoup pour me mettre en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai l'habitude d'agir sereinement sans inquiétude ou irritation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis modéré(e) dans mes goûts et mes émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je suis fier(ère) de ma capacité à contrôler mes émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je suis calme et serein(e) la plupart du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ma vie affective est marquée par la modération et l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai l'habitude de m'exprimer avec prudence et retenue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'adhère au principe selon lequel il est préférable d'économiser en prévision des périodes creuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je chéris les biens matériels que je possède	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je suis fier(ère) de mon sens de l'économie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je note minutieusement l'argent que je dépense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il m'arrive quelquefois de prendre plaisir à revoir et à contempler ce que je possède	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'aime accumuler ou collectionner les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je n'aime pas gaspiller de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'organise mes activités quotidiennes afin qu'il y ait peu d'hésitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai l'habitude de travailler efficacement sans perte de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vrai	Faux
17. Je suis systématique et méthodique dans ma vie de tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai tendance à faire les choses à la dernière minute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Quand je dois entreprendre quelque chose de difficile, je fais un plan qui détaille la marche à suivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'aime organiser ma vie pour qu'elle se déroule sans heurt et sans conflit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tout ce que je fais doit être précis et exact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je peux supporter de très longues périodes d'efforts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je peux travailler sur une tâche difficile pendant un long moment sans m'en lasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je peux apprécier une longue période d'activité continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je peux travailler sans relâche jour et nuit sans me fatiguer ou sans en avoir assez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je suis un(e) bourreau de travail. Je suis rarement épuisé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. J'ai l'impression de préférer le travail au loisir, à la relaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je peux m'acharner sur une tâche même si je ne semble pas obtenir de résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. J'ai l'habitude d'être constant(e) dans mes actions : je travaille toujours de la même manière, j'emprunte toujours la même démarche, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je tiens beaucoup à mes habitudes et routines. Je tolère très bien la monotonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Je constate que la plupart de mes goûts et sentiments sont demeurés relativement stables dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je respecte les traditions et je suis donc plutôt résistant(e) aux changements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vrai	Faux
33. Je pense qu'un mode de vie bien organisé selon des horaires réguliers et une routine établie est ce qui convient le mieux à mon tempérament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ma conduite est guidée par des principes auxquels j'adhère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Je préfère fréquenter mes amis de longue date même si je suis que cela peut me priver de l'opportunité de faire de nouvelles rencontres intéressantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Je pense que mes critères de ce qui est bien ou mal sont plus rigoureux/sévères que ceux de la plupart des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Je fais preuve d'une conscience stricte peu importe la situation à laquelle je suis confrontée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Je ne me permets pas de profiter de certains plaisirs inutiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. J'évite les personnes joyeuses qui ne cherchent qu'à avoir du plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. J'ai un grand sens des responsabilités par rapport à mes obligations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. J'ai le souci de dire la vérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PNI

Veillez évaluer dans quelle mesure vous vous reconnaissez dans chacun des énoncés suivants.

1	2	3	4	5	6
Je ne suis vraiment pas comme cela	Je ne suis pas comme cela	Je ne suis pas vraiment comme cela	Je suis un peu comme cela	Je suis comme cela	Je suis vraiment comme cela
1. Il m'arrive souvent d'imaginer qu'on m'admire et qu'on me respecte.	1	2	3	4	5 6
2. Mon estime de soi varie beaucoup	1	2	3	4	5 6
3. J'ai parfois honte d'avoir cru en des personnes qui finissent par me décevoir.	1	2	3	4	5 6
4. Je peux me sortir de toute situation en discutant avec les autres.	1	2	3	4	5 6
5. Quand je suis seul, j'ai de la difficulté à m'apprécier et à être content de moi.	1	2	3	4	5 6
6. Je me sens bien lorsque je m'occupe des autres.	1	2	3	4	5 6
7. Je déteste demander de l'aide.	1	2	3	4	5 6
8. Je ne me sens pas bien lorsque les autres ne me prêtent pas attention.	1	2	3	4	5 6
9. Je cache souvent mes besoins par peur que les autres pensent que je suis dépendant et dans le besoin.	1	2	3	4	5 6
10. Je peux faire croire n'importe quoi à n'importe qui.	1	2	3	4	5 6
11. Je deviens furieux lorsque les autres ne remarquent pas tout ce que je fais pour eux.	1	2	3	4	5 6
12. Cela me fâche quand les gens ne sont pas intéressés par ce que je dis ou ce que je fais.	1	2	3	4	5 6
13. Je ne dévoilerais pas mes sentiments ou mes pensées intimes à quelqu'un que je n'admire pas.	1	2	3	4	5 6
14. Je m'imagine souvent avoir une très grande influence sur le monde qui m'entoure.	1	2	3	4	5 6
15. Je trouve qu'il est facile de manipuler les gens.	1	2	3	4	5 6
16. Lorsque les autres ne me remarquent pas, je me sens sans valeur.	1	2	3	4	5 6
17. Je mets parfois des personnes de côté quand j'ai peur qu'elles me déçoivent.	1	2	3	4	5 6

	1	2	3	4	5	6
	Je ne suis vraiment pas comme cela	Je ne suis pas comme cela	Je ne suis pas vraiment comme cela	Je suis un peu comme cela	Je suis comme cela	Je suis vraiment comme cela
18. Je deviens habituellement très en colère lorsque je n'obtiens pas ce que je veux des autres.					1 2 3 4 5 6	
19. Souvent, afin de me rassurer sur ma valeur personnelle, je m'entoure de personnes importantes.					1 2 3 4 5 6	
20. Quand je rends service aux autres, je m'attends à ce qu'ils me rendent service en retour.					1 2 3 4 5 6	
21. Quand les autres n'arrivent pas à satisfaire mes attentes, j'ai souvent honte d'avoir eu ces attentes.					1 2 3 4 5 6	
22. Je me sens important lorsque les autres comptent sur moi.					1 2 3 4 5 6	
23. Je peux lire dans les gens comme dans un livre.					1 2 3 4 5 6	
24. Lorsque les autres me déçoivent, je me fâche souvent contre moi-même.					1 2 3 4 5 6	
25. Je suis le meilleur car je me sacrifie pour les autres.					1 2 3 4 5 6	
26. Je rêve souvent d'accomplir des choses qui sont probablement au-delà de mes capacités ou de mes moyens.					1 2 3 4 5 6	
27. Je mets parfois des personnes de côté parce que je crains qu'elles ne fassent pas ce que je veux qu'elles fassent.					1 2 3 4 5 6	
28. Il est difficile de montrer aux autres les faiblesses que je ressens l'intérieur de moi.					1 2 3 4 5 6	
29. Je me fâche lorsqu'on me critique.					1 2 3 4 5 6	
30. Je trouve difficile de m'apprécier à moins de savoir que les autres m'admirent.					1 2 3 4 5 6	
31. Je me plais souvent à m'imaginer que je suis récompensé pour mes efforts.					1 2 3 4 5 6	
32. Je m'en fais parfois à l'idée que la plupart des gens ne s'intéressent pas à moi.					1 2 3 4 5 6	
33. J'aime avoir des amis qui comptent sur moi, car cela me fait me sentir important.					1 2 3 4 5 6	
34. Parfois j'évite certaines personnes parce que je crains qu'elles ne se rendent pas compte de tout ce que je fais pour elles.					1 2 3 4 5 6	
35. Tout le monde aime entendre mes histoires.					1 2 3 4 5 6	

	1	2	3	4	5	6
	Je ne suis vraiment pas comme cela	Je ne suis pas comme cela	Je ne suis pas vraiment comme cela	Je suis un peu comme cela	Je suis comme cela	Je suis vraiment comme cela
36. Je trouve difficile de m'apprécier à moins de me sentir apprécié par les autres.					1 2 3 4 5 6	
37. Cela m'irrite lorsque les gens ne remarquent pas à quel point je suis une bonne personne.					1 2 3 4 5 6	
38. Je ne serai jamais satisfait tant que je n'obtiendrai pas tout ce que je mérite.					1 2 3 4 5 6	
39. À travers mes sacrifices, j'essaie de montrer à quel point je suis une bonne personne.					1 2 3 4 5 6	
40. Cela me déçoit lorsque les autres ne me remarquent pas.					1 2 3 4 5 6	
41. J'envie souvent les réussites des autres.					1 2 3 4 5 6	
42. Je m'imagine souvent accomplir des actes héroïques.					1 2 3 4 5 6	
43. J'aide les autres afin de prouver que je suis une bonne personne.					1 2 3 4 5 6	
44. Il est important de montrer aux autres que je peux me débrouiller tout seul, même s'il m'arrive parfois de douter de moi.					1 2 3 4 5 6	
45. J'imagine souvent des scénarios où je suis reconnu pour mes réalisations.					1 2 3 4 5 6	
46. Je ne peux supporter l'idée d'avoir à compter sur les autres, parce que cela me fait me sentir faible.					1 2 3 4 5 6	
47. J'ai de la difficulté à être satisfait de moi lorsque les autres ne réagissent pas comme je le souhaiterais.					1 2 3 4 5 6	
48. J'ai besoin de la reconnaissance des autres.					1 2 3 4 5 6	
49. J'aspire à être quelqu'un aux yeux du monde entier.					1 2 3 4 5 6	
50. Lorsque les autres perçoivent mes besoins, j'ai honte et je me sens anxieux.					1 2 3 4 5 6	
51. Parfois, j'aime mieux être seul que de ne pas obtenir tout ce que je veux des autres.					1 2 3 4 5 6	
52. Je peux devenir vraiment fâché lorsque les autres sont en désaccord avec moi.					1 2 3 4 5 6	