

THÈSE PRÉSENTÉE POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE : SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE

SPÉCIALITÉ : PSYCHOLOGIE

Par Wilfried SYMPHOR

**Approche transdiagnostique des processus émotionnels et
psychotraumatiques dans les troubles et désordres alimentaires :
Identification de profils psychologiques, modélisation d'un réseau
symptomatique et élaboration d'un protocole d'intervention clinique**

Sous la direction du P^r Greg DECAMPS

Soutenue le 29 juin 2026

Membres du jury :

M. DECAMPS Greg	PU - Université de Bordeaux	Directeur de thèse
Mme DORARD Géraldine	PU - Université de Paris Cité	Rapporteuse
Mme GRYNBERG Delphine	PU - Université de Lille	Rapporteuse
M. GUILLAUME Sébastien	PU-PH - CHU de Montpellier	Examineur
Mme KOLECK Michèle	PU - Université de Bordeaux	Présidente
Mme TROUSSELARD Marion	PU - Ecole des psychologues praticiens	Examinatrice

Résumé

Approche transdiagnostique des processus émotionnels et psychotraumatiques dans les troubles et désordres alimentaires : Identification de profils psychologiques, modélisation d'un réseau symptomatique et élaboration d'un protocole d'intervention clinique

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) constituent un enjeu de santé publique majeur. Leur complexité clinique et leur forte comorbidité questionnent les classifications diagnostiques traditionnelles, souvent insuffisantes pour rendre compte de la diversité des trajectoires et des mécanismes sous-jacents. Malgré les avancées thérapeutiques, une proportion importante de patients présente des formes chroniques ou résistantes, soulignant la nécessité de repenser les modèles explicatifs au-delà des catégories diagnostiques. De nombreux travaux ont mis en évidence le rôle des adversités précoces dans la genèse et le maintien des TCA, mais peu ont exploré de manière intégrée les dimensions traumatiques, dissociatives et émotionnelles. Ces processus semblent pourtant déterminants pour comprendre comment les comportements alimentaires désordonnés, tels que la restriction, les accès hyperphagiques ou les conduites compensatoires, peuvent fonctionner comme des stratégies adaptatives de survie face au trauma. Ce travail doctoral vise à préciser le rôle des processus émotionnels et traumatiques dans l'expression des comportements alimentaires désordonnés, selon une approche transdiagnostique et processuelle. La thèse repose sur cinq études :

- Une analyse en clusters visant à identifier des profils émotionnels et cognitifs au-delà des diagnostics catégoriels classiques (Article 1) ;
- Une revue systématique examinant les liens entre (dys)régulation émotionnelle, facteurs traumatiques et accès hyperphagiques (Article 2) ;
- Une analyse de profils latents caractérisant des sous-groupes de patients selon leur niveau de réactivité et de dysrégulation émotionnelle (Article 3) ;
- Une modélisation en réseau des interactions entre les processus émotionnels, les facteurs psychotraumatiques et la symptomatologie alimentaire (Article 4) ;
- L'élaboration d'un protocole d'intervention (BASED - Body Awareness and Safety for Eating Disorders) ciblant spécifiquement la dissociation et l'intéroception dans les TCA de type binge-eating (Article 5).

Les résultats indiquent que les TCA peuvent être conceptualisés comme des modes de régulation émotionnelle liés à des processus traumatiques et dissociatifs, s'inscrivant dans un continuum transdiagnostique. Ces travaux soulignent l'importance de replacer le corps et la dynamique émotionnelle au cœur de la compréhension des TCA et leur prise en soin. Ils ouvrent la voie au déploiement d'interventions trauma-informées favorisant la restauration du sentiment de sécurité corporelle et le renforcement des capacités de régulation émotionnelle.

Mots clés : Troubles des conduites alimentaires, Régulation émotionnelle, Psychotraumatisme, Approche transdiagnostique, Dissociation.

Abstract

Transdiagnostic approach to emotional and psychotraumatic processes in eating disorders and disordered eating: Identification of psychological profiles, symptom network modeling, and development of a clinical intervention protocol

Eating disorders (EDs) represent a major public health concern. Their clinical complexity and high comorbidity challenge traditional diagnostic classifications, which are often insufficient to account for the diversity of trajectories and underlying mechanisms. Despite therapeutic advances, a significant proportion of patients present chronic or treatment-resistant forms, highlighting the need to rethink explanatory models beyond diagnostic categories. Numerous studies have underscored the role of early adversity in the development and maintenance of EDs, yet few have explored the traumatic, dissociative, and emotional dimensions in an integrated manner. However, these processes appear crucial for understanding how disordered eating behaviors, such as restriction, binge eating, or compensatory behaviors, can function as adaptive survival strategies in the face of trauma. This doctoral work aims to clarify the role of emotional and trauma-related processes in the expression of disordered eating behaviors, using a transdiagnostic and process-based approach. The thesis is based on five studies:

- A cluster analysis aiming to identify emotional and cognitive profiles beyond classical categorical diagnoses (Study 1);
- A systematic review examining the links between emotion (dys)regulation, trauma-related factors, and binge eating (Study 2);
- A latent profile analysis characterizing patient subgroups based on their levels of emotional reactivity and emotion dysregulation (Study 3);
- A network analysis modeling the interactions between emotional processes, psychotraumatic factors and eating symptomatology (Study 4);
- The development of an intervention protocol (BASED - Body Awareness and Safety for Eating Disorders) specifically targeting dissociation and interoception in binge-type eating disorders (Study 5).

The results indicate that EDs can be conceptualized as emotion regulation modes linked to traumatic and dissociative processes, situated within a transdiagnostic continuum. This work underscores the importance of placing the body and emotional dynamics back at the center of understanding and treating EDs. It paves the way for the deployment of trauma-informed interventions promoting the restoration of bodily safety and the strengthening of emotion regulation capacities.

Keywords: Eating disorders, Emotion regulation, Psychological trauma, Transdiagnostic approach, Dissociation.

Unité de recherche

**Laboratoire de Psychologie (LabPsy), UR 4139, 3 Ter Place de Victoire,
33000 Bordeaux - Université de Bordeaux**

Conditions optionnelles de réutilisation :



Remerciements

Aux membres du jury

Professeure Géraldine Dorard, J'ai toujours été impressionné par la rigueur de vos interventions et votre finesse clinique lors des congrès de l'AFSPA auxquels j'ai pu participer. C'est une fierté pour moi d'être aujourd'hui à mon tour évalué par votre regard et de vous compter parmi mes rapporteuses.

Professeure Delphine Grynberg, Merci d'avoir accepté la charge de rapporteuse pour cette thèse. J'ai eu la chance de découvrir vos travaux il y a quelques années et c'est un honneur que vous siégiez aujourd'hui dans ce jury.

Professeur Sébastien Guillaume, je tiens à vous remercier tout particulièrement pour votre bienveillance et la confiance que vous m'avez témoignée durant mon doctorat. En me permettant d'accéder à vos données, vous m'avez offert un cadre de travail serein et précieux. Les chercheurs alliant une telle excellence scientifique à de telles qualités humaines sont rares ; je suis très touché que vous ayez accepté d'évaluer ce travail doctoral.

Professeure Michèle Koleck, Je suis très honoré de vous compter parmi les membres de mon jury. C'est un très beau symbole pour moi de voir mon parcours, depuis mes années de Master jusqu'à l'aboutissement de ce doctorat aujourd'hui, jalonné et évalué par votre présence.

Professeure Marion Trousselard, Merci de me faire bénéficier de votre expertise dans le domaine du psychotraumatisme. J'ai découvert la chercheuse que vous êtes lors du congrès de l'AFORCUMP à Bordeaux, et je suis fière que vous ayez accepté d'évaluer mon travail pour clore ce parcours doctoral.

À vous toutes et tous, je vous adresse mes plus sincères remerciements. Vous êtes des chercheuses et chercheurs dont j'admire le travail et la rigueur ; c'est une chance pour moi que ce travail puisse être évalué par vos regards experts.

À ma direction de thèse

Professeur Greg Décamps. Greg, sans toi cette thèse n'aurait pas été la même, et mon parcours non plus. Je crois aujourd'hui mieux comprendre le chercheur et l'humain que tu es. Au fil de ces années, j'ai eu la chance de découvrir, au-delà du chercheur, un directeur d'une grande humanité, dont la bienveillance s'est manifestée jusque dans les derniers instants de ce doctorat. Merci pour ta confiance et ta sagesse, pour ces mots toujours justes, et pour m'avoir guidé dans la découverte du monde universitaire et de la recherche. Au terme de ces cinq années passées à tes côtés, je suis profondément honoré d'avoir mené ce travail jusqu'au bout avec toi. Merci de m'avoir laissé la liberté de faire, jusque dans ses derniers chapitres, une thèse à mon image. Tu m'as fait confiance, et j'espère sincèrement en avoir été digne.

Aux personnes qui m'ont tendu la main

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux équipes de recherche et aux cliniciens des différents centres partenaires dont l'engagement a rendu possible cette étude multicentrique. Un immense merci à **Pierre Sazerat**, dont l'aide précieuse et l'énergie ont été déterminantes pour solliciter les différents centres et coordonner les prises de contact initiales. Mes remerciements s'adressent également à la FFAB (Fédération Française Anorexie Boulimie), et plus particulièrement à **Julien**, pour avoir relayé mon appel à collaboration en début de doctorat. Ce soutien institutionnel a été le moteur indispensable au lancement de ce projet.

Je tiens à remercier tout particulièrement le **Pr Sébastien Guillaume, Maëliiss Doranges et Maude Sénèque** du CHU de Montpellier. Le **Dr François Chevrier, Julie Baby et Maylis Quihillalt** de la Clinique Château Caradoc de Bayonne. Ma gratitude s'adresse également au **Dr Clément Vansteene** du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, ainsi qu'aux équipes du CHU de Rouen, notamment le **Pr Najate Achamrah**, le **Pr Pierre Dechelotte** et le **Dr Sébastien Grigioni**. Je salue également le soutien du **Pr Pierre Jésus** et du **Dr Laurence Salle** au CHU de Limoges, ainsi que celui du **Dr Sarah Chalopin** et **Pr Christine Poitou-Bernert** du CSO Pitié Salpêtrière. Également la **Pr Blandine Gatta-Cherifi, Dr Maud Monsaingeon-Henry et Madame Stéphanie Delage** au CSO de Bordeaux. Mais également **Louise Avenet, la Dr Delphine Capron, le Dr Antoine Pierre** ainsi que **le Dr Adel Abou-Mrad Fricquegnon**.

Aux rencontres universitaires

Merci aux enseignants du Master Psychologie de la santé : **Bruno, Michèle, Nicole, Cécile, Déborah et Kamel**, merci pour vos enseignements.

Merci à **Katia et Géraldine** pour votre gentillesse ; j'ai aimé évoluer auprès de vous durant ce doctorat, et je vous remercie pour votre bienveillance constante. J'espère secrètement avoir, à l'avenir, la chance de collaborer avec vous.

Merci à la Team Santé : **Hugo, Marie, Maria, Natalija, Louis, Léa, William, Constance, Noémie, Amandine**. Je retiens nos beaux moments lors des congrès de l'AFSPA merci pour votre gentillesse et la bienveillance dans mes débuts jusqu'à aujourd'hui.

Merci à l'ensemble des doctorants du laboratoire de psychologie et à nos précieuses collègues **Elisabeth et Marie. Luce, Adèle, Méryl, Emma, Simon P., Sarah, Simon F., Adrien, Nico, Lucie-Anna, Vincent, Martin, Camille, Widad, Hélène, Yohan, Alizée**.

A l'équipe et la grande famille Ubeelab et particulièrement **Annabel**, merci pour ton accompagnement dans mon projet PsychEspoir, pour ton écoute. Je n'oublierai pas notre rencontre.

À mes collègues d'Addictions France

Mes premiers mots vont à **Marie-Élise**, pour ton soutien et la collaboration qui nous a liés pendant cinq ans, depuis mes premiers pas à Addictions France en tant que volontaire en service civique. Aujourd'hui, aucun mot ne pourrait vraiment qualifier tout ce que tu m'as apporté dans mon parcours professionnel. Ce que je sais, en revanche, c'est qu'en quittant Addictions France (il fallait bien que ça arrive un jour), j'ai gagné bien plus qu'une relation professionnelle : une amitié sincère.

Laurent, Marie, Marie-Hélène et Laura, vous m'avez initié à la prévention bien avant que je rentre en master de psychologie. J'ai appris à vos côtés à m'éloigner de la rigidité de certains manuels pour me confronter à la réalité du terrain. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, vraiment.

Merci à mes différentes tutrices de stage qui m'ont formé à la prise en soin des addictions : **Laurence, Sandrine, Valérie et Laetitia**. Merci pour la richesse et la générosité de nos discussions. Merci à toutes les équipes de soins pour votre accueil chaleureux lors des formations et pour votre gentillesse.

Merci à **Philippe** pour la confiance que tu nous as accordée, à Marie-Élise et à moi, dans l'obtention de ce projet et dans nos démarches auprès de l'ARS. Merci à l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour le financement de ce projet, mené en parallèle de ma thèse. Nous sommes allés au bout de ce que nous avions imaginé ensemble, alors merci de l'avoir rendu possible.

Enfin merci à tous mes collègues chargés de prévention, à l'équipe TCA qui m'a fait confiance avec ce beau projet prévention. Pour ne pas oublier quelqu'un je n'écrai pas chacun de vos noms mais tous autant que vous êtes, vous êtes formidables. Merci à **Ophélie** et **Mathilde** pour votre soutien. Sans oublier Jordana et Gaëlle, merci pour avoir aidé au projet (Every)BodyProject.

À mes rencontres doctorales

Roxane, merci d'être la psychologue et la chercheuse que tu es. Il y a quelques années, je suivais avec admiration ce que tu arrivais à mettre en place en France pour la prévention des TCA ; aujourd'hui, j'ai la chance d'y contribuer en partie avec et grâce à toi. Merci de m'avoir fait confiance. **Zoé**, tu es une personne d'une grande qualité humaine et pédagogique. J'ai beaucoup appris à tes côtés et je suis ravi d'envisager la poursuite de nos activités tous les trois. Merci à toutes les deux.

Barbara, merci pour ta gentillesse et nos échanges stimulants. J'ai hâte de découvrir notre amitié naissante et, qui sait, de beaux projets à partager.

Céline, merci pour ton soutien malgré la distance, je suis très heureux d'avoir croisé ton chemin.

À ma promotion de Master

Ma première famille de psychologues : j'ai pensé à vous très souvent pendant mon doctorat, et j'espère sincèrement que nous pourrions perpétuer nos séjours dans ce gîte en Dordogne. Merci de m'avoir poussé. Ce sont des années magnifiques que nous avons laissées derrière nous, et un brin de nostalgie m'emporte en écrivant ces lignes. Merci particulièrement à **Marie-Lou** et **Flavie** pour votre épaule et votre amitié, si importante pour moi. Mais sans oublier **Tamari**, **Marie-Charlotte**, **Sarah**, **Filoé**, **Tom**, **Marlène**, **Rachel**, **Laura**, **Sarah**, **Virginie**, **Aude**, **Emilie**, **Catherine**, **Marion**, **Livia**, **Jade**. Merci les amis.

À mes exemples

Léa, **Léna**, **Natalija**, avant même d'avoir la chance d'être formé aux TCA à vos côtés, j'admirais déjà vos travaux et vos parcours. Léna, ta thèse est la première que j'ai lue, et ta précision clinique m'a profondément marqué. Léa, merci pour ta gentillesse et ta patience tout au long de mon apprentissage. Je te suis très reconnaissant de m'avoir donné ma chance et de m'avoir accompagné lors de mon dernier stage clinique. Enfin Natalija, merci pour ta gentillesse ; tu as été un véritable modèle de chercheuse pour moi, nos moments à Montpellier sont des souvenirs que je garde précieusement en mémoire. Vous m'avez toutes apporté des éléments précieux qui ont façonné mon appréhension des TCA et m'ont permis de découvrir de nouveaux horizons cliniques. J'espère sincèrement avoir respecté votre travail et fait honneur aux savoirs que vous m'avez transmis.

Virginie, une rencontre professionnelle que je n'aurais jamais espérée. L'une de mes plus belles expériences professionnelles a été à tes côtés. Tu as façonné ma vision du soin et de la clinique : loin de la performance, au plus près de l'authenticité. Merci pour ton savoir. J'espère que nous continuerons à créer de belles choses ensemble à l'avenir... Si j'avais pu rester ton stagiaire et boire notre chicorée plus longtemps, je l'aurais fait.

Merci également à **Hélène** pour ta gentillesse et pour avoir accepté de co-construire avec moi le protocole présenté dans cette thèse.

Plus globalement, un immense merci à **Julie, Maylis, Virginie, Hélène et Maria** pour notre travail d'une année entière autour du protocole. Vous m'avez beaucoup appris, et je suis très fier d'intégrer cette partie de notre travail commun dans cette thèse.

À mes éclareuses

Laurence, dont la présence éclaire et illumine mon quotidien depuis plus de dix ans déjà. À travers les années, vous avez été ce repère inébranlable et ce regard d'une justesse nécessaire. Merci de m'avoir appris à naviguer dans cette grande ville qu'est la vie. Au-delà des mots couchés sur ces pages, je vous dois une part précieuse de la lumière et de la force qui m'animent aujourd'hui. Merci infiniment.

Anne-Laure, Sarah, je ne pouvais pas me résoudre à ne pas vous citer. Merci pour tout.

À mes amis

Mes précieux amis et acolytes de doctorat : **Camille, Clément, Jordan, Laura**: l'aventure du doctorat n'aurait pas eu la même saveur sans vous, sans votre fougue quotidienne. Merci d'avoir été de si bons compagnons de route.

Jordan, Camille, je tenais à vous remercier plus particulièrement. Nous avons commencé cette aventure ensemble, et je la termine avec un léger pincement au cœur, car cela signifie aussi que nos chemins, après la thèse, vont se séparer. Jordan, tu as été mon rayon de soleil dans cette dernière ligne droite, au point que je venais au laboratoire avec moins d'élan les jours où tu n'étais pas là. Camille, tu es une véritable amie remplie de bienveillance à mon égard merci pour nos discussions et nos beaux moments passés ensemble.

Maria, je ne m'attendais pas à cette belle rencontre. Merci pour ce que tu m'as transmis, pour notre amitié et nos partages... peut-être trop rares à mon goût sur les débuts, mais nous aurons toute l'occasion de nous rattraper une fois cette aventure de thèse terminée !

Camille, Cécile, Mathou, Marga, Manon, Loli, Cléa, mes amies de toujours. Dire que l'on se connaît depuis les années collège ! C'est si beau et précieux de voir à quel point notre amitié a grandi, évolué et mûri en même temps que nous. Merci d'être ces super copines, celles qui me connaissent bien avant la psychologie et les tourments de la thèse.

Fiona, même loin l'un de l'autre je sais que nous pouvons compter l'un sur l'autre, merci d'être présente dans ma vie

Laetitia, merci pour tes conseils précieux, ta clarté et gentillesse. **Simon**, merci pour tes nombreux partages sur nos conversations de groupe. À tous les deux : merci de m'avoir offert de véritables bouffées d'oxygène durant cette thèse.

A ma famille

Ma **Camille**, l'une des femmes les plus importantes de ma vie. Merci d'être toujours là pour moi. Toi, tu y as cru jusqu'au bout, encore plus que moi, à ces études de psychologie. Tu m'as toujours poussé à aller plus loin et tu n'as jamais douté de moi ; c'est aussi grâce à toi si j'ai osé emprunter cette voie. Tu es avec moi dans chacun des bons et mauvais côtés de l'existence. Merci d'être à mes côtés, ma meilleure amie. J'espère que tu continueras d'être fière de moi encore longtemps.

Julie, comment résumer plus d'une décennie d'amitié ? Merci d'être cette présence indéfectible, de m'apporter au quotidien une joie et une légèreté si précieuses. Nous avons traversé tant de chapitres ensemble, jusqu'à partager ce fameux confinement, une véritable parenthèse. Merci d'être cette amie avec qui tout devient plus doux. Quand je repense à tous ces souvenirs merveilleux gravés dans nos mémoires, je donnerais beaucoup pour pouvoir en revivre certains à tes côtés.

Geoffrey, mon petit frère, l'acolyte de mon enfance. J'espère que nous prendrons, dans les années à venir, le temps de continuer à bâtir cette relation qui me tient tant à cœur.

Charles et **Christiane**, Papi, Mamie. Merci d'être ces grands-parents extraordinaires dont tout le monde rêve. Je mesure la chance de vous avoir auprès de moi à 28 ans, pour ce beau moment. Vous m'avez accompagné dans ma construction jusqu'à aujourd'hui, et les souvenirs que je garde à vos côtés sont parmi les plus précieux que je porte. Mamie, mon doctorat a été marqué par des bouleversements importants pour toi, je tenais à te dire que tu es la personne la plus courageuse que je connaisse. Je t'aime.

Céline et **Patrick**. Maman, Papa, merci pour votre amour et pour les valeurs que vous m'avez transmises, et pour ce regard fier que vous posez sur mes réussites. Ces réussites, je vous les dois en grande partie : j'ai eu la chance de pouvoir m'épanouir sereinement et de mener mes études dans de bonnes conditions, grâce à vous. Maman, je sais que tu aurais aimé poursuivre tes propres études, et je mesure aujourd'hui, avec le recul, tout ce que la vie a pu mettre sur ton chemin. Cette thèse, je la porte aussi pour toi. Merci pour votre amour. Je vous aime.

À ma tante **Patricia**, dont la présence et l'affection m'ont toujours été si précieuses, un immense merci. Je n'oublie pas **Dom**, ni **Mattéo**, mon petit cousin, à qui je pense fort aujourd'hui.

Enfin, je tiens à remercier l'homme qui habite mon cœur depuis bientôt cinq ans. **Salim**, cinq ans que je te connais, et cinq ans que tu manges, c'est le cas de le dire, psychologie matin, midi et soir. Tu as appris à connaître, à comprendre et à aimer ce métier qui me passionne, simplement parce qu'il faisait partie de moi. Cela dit déjà beaucoup de l'homme que tu es. Tu as été mon pilier tout au long de ces années. Dans les moments de doute, tu as su rester quand il aurait été plus simple de s'éloigner ; dans les moments de fatigue, tu as porté ce que je n'arrivais plus à porter. Tu m'as fait grandir autant que cette thèse a pu le faire, peut-être même davantage. Merci d'être qui tu es, et de l'être avec moi. Cette dernière ligne droite, je ne l'aurais imaginée avec personne d'autre que toi. Si je suis allé au bout, c'est aussi grâce à toi. Je mesure chaque jour la chance que j'ai d'être aimé par toi. Je t'aime.

Aux patients et personnes concernés

Je remercie enfin l'ensemble des **patients** et des **participants**, touchés de près ou de loin par les TCA, qui ont rendu ces études possibles en y prenant part. Et, plus largement, toutes les personnes qui souffrent encore aujourd'hui, trop souvent dans le silence, de ces troubles. Cette thèse leur est adressée. Tout au long de ces années, j'ai tâché de ne jamais perdre de vue l'objectif premier, celui qui devrait, à mes yeux, guider chaque chercheur.e dans son domaine, qu'il soit clinique ou non : être utile, vraiment utile, aux personnes qui souffrent, et contribuer à mieux comprendre un phénomène qui fait tant souffrir. Curiosité intellectuelle, ambition personnelle, peut-être. Mais surtout, le faire pour vous. Et pour nous. Car, plus qu'un autre trouble, les TCA nous concernent tous, et chacun de nous a un rôle à jouer dans leur prévention et prise en soin.

J'espère que ce travail apportera sa pierre à l'édifice. Même un petit galet. Juste un petit.

Table des matières

Résumé.....	2
Remerciements	5
Liste des abréviations	13
Liste des tableaux.....	14
Liste des figures.....	15
PREAMBULE	17
INTRODUCTION GENERALE	22
CHAPITRE 1. DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE AUX TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : UNE LECTURE DIMENSIONNELLE ET PROCESSUELLE	31
1. Du DSM aux processus : limites de l'approche catégorielle et pertinence du continuum	32
1.1. Approche catégorielle des troubles des conduites alimentaires : repères nosographiques et cliniques	32
1.2. Les attitudes alimentaires désordonnées : un versant cognitif et affectif.....	35
1.3. Les conduites alimentaires désordonnées : un versant comportemental	37
1.4. Approche dimensionnelle du comportement alimentaire : styles et tendances alimentaires.....	41
1.5. Approche transdiagnostique des troubles des conduites alimentaires	43
2. Déterminants et mécanismes de maintien : une perspective multifactorielle	50
2.1. Approche multifactorielle de l'apparition des TCA.....	50
2.2. Déterminants socio-environnementaux.....	53
2.3. Déterminants psychologiques	58
2.4. Approches intégratives et transactionnelles : déterminants ou conséquences ?	61
2.5. Etude 1 : Au-delà des diagnostics : profils émotionnels et cognitifs des troubles des conduites alimentaires identifiés par analyse en clusters	64
CHAPITRE 2. PSYCHOTRAUMATISME, DYSREGULATION EMOTIONNELLE ET TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES	88
1. Expériences adverses, psychotraumatisme et dissociation.....	89
1.1. Des expériences adverses au psychotraumatisme : clarifications conceptuelles nécessaires	89
1.2. Modèles du psychotraumatisme, prévalences et liens avec les TCA	91
1.1. La dissociation comme mécanisme charnière entre trauma et TCA	96
2. (Dys)régulation émotionnelle et troubles de conduites alimentaires	103
2.1. Les répercussions émotionnelles du psychotraumatisme	103
2.2. La régulation émotionnelle : modèles contemporains et implications pour les TCA	104
2.3. La restriction alimentaire : une régulation suppressive et anticipatoire	113
2.4. L'accès hyperphagique : une régulation réactive et déchargeante	115
3. Comprendre les troubles alimentaires et désordres alimentaires : trauma et processus émotionnels en interaction.....	120
3.1. Nature des liens et interactions entre psychotraumatisme et processus émotionnels	120

3.2. Etude 2 : Emotional (dys)regulation and trauma-related mechanisms of binge eating: a systematic review	121
CHAPITRE 3. ETUDES PROCESSUELLE, TYPOLOGIQUE ET INTERVENTIONNELLE DES TROUBLES ET DESORDRES ALIMENTAIRES	154
1. Présentation projet de recherche EMOTRAC (ÉMOtions, TRAuma et Comportement alimentaire)	155
1.1. Méthodologie du projet EMOTRAC	155
1.2. Objectifs de la suite des travaux	157
1.3. Etude 3: Emotional vulnerability profiles in eating disorders: A latent profile approach to emotional reactivity, dysregulation and psychotraumatic burden.....	158
1.4. Etude 4 : Trauma, dissociation, and emotion regulation in binge-spectrum eating disorders: A network analysis.....	185
1.5. De la modélisation à la clinique : Justification et élaboration d'une approche ciblée	215
1.6. Etude 5: Targeting dissociation and interoception in binge-type eating disorders: A single-case experimental Study (BASED Protocol)	218
CHAPITRE 4. DISCUSSION GENERALE	246
1. Synthèse intégrative des différentes études	247
1.1. Vers un cadre intégratif : l'inférence active et le traitement de l'expérience interne	251
2. Proposition de travaux complémentaires	252
2.1. Valider les mécanismes dans le temps : protocole d'évaluation écologique momentanée	253
2.2. Répliquer et étendre : modélisation en population générale	254
2.3. Approfondir la compréhension de la dissociation.....	255
2.4. Enrichir et tester le protocole BASED.....	256
3. Comment améliorer la prise en charge des TCA en intégrant la place du psychotraumatisme : L'approche trauma informée.....	257
3.1. Rendre systématique l'évaluation des processus émotionnels et traumatiques.....	257
3.2. Former et sensibiliser les professionnels.....	259
3.3. Penser au-delà du soin : prévention et approches incarnées.....	260
3.4. Domaines d'application : au-delà des TCA	268
4. Conclusion	270
BIBLIOGRAPHIE	273
ANNEXES.....	344
1. Annexe 1 : Portfolio du candidat sur les activités réalisées pendant le doctorat.	
2. Annexe 2 : Avis Comité Protection des Personnes - EMOTRAC (clinique).	
3. Annexe 3 : Avis Comité Ethique Université de Bordeaux - EMOTRAC (communautaire).	
4. Annexe 4 : Flyer soignants et participants - EMOTRAC (population clinique).	
5. Annexe 5 : Flyer participants - EMOTRAC (population générale).	
6. Annexe 6 : Note d'information- EMOTRAC (clinique et communautaire).	
7. Annexe 7 : Avis Comité Protection des Personnes – REPAT-CA.	
8. Annexe 8 : Flyer soignants et participants - projet de recherche REPAT-CA.....	

9.	Annexe 9 : <i>Avis Comité Protection des Personnes – (Every)Body Project.</i>	364
10.	Annexe 10 : <i>Flyer participants - projet de recherche (Every)BodyProject.</i>	
11.	Annexe 11 : <i>Echelles psychométriques et questionnaires utilisés dans le projet EMOTRAC.</i>	
12.	Annexe 12: <i>Article - Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review (Karimov-Zwienenberg, Symphor, Peraud & Décamps, 2024).</i>	

Liste des abréviations

ACEs	<i>Adverse Childhood Experiences (Expériences d'adversité durant l'enfance)</i>
AH / BE	<i>Accès Hyperphagique / Binge Eating</i>
AN	<i>Anorexie Mentale</i>
BASED	<i>Body Awareness and Safety for Eating Disorders (Protocole d'intervention)</i>
BES	<i>Binge Eating Scale</i>
BN	<i>Boulimie Nerveuse</i>
CIM-11	<i>Classification Internationale des Maladies - 11e révision</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
D-FLEX	<i>Cognitive and Attentional Flexibility Scale</i>
DE	<i>Disordered Eating (Désordres alimentaires)</i>
DERS	<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i>
DES-II	<i>Dissociative Experiences Scale - Version 2</i>
DSM-5-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5e édition, texte révisé</i>
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination - Questionnaire</i>
EMA	<i>Ecological Momentary Assessment (Évaluation momentanée écologique)</i>
EMAQ	<i>Emotional Appetite Questionnaire</i>
EPT	<i>Événement Potentiellement Traumatique</i>
ERS	<i>Emotion Reactivity Scale</i>
HB / BED	<i>Hyperphagie Boulimique / Binge Eating Disorder</i>
IMC /BMI	<i>Indice de Masse Corporelle / Body Mass Index</i>
ITQ	<i>International Trauma Questionnaire</i>
LPA	<i>Latent Profile Analysis (Analyse de profils latents)</i>
MAIA	<i>Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness</i>
NA	<i>Network Analysis (Analyse en réseau)</i>
OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
SCED	<i>Single-Case Experimental Design (Protocole expérimental à cas unique)</i>
SCOFF	<i>Sick, Control, One stone, Fat, Food (Questionnaire de dépistage)</i>
TCA	<i>Troubles des Conduites Alimentaires</i>
TSPT	<i>Trouble de Stress Post-Traumatique</i>
TSPT-C	<i>Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe</i>

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Estimations des prévalences vie entière des principaux troubles des conduites alimentaires.</i>	33
Tableau 2. <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques par cluster.</i>	75
Tableau 3. <i>Différences inter-clusters sur les variables de regroupement (validation interne).</i>	76
Tableau 4. <i>Comparaison des cluster sur la sévérité symptomatique alimentaire et l'insatisfaction corporelle. ..</i>	78
Tableau 5. <i>Comparaison des cluster sur la qualité de vie liée aux TCA (EDQOL).</i>	79
Tableau 6. <i>Comparaison des clusters sur les dimensions de maltraitance infantile (CTQ-SF).</i>	80
Tableau 7. <i>Classification et définition des principales composantes de l'expérience affective.</i>	103
Tableau 8. <i>Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des participants par échantillon et au niveau global.</i>	163
Tableau 9. <i>Indices d'ajustement des modèles de profils latents selon les différentes solutions en classes.</i>	170
Tableau 10. <i>Caractéristiques internes des profils latents sur les dimensions émotionnelles.</i>	171
Tableau 11. <i>Comparaison des profils latents sur les variables externes liées aux TCA et à la dissociation.</i>	175
Tableau 12. <i>Comparaison des profils latents sur les dimensions de la symptomatologie traumatique.</i>	176
Tableau 13. <i>Distribution du statut diagnostique ITQ selon les profils latents.</i>	177
Tableau 14. <i>Comparaison des moyennes et écarts-types entre l'échantillon clinique et communautaire sur les variables du réseau.</i>	195
Tableau 15. <i>Summary of measures by assessment time point and study phase.</i>	229
Tableau 16. <i>Five step sessions of the BASED protocol.</i>	233

Liste des figures

Figure 1. Résumé de l'article « Phénomènes de prise de poids lors du sevrage alcoolique : mécanismes explicatifs et recommandations thérapeutiques » (Symphor et al., 2024).	18
Figure 2. Cartographie des sites de formation réalisé par le doctorant au repérage et à l'accompagnement des TCA au sein des antennes Addictions France de la région Nouvelle-Aquitaine.	20
Figure 3. Résumé de l'article « Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review » (Karimov-Zwienenberg et al., 2024).	21
Figure 4. Représentation schématique des différents TCA selon la classification DSM5-TR.	22
Figure 5. Articulation des différentes études de la thèse.	29
Figure 6. Synthèse des troubles alimentaires et caractéristiques associées (traduction de Attia & Walsh, 2025).	34
Figure 7. Proposition de représentation graphique de la relation entre contrôle alimentaire et difficultés liées à l'image corporelle.	38
Figure 8. Proposition de représentation graphique de la relation entre perte de contrôle alimentaire et difficultés de régulation émotionnelle.	40
Figure 9. Modèle cognitivo-comportemental transdiagnostique des TCA (d'après Fairburn et al., 2003).	45
Figure 10. Modèle neurocognitif en spectre impulsivité-restrictivité des TCA (d'après Brooks et al., 2012).	46
Figure 11. Modèle cognitif et interpersonnel de l'anorexie mentale (d'après Schmidt & Treasure, 2006).	47
Figure 12. Positionnement des perturbations alimentaires sur le continuum adaptatif-pathologique inspiré de Monthuy-Blanc et al., 2023 et des travaux de Brooks et al., 2012.	50
Figure 13. Modèle de la double voie (Dual pathway model ; Stice, 1996, 2001).	54
Figure 14. Cartographie des possibles pratiques alimentaires parentales (traduction de Vaughn et al., 2016). .	56
Figure 15. Représentation graphique des profils moyens standardisés ($\pm$ erreur standard) pour l'alimentation émotionnelle et les dimensions de rigidité cognitive dans l'échantillon total.	74
Figure 16. Modèle pyramidal des conséquences des expériences adverses de l'enfance appliqué à la trajectoire des Troubles des Conduites Alimentaires (d'après Felitti et al., 1998).	90
Figure 17. Intégration de la théorie cognitivo-comportementale du trouble stress post-traumatique et de la théorie transdiagnostique des troubles des conduites alimentaires (traduit de Mitchell et al., 2021).	96
Figure 18. Poster scientifique - Dissociation et désordres alimentaires ; conceptualiser la dissociation comme une stratégie d'évitement.....	102
Figure 19. Processus et stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle dans le contexte clinique des TCA (adapté du modèle de Christensen & Haynos (2020)).	106
Figure 20. Modèle CBT-E élargie aux processus émotionnels (Trompeter et al., 2021).	107
Figure 21. Modèle processuel de la régulation émotionnelle (d'après Gross, 1998, 2015).	108
Figure 22. Modèle de la flexibilité régulatrice (traduit de Bonanno & Burton, 2013).	110
Figure 23. Synthèse des modèles affectifs de la perte de contrôle alimentaire (Mikhail, 2021).	118
Figure 24. Poster scientifique présentant une synthèse de la revue systématique : Emotional (dys)regulation and trauma-related mechanisms of binge eating: a systematic review.	123
Figure 25. PRISMA flow diagram for the selection of eligible studies.	131
Figure 26 : Synthèses des différentes études	132
Figure 27. Profils latents de vulnérabilité émotionnelle : moyennes standardisées sur les dimensions de dysrégulation et de réactivité émotionnelles.....	173
Figure 28. Réseau transdiagnostique de la symptomatologie alimentaire, au psychotraumatisme, à la dysrégulation émotionnelle, à la réactivité émotionnelle et à la dissociation (N = 473).	199
Figure 29. Centralité des noeuds (Expected Influence standardisée).	202
Figure 30. Test de différence de la centralité (Expected Influence) par comparaison de bootstraps non-paramétriques.	203
Figure 31. Influence Attendue de Pont (Bridge Expected Influence, 1-step) des nœuds transdiagnostiques.	204
Figure 32. Test de différence de l'influence de pont (Bridge Expected Influence) par comparaison de bootstraps non-paramétriques.	206
Figure 33. BASED protocol study timeline.	225

Figure 34. <i>BASED protocol overview.</i>	241
Figure 35. <i>Modèle d'équations structurelles proposé pour la validation des médiations identifiées dans la thèse.</i>	255
Figure 36. <i>Proposition d'un cadre temporel de prise en soins trauma informé dans les TCA (adapté et enrichi de Brewerton et al., 2023).</i>	261

PREAMBULE

Ce travail de thèse s'inscrit dans une démarche où l'expérience clinique et la recherche scientifique s'enrichissent mutuellement, guidé par une interrogation centrale : *comment appréhender les comportements alimentaires lorsqu'ils dépassent leur fonction nutritive pour devenir l'expression de processus psychologiques, émotionnels et corporels complexes, souvent associés à une souffrance psychique ?*

Mon orientation vers la profession de psychologue ne s'est pas imposée d'emblée comme une évidence. Elle a émergé progressivement, à l'image d'un parcours universitaire non linéaire. Loin d'être des freins, ces épreuves ont agi comme un temps de maturation nécessaire et ont nourri mon rapport à l'échec et mon orientation professionnelle. C'est dans ce contexte de réorientation que j'ai rejoint l'Association Addictions France en tant que volontaire en Service Civique. Au contact des usagers, j'ai découvert que derrière des conduites addictives souvent jugées « problématiques », se cachaient en réalité des tentatives d'adaptation, voire de survie. J'ai compris que pour appréhender un symptôme, il fallait d'abord saisir la fonction qu'il remplit dans l'histoire de la personne, une histoire souvent jalonnée par la vulnérabilité et la douleur des traumatismes.

À la suite de cette expérience, j'ai réintégré le cursus universitaire en Master de Psychologie clinique de la santé à l'Université de Bordeaux avec une vision plus concrète des réalités de terrain. Ma rencontre avec le Pr Greg Décamps ainsi que sa supervision lors de mes premiers travaux de mémoire ont semé progressivement la perspective d'un doctorat et le souhait de continuer notre collaboration. Enfin, mon stage de fin d'études au sein de la filière adulte des troubles des conduites alimentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, a permis de consolider mes intérêts cliniques autour de ces troubles. J'y ai exploré les liens étroits entre addiction, TCA, traumatisme et régulation émotionnelle, qui deviendront les fondements de ce projet. Cette spécialisation en addictologie durant mon parcours m'a également permis de participer à l'écriture d'un article portant sur la prise de poids lors du sevrage alcoolique, paru dans la revue « Médecine des Maladies Métaboliques ». Cet article propose de recenser, dans une démarche intégrative, certains facteurs psychologiques impliqués dans ce phénomène et d'en discuter les implications en termes de prévention et de prise en soins. Ce travail a constitué l'occasion de mettre en exergue l'importance d'une lecture psycho-corporelle du comportement alimentaire au sein des populations présentant des conduites addictives, problématique encore peu explorée dans ce champ. Le résumé de cet article est présenté dans la figure n°1 ci-après.

Figure 1.

Résumé de l'article « Phénomènes de prise de poids lors du sevrage alcoolique : mécanismes explicatifs et recommandations thérapeutiques » (Symphor et al., 2024).

Med Metab 2024; 18: 502-508
en ligne sur / on line on
www.karger.com/revue/mmm
www.sciencedirect.com

Mots clés
Alcool
Sevrage
Poids
Corps
Craving

Keywords
Alcohol
Withdrawal
Body
Weight
Craving

L'ALCOOL : LE DANGER DE L'ADDICTION

Phénomènes de prise de poids lors du sevrage alcoolique : mécanismes explicatifs et recommandations thérapeutiques

Wilfried Symphor, Aude Rault, Natalija Plasonja, Greg Décamps

Université de Bordeaux, laboratoire de psychologie UR4139, Bordeaux, France

Correspondance :
Greg Décamps, Université de Bordeaux, laboratoire de psychologie UR4139, Bordeaux, France.

Résumé

Si certains travaux auprès de patients engagés dans un sevrage alcoolique ont permis de constater une prise de poids due à un déplacement du *craving* alcoolique vers le *craving* alimentaire, les données scientifiques actuelles ne permettent pas de chiffrer la prévalence réelle de ce phénomène ni son ampleur. Cet article a pour objectif de recenser les travaux récents portant sur les facteurs psychologiques impliqués dans la prise de poids lors du sevrage alcoolique, notamment : le *craving*, la personnalité, les émotions, les perceptions corporelles et la motivation. Ces éléments sont discutés de façon à permettre la proposition d'un modèle bio-psycho-social intégrant facteurs psychologiques, biologiques et corporels et d'identifier les pistes de prévention et prise en charge les plus adaptées aux patients concernés.

Summary

Weight gain during alcohol withdrawal: Explanatory mechanisms and therapeutic recommendations

While some studies with patients engaged in alcohol withdrawal have reported weight gain due to a shift from alcohol craving to food craving, current scientific data do not allow to quantify the real prevalence of this phenomenon or its extent. This article aims to review recent work on psychological factors involved in weight gain during alcohol withdrawal, including: craving, personality, emotions, body perceptions and motivation. These elements are discussed in order to allow the proposal of a bio-psycho-social model integrating psychological, biological and body factors and to identify the most appropriate prevention and care avenues for the patients concerned.

Mise au point

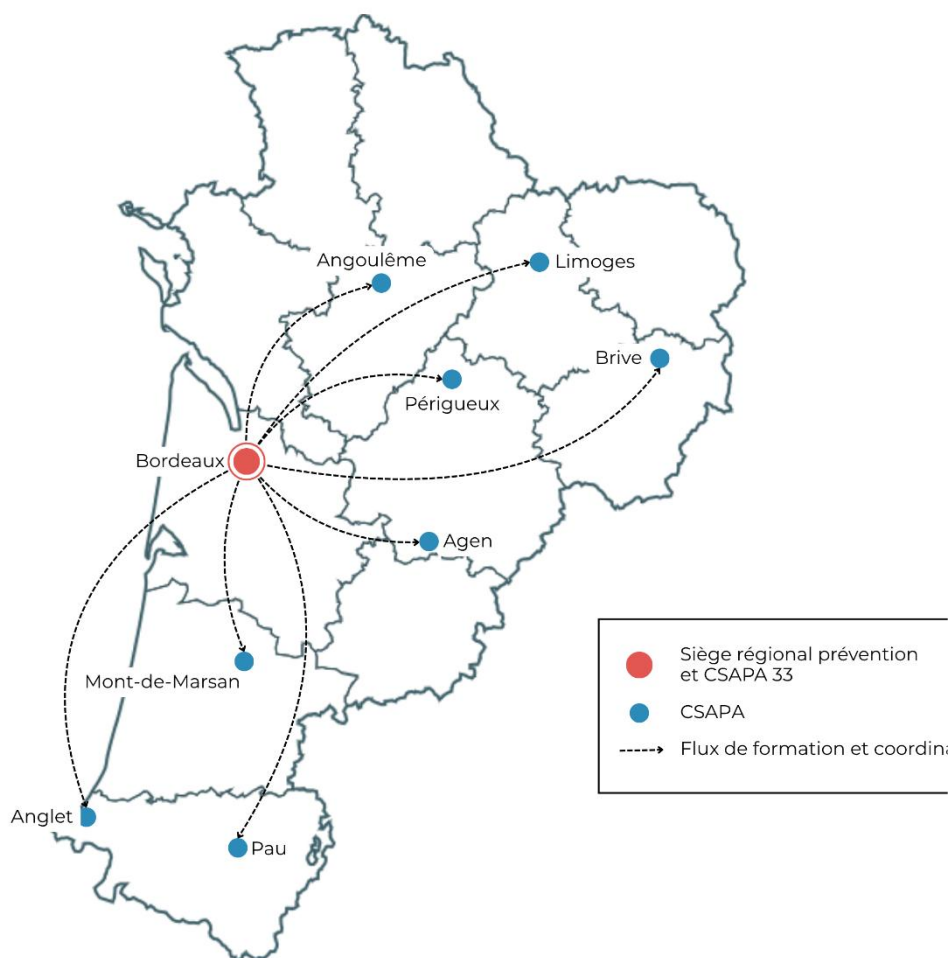
Ce projet doctoral est le fruit de cette maturation. Grâce à un contrat doctoral financé et à un partenariat soutenu par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'Association Addictions France, j'ai pu mener ce travail dans un souci constant de continuité entre la recherche et le terrain. Cette collaboration a permis de transposer mes réflexions dans la réalité des pratiques addictologiques, en accompagnant progressivement les professionnels de l'association vers des modalités de prévention, de repérage et d'accompagnement clinique des TCA.

Ce partenariat a donné lieu à trois projets principaux (non développés dans ce manuscrit) :

- **Axe interventionnel (prévention primaire)** : Le déploiement du programme de prévention (*Every)Body Project* à l'échelle régionale, en collaboration avec la Dr Roxane Tugon. À la suite de l'obtention de l'avis favorable du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université de Bordeaux (CER-UB-2024-16A-F) en juin 2024, un essai randomisé contrôlé visant à évaluer l'efficacité de ce programme de prévention des troubles des conduites alimentaires a été conduit de mai 2025 à avril 2026, date du dernier temps de mesure. L'analyse des données débutera en mai 2026.
- **Axe de repérage (prévention secondaire)** : Le repérage des troubles alimentaires au sein des structures de l'Association Addictions France en Nouvelle-Aquitaine, via une étude transversale menée après obtention de l'avis favorable du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université de Bordeaux (CER-UB-2024-15B-F), entre septembre 2024 et décembre 2025. Un manuscrit décrivant les résultats relatifs à la prévalence et aux caractéristiques de la symptomatologie alimentaire chez des usagers présentant une conduite addictive est actuellement en préparation en vue d'une soumission dans une revue spécialisée en addictologie.
- **Axe de formation (prévention tertiaire)** : La formation des professionnels de la prévention, du soin et du médico-social des antennes régionales de l'Association, à la détection, l'orientation et à l'accompagnement des TCA. Ce projet a pris la forme de deux modalités complémentaires : d'une part, deux sessions de deux journées dispensées en mai 2025, à destination des chargés de prévention, portant sur la prévention primaire et secondaire des TCA ; d'autre part, de octobre 2025 à juin 2026, neuf sessions d'une journée destinées aux professionnels de santé et du médico-social de l'ensemble des antennes Addictions France de la région Nouvelle-Aquitaine, portant sur le repérage et la prise en soin des troubles alimentaires. La Figure 2 présente la localisation des différents sites ayant bénéficié de ces formations.

Figure 2.

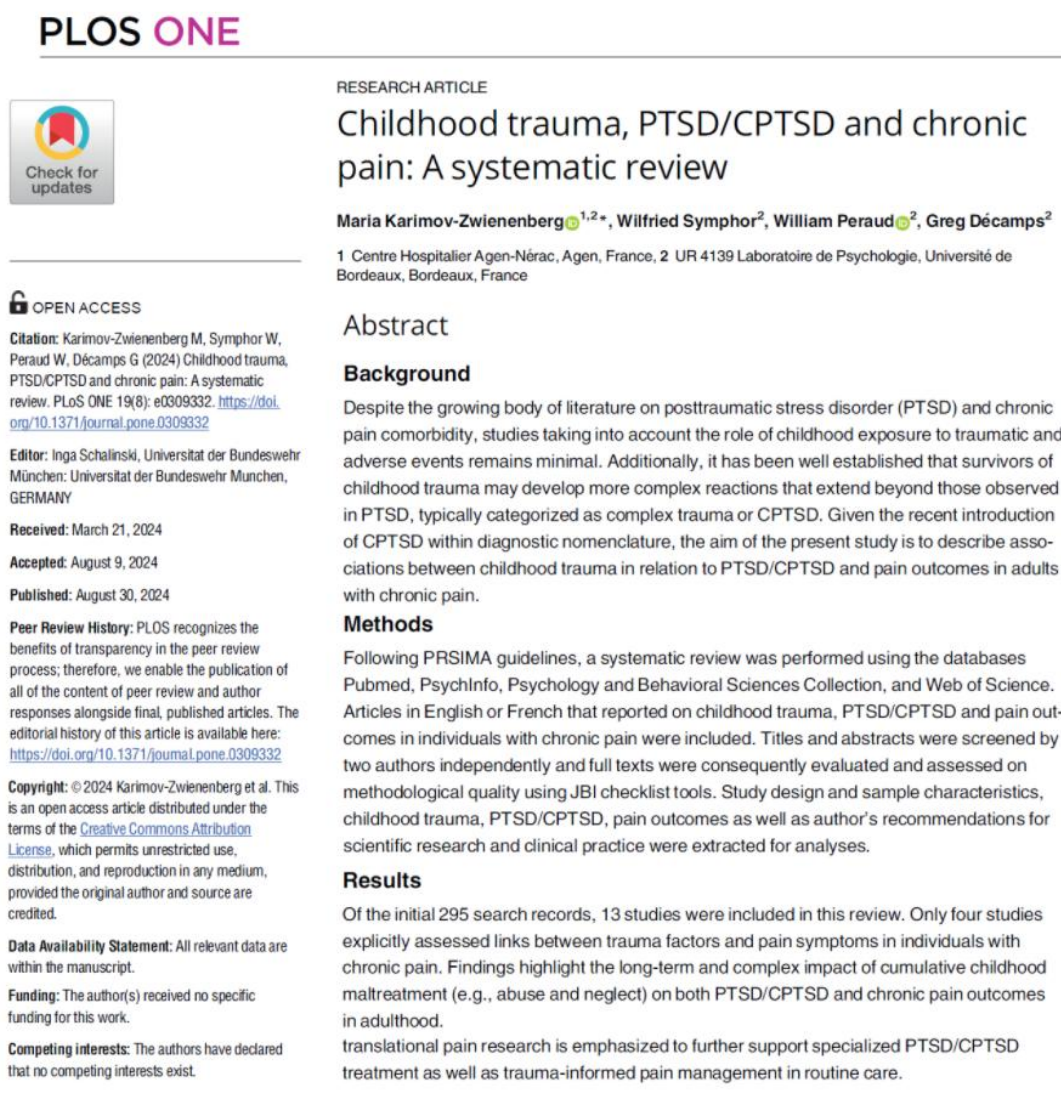
Cartographie des sites de formation réalisé par le doctorant au repérage et à l'accompagnement des TCA au sein des antennes Addictions France de la région Nouvelle-Aquitaine.



Par ailleurs, au cours de mon parcours doctoral, mes collaborations avec les collègues de mon unité de recherche m'ont permis d'approfondir mes recherches dans le champ du psychotraumatisme en explorant de nouveaux domaines d'application, notamment dans le champ de la douleur chronique grâce aux collaborations établies avec Maria Karimov-Zwienenberg, collaborations ayant fait l'objet d'une publication dans une revue à comité de lecture. Celle-ci, publiée dans la revue « PLoS ONE », propose de décrire, à travers une revue systématique, les associations entre les traumatismes vécus durant l'enfance, le trouble de stress post-traumatique simple et complexe (TSPT/TSPT-C) et les manifestations douloureuses chez des adultes souffrant de douleur chronique. Cette étude met en lumière l'impact des maltraitances cumulatives sur les symptômes post-traumatiques et douloureux à l'âge adulte, soulignant la nécessité d'une prise en charge intégrative et trauma-informée de la douleur chronique. Le résumé de cet article est présenté dans la figure n°3 ci-après.

Figure 3.

Résumé de l'article « *Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review* » (Karimov-Zwienenberg et al., 2024).



Enfin, mon intérêt s'est orienté progressivement vers les approches transdiagnostiques et processuelles. Ces modèles offrent un cadre pertinent pour penser la continuité entre les troubles et envisager les comportements alimentaires non plus comme des entités isolées, mais comme des réponses adaptatives à des expériences émotionnelles et traumatiques.

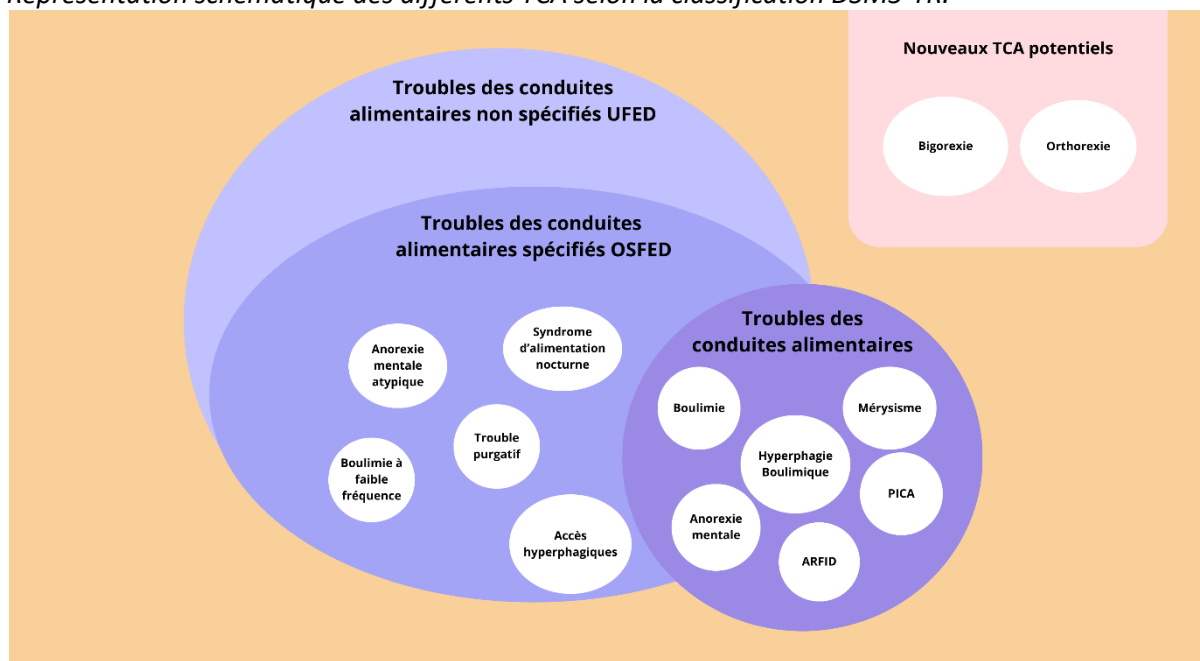
Finalement, ce manuscrit traduit une tentative : celle de relier l'exigence scientifique à la complexité de la réalité clinique. Il ambitionne de créer des passerelles entre différents champs conceptuels pour mieux comprendre et accompagner le rétablissement des troubles alimentaires. De contribuer ainsi à une psychologie soucieuse des trajectoires humaines à travers le prisme des processus plutôt que celui des étiquettes.

INTRODUCTION GENERALE

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des pathologies psychiatriques sévères, regroupées dans le DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) au sein des troubles de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, et caractérisées par des perturbations persistantes de la prise alimentaire ainsi que des attitudes et comportements qui lui sont associés. Au-delà de leurs manifestations comportementales, ils s'inscrivent dans une dynamique de dérégulation cognitive et émotionnelle, impactant profondément le fonctionnement biologique, psychologique et social des personnes concernées. Ils constituent ainsi des troubles complexes émergeant au carrefour de processus biologiques, émotionnels, cognitifs et interpersonnels (Treasure et al., 2022). Bien qu'hétérogènes dans leur expression clinique, les différents TCA partagent des mécanismes sous-jacents communs et s'accompagnent d'une forte comorbidité psychiatrique, notamment avec les troubles anxieux, dépressifs et post-traumatiques. A ce titre, près de 70% des individus présentant un TCA présenteraient également au moins une comorbidité psychiatrique associée (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). La Figure 4 propose une synthèse du spectre des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments. Dans le cadre de ce travail doctoral, l'analyse se limite volontairement aux trois principaux troubles : l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

Figure 4.

Représentation schématique des différents TCA selon la classification DSM5-TR.



Sur le plan épidémiologique, les TCA constituent un enjeu de santé publique majeur en raison de leur sévérité clinique, de leur retentissement fonctionnel et de leurs complications médicales et psychiatriques (Himmerich et al., 2024).

En France, environ 900 000 personnes seraient concernées par un TCA (Santé Publique France, 2019). À l'échelle internationale, la prévalence sur la vie entière est estimée à 8,4 % [IC 95 % : 3.3-18.6] chez les femmes et 2,2 % [IC 95 % : 0.8-6.5] chez les hommes, bien que ces estimations varient selon les contextes culturels et méthodologiques (Galmiche et al., 2019). Toutefois, le spectre clinique s'étend bien au-delà des diagnostics catégoriels. Le concept de « désordre alimentaire » (*disordered eating*) regroupe un ensemble de cognitions et comportements qui, sans remplir tous les critères d'un TCA constitué, représentent une zone de vulnérabilité souvent peu prise en compte, associée à un risque accru d'évolution vers des formes cliniques caractérisées. En intégrant ces formes subcliniques, la prévalence ponctuelle atteint 19,4 % [IC 95 % : 6.5-36.0] chez les femmes et 13,8 % [IC 95 % : 3.6-27.1] chez les hommes (Galmiche et al., 2019).

Ce constat est particulièrement alarmant au sein de la population pédiatrique. Une méta-analyse récente, regroupant 32 études et plus de 63 000 participants dans 16 pays, a mis en évidence que 22,36 % [IC 95 % : 18.84-26.09] des enfants et adolescents présentent des signes de conduites alimentaires perturbées, évaluées par le questionnaire SCOFF (*The Sick, Control, One, Fat, Food* ; Morgan et al., 1999, 2000). Cette prévalence, significativement plus élevée chez les filles (30.03 % ; [IC 95% : 25.61-34.65]) que chez les garçons (16.98 % ; IC 95% [13.46-20.81]), est positivement corrélée à l'âge et à l'indice de masse corporelle (Beccia et al., 2019, 2022; López-Gil et al., 2023). Ces taux sont en constante augmentation, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes avec une émergence plus précoce des troubles, mais également dans des régions du monde jusqu'alors peu touchées (Galmiche et al., 2019 ; Hoek, 2025). L'augmentation apparente des TCA reflète aussi deux dynamiques : une hausse réelle dans certains sous-groupes vulnérables et une meilleure détection liée à l'évolution des critères diagnostiques mais aussi à la reconnaissance que ces troubles touchent aussi les hommes, les personnes plus âgées et les populations non occidentales (Hoek, 2025).

Les TCA figurent parmi les troubles psychiatriques les plus létaux. Une méta-analyse récente portant sur 31 études et plus de 262 000 patients confirme un ratio de mortalité standardisé (SMR - *Standardized Mortality Ratio*) supérieur à trois fois celui de la population générale, tous diagnostics confondus (Krug et al., 2025). L'anorexie mentale présente le SMR le plus élevé (5,21), suivie par les TCA non spécifiés (2,51), la boulimie (2,20) et l'hyperphagie boulimique (1,46), cette dernière estimation restant à interpréter avec prudence en raison du faible nombre d'études disponibles. Ces résultats, globalement concordants avec ceux d'Arcelus et al. (2011), révèlent néanmoins des SMR légèrement plus élevés pour la boulimie et les TCA non spécifiés, suggérant que ces diagnostics, notamment les OSFED (*Other Specified Feeding or Eating Disorder* - Autre trouble de l'alimentation ou

de l'ingestion d'aliments spécifié), seraient plus délétères qu'initialement estimé (T. B. Dang et al., 2024).

Au-delà de la mortalité, les TCA se caractérisent par une évolution clinique hétérogène, marquée par des trajectoires contrastées allant de la rémission durable à des formes chroniques sévères (Javaras et al., 2024; Keel & Brown, 2010; Mitchison et al., 2023; Tozzi et al., 2005), avec un risque suicidaire significativement accru (Amiri & Ab Khan, 2025; Smith et al., 2018). Les données issues des synthèses récentes permettent de dégager des ordres de grandeur relativement consensuels, tout en soulignant une forte variabilité selon le diagnostic, les modalités thérapeutiques et les comorbidités psychiatriques.

La méta-analyse transdiagnostique la plus exhaustive à ce jour, incluant 415 études et plus de 88 000 patients, indique qu'environ 46 % des personnes souffrant d'un TCA atteignent une rémission ou une récupération au cours du suivi (Solmi et al., 2024). Ce taux augmente progressivement, atteignant environ 64 à 67 % au-delà de huit ans de suivi, suggérant que la récupération est souvent un processus lent et non linéaire. À l'inverse, environ un quart des patients évoluent vers une forme persistante ou sévère du trouble (Solmi et al., 2024). Ces formes sont associées à une durée d'évolution prolongée, à des échecs thérapeutiques répétés et à une charge psychopathologique élevée (Fernández-Aranda et al., 2021; Kotilahti et al., 2020). Par ailleurs, les enfants et adolescents présentent des trajectoires de rémission plus favorables que les adultes, tant globalement qu'au sein de chaque diagnostic, soulignant l'importance d'une détection et d'une intervention précoces (Solmi et al., 2024). La rechute constitue par ailleurs une issue fréquente, en particulier dans l'anorexie mentale. Les revues systématiques centrées sur ce diagnostic estiment qu'environ 30 à 35 % des patients rechutent après une rémission initiale, avec un risque accru au cours de la première année post-traitement, s'étendant jusqu'à deux ans (Berends et al., 2018; Khalsa et al., 2017). Les méta-analyses récentes confirment que la sévérité initiale, la persistance de cognitions alimentaires dysfonctionnelles et la présence de comorbidités psychiatriques constituent des prédicteurs robustes de la rechute (Sala et al., 2023). Ces constats soulignent, en partie, les limites des modèles explicatifs traditionnels et la nécessité de repenser la compréhension des troubles des conduites alimentaires. Les approches catégorielles issues du DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) et de la CIM-11 (Organisation mondiale de la santé, 2019), bien qu'indispensables à des fins diagnostiques, épidémiologiques et de communication clinique, peinent à rendre compte de l'hétérogénéité des trajectoires, des formes mixtes et des profils cliniques observés en pratique.

Ces classifications décrivent des ensembles symptomatiques relativement stables, mais apportent peu d'éléments explicatifs concernant les processus psychologiques et neurobiologiques impliqués dans l'émergence, le maintien ou la résistance thérapeutique des troubles (Borsboom, 2017; Borsboom et al., 2019; Caspi et al., 2014; Roefs et al., 2022). Or, l'identification et la modélisation de

ces processus apparaît aujourd'hui centrale pour développer des interventions plus ciblées et adaptées à la complexité clinique des TCA (Bryant et al., 2025; Kazdin, 2007; Levinson et al., 2022).

C'est dans ce contexte que les approches transdiagnostiques se sont progressivement imposées dans la recherche en psychopathologie et psychiatrie. Ces approches postulent que des troubles psychiatriques distincts partagent un ensemble limité de processus psychologiques fondamentaux, dont les combinaisons et les interactions contribuent à la diversité des manifestations cliniques (Dalglish et al., 2020; Harvey et al., 2004; Hofmann & Hayes, 2019). Dans le champ des troubles des conduites alimentaires, cette perspective a joué un rôle précoce et structurant, en contribuant à dépasser une approche strictement descriptive des catégories diagnostiques au profit de modèles transdiagnostiques intégrant des dimensions émotionnelles, cognitives et interpersonnelles communes à différents tableaux cliniques (Barakat et al., 2023; Fairburn et al., 2003; Monteleone & Cascino, 2021a). L'approche transdiagnostique invite ainsi à examiner des mécanismes transversaux tels que la dysrégulation émotionnelle, les déficits intéroceptifs ; la rigidité cognitive, la sensibilité à la récompense, l'évitement expérientiel, plutôt que les symptômes alimentaires pris isolément (Aldao et al., 2010, 2016; Haynos et al., 2021; Vervaet et al., 2021). Toutefois, certaines données disponibles ne montrent pas une supériorité systématique des traitements transdiagnostiques sur les approches spécifiques (Linardon et al., 2017), et certains auteurs rappellent que les interventions centrées sur le symptôme alimentaire conservent une efficacité bien documentée (Wade & Waller, 2025; Waller & Beard, 2024). La perspective transdiagnostique est donc à considérer comme complémentaire et non substitutive des modèles catégoriels.

Cette orientation, à la fois théorique et méthodologique, s'inscrit dans une conception processuelle de la psychopathologie. Celle-ci considère les troubles non comme des entités diagnostiques fixes, homogènes et discrètes, mais comme des systèmes dynamiques résultant de l'interaction de processus émotionnels, cognitifs, comportementaux, corporels et interpersonnels. Dans cette perspective, l'enjeu n'est pas seulement de décrire un tableau clinique, mais d'identifier les mécanismes qui participent à l'émergence, au maintien et à l'évolution des symptômes. Une telle conception rejoint à la fois l'approche en réseau de la psychopathologie et les développements récents des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur les processus (Borsboom et al., 2019, 2019; Borsboom & Cramer, 2013; Hayes et al., 2011; Kazdin, 2007; Levinson et al., 2022, 2024).

Par ailleurs, de nombreuses études ont mis en évidence le rôle central des facteurs émotionnels et traumatiques dans l'étiologie, la sévérité et le maintien des troubles des conduites alimentaires. Les expériences adverses précoces (*Adverse Childhood Experiences* ; Felitti et al., 1998), les traumatismes interpersonnels et les symptômes post-traumatiques sont associés à une augmentation de la gravité clinique des TCA, à une comorbidité psychiatrique plus élevée ainsi qu'à

des difficultés marquées de régulation émotionnelle (Brewerton, 2019; Echeverri-Alvarado et al., 2020; Michopoulos et al., 2015; Monteleone et al., 2019).

Ces patients présentent également des niveaux plus élevés de dissociation et d'évitement expérientiel, suggérant une altération durable des capacités à identifier, tolérer et moduler les états affectifs plus ou moins intenses (Leppanen et al., 2022a; Prefit et al., 2019). Dans ce cadre, plusieurs modèles théoriques convergent pour considérer les comportements alimentaires désordonnés, qu'il s'agisse de restriction alimentaire, d'accès hyperphagiques ou de conduites compensatoires, comme des stratégies dysfonctionnelles de régulation émotionnelle mises en œuvre face à une détresse perçue comme intolérable. Ces comportements peuvent ainsi permettre une diminution transitoire de l'activation émotionnelle, une atténuation des affects négatifs ou un rétablissement temporaire d'un sentiment de contrôle et de prévisibilité (Haynos & Fruzzetti, 2011a; Lavender et al., 2015; Pearson, Wonderlich, et al., 2015).

Toutefois, certaines études en évaluation écologique momentanée nuancent cette lecture : l'élévation de l'affect négatif précède les accès hyperphagiques de manière significative mais certains épisodes peuvent survenir en l'absence de détresse émotionnelle identifiable (Berg et al., 2015; Lavender et al., 2015), suggérant que la fonction régulatoire, bien que fréquente, n'est ni exclusive ni universelle. Dans une perspective psychotraumatique, ils peuvent également être compris comme des tentatives d'adaptation face à des vécus de menace, de perte ou d'insécurité, plutôt que comme de simples symptômes dysfonctionnels à éliminer (Brewerton, 2019; Brewerton et al., 2022). Plusieurs travaux suggèrent par ailleurs que les patients présentant un vécu traumatique constituent un sous-groupe cliniquement distinct au sein des TCA (Teicher & Samson, 2013). Ce sous-groupe se caractérise par une symptomatologie plus sévère, une plus grande instabilité émotionnelle, des manifestations dissociatives plus fréquentes et une réponse plus limitée aux traitements standards, en particulier aux approches cognitivo-comportementales centrées sur le symptôme alimentaire (Rodgers et al., 2019; E. Rossi et al., 2024a; Trottier & MacDonald, 2017). Certains auteurs proposent ainsi l'existence d'un profil, voire d'un phénotype traumatique des TCA (E. Rossi et al., 2024b; Teicher & Samson, 2013), pour lequel les stratégies thérapeutiques conventionnelles apparaissent insuffisantes en l'absence d'une prise en compte des processus traumatiques et dissociatifs sous-jacents (Brewerton & Brady, 2014; Monteleone et al., 2019, 2023; Moroshko et al., 2025). Néanmoins cette association ne doit pas être interprétée comme une relation causale. En effet, une proportion significative de patients présentant un TCA ne rapporte pas d'antécédents traumatiques notables (Smink et al., 2012; Stice, 2002), et des données récentes suggèrent que ce sont les symptômes post-traumatiques actifs, davantage que l'exposition traumatique en tant que telle, qui sont associés à une moins bonne réponse au traitement (R. E. Liebman et al., 2025). En outre, l'association entre trauma et TCA apparaît plus robuste pour les formes caractérisées par des accès hyperphagiques et des conduites purgatives que

pour les formes restrictives pures (Caslini, Bartoli, Crocamo, Dakanalis Αντώνιος Ντακανάλης, et al., 2016), ce qui invite à une lecture différenciée.

De plus, la spécificité du lien entre dissociation et TCA reste encore insuffisamment discutée (Palmisano et al., 2018). Ces observations renforcent la nécessité de modèles intégratifs permettant d'associer ou relier facteurs psychotraumatiques, dysrégulation émotionnelle et comportements alimentaires dans une compréhension processuelle et cliniquement transposable (Convertino & Mendoza, 2023). Ainsi, le présent travail doctoral s'inscrit dans une démarche visant à articuler les dimensions émotionnelles et psychotraumatiques dans la compréhension des troubles des conduites alimentaires, en mobilisant une approche transdiagnostique et processuelle. Cette perspective s'intéresse moins aux catégories diagnostiques qu'aux mécanismes psychologiques et adaptatifs qui relient les symptômes entre eux et participent à leur maintien. Elle repose sur deux axes complémentaires que nous étudierons en interaction :

- L'étude des processus émotionnels impliqués dans les comportements alimentaires désordonnés, notamment la régulation et la réactivité émotionnelles ;
- L'exploration des facteurs psychotraumatiques, incluant l'exposition à des événements adverses, la dissociation et les symptômes de stress post-traumatique.

Ces deux axes s'articulent autour d'une hypothèse centrale selon laquelle les comportements alimentaires désordonnés peuvent être compris comme des réponses adaptatives à une détresse émotionnelle intense, médiées par des altérations de la régulation émotionnelle et des processus dissociatifs, dans des trajectoires marquées par l'insécurité affective ou le traumatisme. Dans cette perspective, les symptômes alimentaires ne sont pas envisagés uniquement comme des manifestations pathologiques à supprimer, mais comme des tentatives fonctionnelles d'autorégulation, susceptibles de devenir rigides et coûteuses lorsqu'elles se chronicisent. En revanche, malgré la reconnaissance croissante des liens entre traumatismes, émotions et troubles alimentaires, la littérature demeure largement fragmentée. Les travaux existants se concentrent le plus souvent sur l'un ou l'autre de ces domaines, sans examiner de manière intégrée leurs interactions.

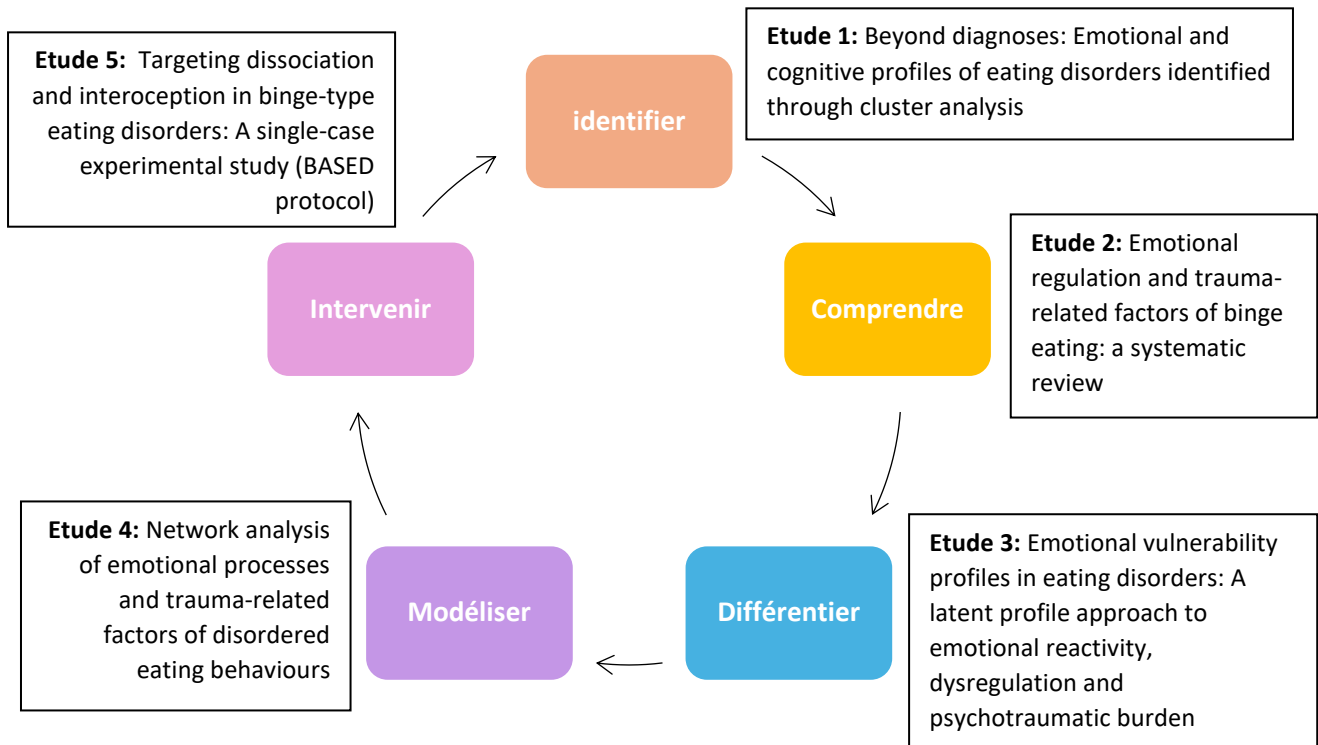
Cette approche cloisonnée limite la compréhension des mécanismes par lesquels les expériences traumatiques peuvent perturber les processus émotionnels, et comment ces altérations contribuent à l'émergence, à la sévérité ou au maintien des comportements alimentaires désordonnés. Dès lors, la problématique centrale de cette thèse est la suivante : *Comment les processus émotionnels et psychotraumatiques interagissent-ils dans l'expression et la sévérité des comportements alimentaires désordonnés, au-delà des catégories diagnostiques des troubles des conduites alimentaires ?*

Pour répondre à cette problématique, ce travail doctoral s'organise autour d'une progression visant à dépasser une lecture strictement catégorielle des troubles des conduites alimentaires. Il poursuit cinq objectifs principaux, étroitement articulés entre eux.

- **Le premier objectif** consiste à interroger la pertinence des catégories diagnostiques classiques en identifiant, à partir de processus émotionnels et cognitifs, des profils cliniques transdiagnostiques susceptibles de mieux rendre compte de l'hétérogénéité observée en pratique clinique.
- **Le deuxième objectif** vise à approfondir le rôle des processus émotionnels et psychotraumatiques dans les troubles alimentaires, en proposant une synthèse exhaustive de la littérature existante sur les liens entre adversité, symptômes post-traumatiques, dissociation, (dys)régulation émotionnelle et l'accès hyperphagique.
- **Le troisième objectif** propose de tester l'existence de différents profils de vulnérabilité émotionnelle et leurs implications psychotraumatiques.
- **Le quatrième objectif** est de modéliser statistiquement, les interactions entre facteurs traumatiques, processus émotionnels et symptômes alimentaires, afin d'identifier les mécanismes centraux et les processus de liaison susceptibles d'expliquer la sévérité et la complexité de certaines présentations cliniques.
- **Enfin, le cinquième objectif** consiste à proposer une application clinique de ces résultats à travers l'élaboration et la présentation d'un protocole d'intervention fondé sur la stabilisation psychotraumatique, la sécurité corporelle et le renforcement des capacités de régulation émotionnelle chez des patients présentant des formes sévères de troubles alimentaires caractérisés par des conduites de type binge-eating.

Figure 5.

Articulation des différentes études de la thèse.



Cette thèse est structurée en quatre chapitres.

- **Le premier chapitre** pose les bases conceptuelles nécessaires à une lecture transdiagnostique et processuelle des troubles des conduites alimentaires, en abordant le comportement alimentaire comme une stratégie adaptative inscrite sur un continuum allant de la flexibilité à la rigidité pathologique, et en introduisant une première étude empirique visant à identifier des profils émotionnels et cognitifs dans une démarche transdiagnostique.
- **Le deuxième chapitre** est consacré à l'exploration des processus émotionnels et psychotraumatiques impliqués dans les troubles alimentaires, s'appuyant sur une revue systématique de la littérature centrée sur les liens entre psychotraumatisme, (dys)régulation émotionnelle, dissociation et accès hyperphagiques.
- **Le troisième chapitre** adopte une perspective de modélisation intégrative et de phénotypage statistique, en mobilisant successivement une analyse en profils latents et une analyse en réseau afin de caractériser les mécanismes centraux et les sous-groupes cliniques présentant des typologies de régulation émotionnelle différentes, avant d'aboutir à une traduction clinique de ces résultats à travers la présentation du protocole BASED (Body Awareness and Safety for Eating Disorders).
- Enfin, **une discussion générale** vient articuler l'ensemble des résultats en mettant en perspective leurs implications théoriques, méthodologiques et cliniques, et en ouvrant sur des perspectives de recherche et de prise en soins dans le cadre d'approches trauma-informées et de psychothérapies de précision.

CHAPITRE 1.

**DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE AUX TROUBLES DES
CONDUITES ALIMENTAIRES : UNE LECTURE DIMENSIONNELLE
ET PROCESSUELLE**

1. Du DSM aux processus : limites de l'approche catégorielle et pertinence du continuum

1.1. Approche catégorielle des troubles des conduites alimentaires : repères nosographiques et cliniques

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) ont historiquement été appréhendés selon une logique nosographique catégorielle, fondée sur l'identification d'entités diagnostiques distinctes à partir des classifications psychiatriques internationales. Dans le DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), ils sont regroupés au sein des « troubles de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments », catégorie qui comprend notamment l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. Dans ce cadre, les TCA sont définis comme des pathologies psychiatriques sévères caractérisées par des perturbations persistantes de la prise alimentaire ainsi que des attitudes et comportements qui lui sont associés, entraînant un retentissement psychologique, social et somatique important. Ils figurent parmi les troubles psychiatriques les plus graves en termes de morbidité et de mortalité, en raison à la fois de leurs conséquences somatiques et d'un risque suicidaire élevé (Arcelus et al., 2011; Smink et al., 2012). Les données les plus récentes confirment la sévérité de ces trajectoires : une méta-analyse portant sur plus de 79 000 patient.es rapporte que près d'un quart des personnes souffrant de TCA présentent une évolution chronique (Solmi et al., 2024). Ce constat a conduit certains auteurs à souligner les origines métabo-psychiatriques de ces troubles, à l'interface de processus neurobiologiques, psychologiques et environnementaux (H. J. Watson et al., 2019), perspective soulignant la nécessité de dépasser les frontières entre psychiatrie et médecine somatique (Treasure et al., 2020a).

Dans cette perspective catégorielle, l'anorexie mentale se caractérise par une restriction persistante des apports énergétiques conduisant à un poids significativement bas, associée à une peur intense de prendre du poids et à une altération de l'expérience du poids ou de la forme corporelle, ou à un défaut persistant de reconnaissance de la gravité de la maigreur (APA, 2022). Le DSM-5-TR distingue un sous-type restrictif et un sous-type avec accès hyperphagiques/purgatifs, distinction qui témoigne d'une certaine hétérogénéité clinique tout en conservant un noyau psychopathologique commun centré sur la restriction pondérale, la peur de grossir et la perturbation de l'image corporelle. La boulimie se définit, quant à elle, par la répétition d'accès hyperphagiques ; c'est-à-dire l'ingestion, dans un temps limité, d'une quantité objectivement importante de nourriture associée à un sentiment de perte de contrôle ; suivis de comportements compensatoires, tels que les vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, de diurétiques, la restriction alimentaire ou l'exercice physique excessif (APA, 2022). Le poids se situe le plus souvent dans les normes, mais la surévaluation du poids et de la silhouette reste centrale dans l'estime de soi.

L’hyperphagie boulimique repose également sur la répétition d’accès hyperphagiques, mais en l’absence de comportements compensatoires réguliers. Ces épisodes s’accompagnent d’une détresse marquée (honte, culpabilité, sentiment d’échec) et d’un vécu de perte de contrôle, dimension qui apparaît souvent plus déterminante que la seule quantité de nourriture ingérée (Colles et al., 2008; Latner et al., 2007). Ce trouble est aujourd'hui reconnu comme l'un des TCA les plus prévalents, avec une répartition selon le sexe plus équilibrée que pour les autres diagnostics (Galmiche et al., 2019; Ziegler et al., 2017).

Tableau 1.
Estimations des prévalences vie entière des principaux troubles des conduites alimentaires.

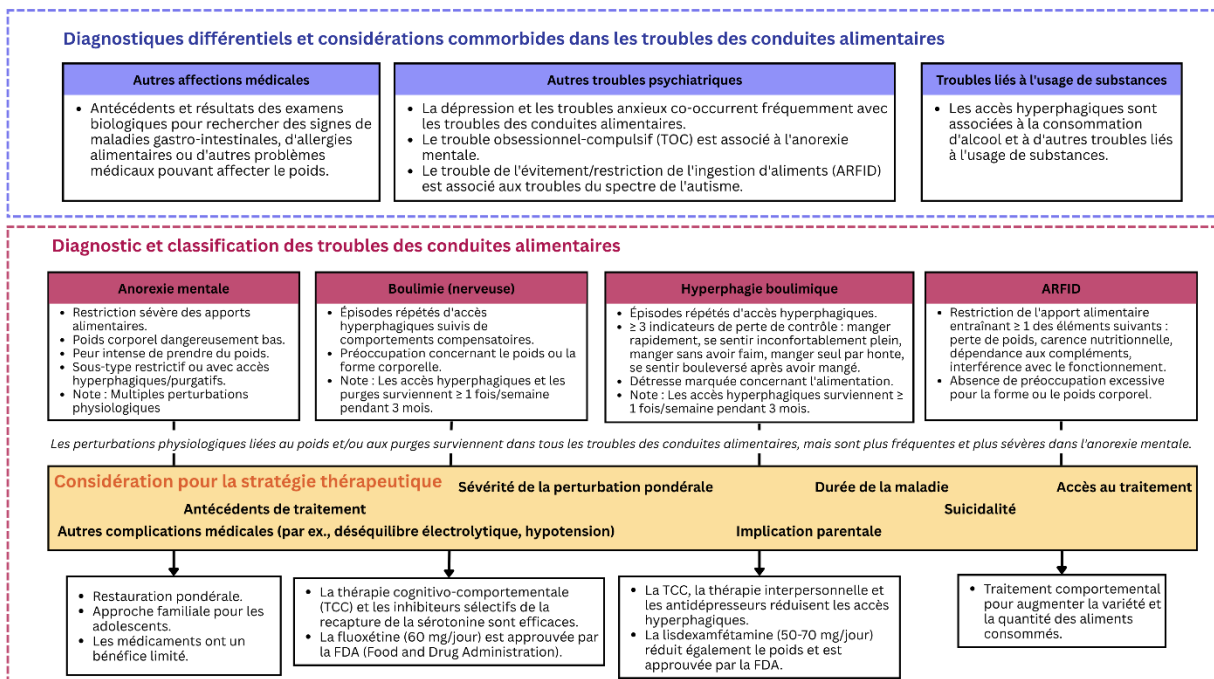
Trouble des conduites alimentaires	Femmes (%)	Hommes (%)	Référence
Anorexie mentale	1,4 [0.1–3.6]	0,2 [0 –0.3]	Galmiche et al., 2019
Boulimie	1,9 [0.3–4.6]	0,6 [0.1–1.3]	
Hyperphagie boulimique	2,8 [0.6–5.8]	1,0 [0.3–2]	
UFED	4.3 [0.6–14.6]	3.6 [0.3–5]	
OSFED	7.4	« - »	Micali et al., 2017

Pris ensemble, ces diagnostics ont structuré durablement le champ des TCA en fournissant des repères utiles pour la pratique clinique, la recherche et l’organisation des soins. Toutefois, cette classification repose sur l’hypothèse d’entités relativement homogènes, distinctes et stables, hypothèse aujourd’hui fragilisée par plusieurs données convergentes. D’une part, les frontières diagnostiques apparaissent relativement perméables : environ 40 à 50 % des personnes présentant un TCA changeraient de diagnostic au cours du suivi, en particulier dans les premières années d’évolution du trouble (Castellini et al., 2011 ; Mortimer, 2019; Tozzi et al., 2005). D’autre part, les autres formes de TCA spécifiées (OSFED) représenteraient à elles seules 40 à 60 % des diagnostics cliniques, soulignant que de nombreuses présentations ne s’ajustent pas parfaitement aux catégories diagnostiques (Keel et al., 2011). Au-delà de cette instabilité diagnostique, l'approche catégorielle tend à privilégier les formes syndromiques constituées au détriment des manifestations subcliniques et des dimensions transversales. Or, plusieurs caractéristiques centrales des TCA, telles que l’insatisfaction corporelle, la restriction alimentaire, la perte de contrôle, les comportements compensatoires ou encore la rigidité comportementale, semblent se distribuer selon une logique plus continue que strictement dichotomique (Forbush et al., 2017, 2024; Luo et al., 2016; Wildes & Marcus, 2013). Cette hypothèse fut néanmoins, par le passé, débattu car selon certains résultats, les accès hyperphagiques et l'anorexie restrictive ne s’inscrivent pas sur le même continuum (Williamson et al., 2004, 2005).

Cette distribution dimensionnelle plaide pour une lecture en termes de sévérité et de profil plutôt qu'en termes de présence ou d'absence de catégories discrètes. De plus, l'émergence, la sévérité et la persistance des conduites alimentaires pathologiques ne peuvent être expliquées par un facteur unique ni par la seule description des symptômes observables, mais résultent d'une interaction dynamique entre vulnérabilités biologiques, processus psychologiques et contraintes socioculturelles, organisées autour de mécanismes largement partagés entre les différents tableaux cliniques (Brooks et al., 2012; Culbert et al., 2015a; Fairburn et al., 2003; Fairburn & Cooper, 2011; Jacobi et al., 2004). C'est précisément ce constat qui a fondé le développement des approches transdiagnostiques, dont la théorie cognitive-comportementale élargie de Fairburn et al. (2003) constitue la formulation la plus influente. Enfin, les classifications actuelles ne rendent pas compte du rôle des facteurs psychotraumatiques et des processus émotionnels dans la structuration des présentations cliniques, alors que des données croissantes suggèrent que ces dimensions pourraient définir des sous-groupes cliniquement distincts au sein des TCA (Brewerton, 2007, 2023; Trottier et al., 2026). Cette question sera examinée en détail dans le chapitre 2. Ainsi, si l'approche catégorielle demeure indispensable pour décrire les principaux tableaux cliniques, unifier la recherche et organiser les soins, elle apparaît insuffisante pour saisir la continuité des manifestations alimentaires, leur hétérogénéité intra-diagnostique et les mécanismes psychologiques communs susceptibles de traverser les diagnostics. Ces limites justifient de s'intéresser aux formes subcliniques et aux désordres alimentaires, situés à l'interface entre fonctionnement alimentaire adaptatif et trouble constitué.

Figure 6.

Synthèse des troubles alimentaires et caractéristiques associées (traduction de Attia & Walsh, 2025).



Ces limites du modèle catégoriel ont conduit à porter une attention croissante aux manifestations situées à cette interface. Le concept de désordre alimentaire (disordered eating) désigne cette zone intermédiaire, caractérisée par des attitudes et des comportements perturbés sans répondre nécessairement à l'ensemble des critères diagnostiques d'un TCA (Pereira & Alvarenga, 2007; Shisslak et al., 1995; Shisslak & Crago, 2001; Toni et al., 2017). Bien que sous-seuil sur le plan diagnostique, ces manifestations peuvent être associées à une détresse significative et constituent un facteur de risque pour le développement ultérieur de troubles alimentaires ainsi que pour des difficultés psychologiques et somatiques durables (Neumark-Sztainer, Wall, et al., 2006; Stice, 2002). À l'échelle populationnelle, une méta-analyse récente rapporte une prévalence globale de 22,36 % des désordres alimentaires chez les enfants et les adolescents, avec des taux plus élevés chez les filles et une augmentation avec l'âge et l'indice de masse corporelle (López-Gil et al., 2023). Sur le plan conceptuel, ces manifestations peuvent être envisagées selon deux versants complémentaires : un versant cognitif et affectif, correspondant aux attitudes alimentaires désordonnées, et un versant comportemental, correspondant aux conduites (ou comportements) alimentaires désordonnés (dimensions que l'on retrouve, à des degrés variables de sévérité, au sein des différents tableaux cliniques).

1.2. Les attitudes alimentaires désordonnées : un versant cognitif et affectif

Les attitudes alimentaires désordonnées constituent le versant cognitif et affectif des désordres alimentaires. Elles renvoient à une relation à l'alimentation, au poids et au corps marquée par des préoccupations excessives, des croyances rigides, une valence émotionnelle négative et une tendance à organiser l'expérience alimentaire autour de règles plutôt que de signaux internes (Alvarenga et al., 2010; Pereira & Alvarenga, 2007). En ce sens, elles constituent un substrat cognitif à partir duquel peuvent s'organiser des comportements alimentaires désordonnés plus manifestes. Dans une perspective développementale, ces attitudes précèdent souvent l'installation de conduites pathologiques plus visibles et tendent à s'intensifier de la préadolescence au début de l'âge adulte (Rohde et al., 2015; Slane et al., 2014). Elles traduisent ainsi moins la présence immédiate d'un trouble constitué que l'installation progressive d'un rapport rigide, conflictuel et surinvesti à l'alimentation.

L'analyse factorielle de la Disordered Eating Attitude Scale (DEAS) a permis de structurer ces attitudes autour de cinq dimensions clés (Pereira & Alvarenga, 2007) :

- Les préoccupations cognitives et l'obsession alimentaire : au-delà d'une simple connaissance nutritionnelle, il s'agit d'un calcul obsessionnel des apports caloriques et d'une vigilance anxieuse concernant la composition et la quantité des aliments. La pensée relative au corps perd sa flexibilité pour devenir envahissante et chronophage, au point de constituer parfois une forme de rumination fonctionnellement proche des cognitions obsessionnelles-compulsives (Serpell et al., 2006).
- L'affectivité négative et le dérèglement émotionnel : Le rapport à la nourriture est marqué par des émotions désagréables (culpabilité, honte) qui altèrent le plaisir sensoriel et renforce la valence aversive de l'alimentation. L'irritabilité ressentie face à la sensation physiologique de faim en constitue une manifestation particulièrement prégnante, témoignant d'une déconnexion entre signaux intéroceptifs et réponses émotionnelles adaptées (Pollatos et al., 2008).
- La rigidité conceptuelle et les croyances dysfonctionnelles : Les individus adhèrent à des croyances nutritionnelles irréalistes, infondées et résistantes à l'information (ex. « certains aliments sont dangereux ») et opèrent un étiquetage moral binaire des aliments, classés en « bons » ou « mauvais » (Pereira & Alvarenga, 2007).
- L'alimentation comme stratégie de régulation émotionnelle : La nourriture est mobilisée pour moduler des états internes désagréables ou compenser un sentiment d'inefficacité personnelle (Brockmeyer et al., 2014; Striegel-Moore et al., 1989). Ce recours fonctionnel à l'alimentation s'observe précocement : dès l'âge de 8-9 ans, le stress est positivement associé à une consommation accrue d'aliments à haute densité énergétique (Hill et al., 2018), suggérant que les schémas de régulation émotionnelle par l'alimentation s'installent avant l'adolescence.
- La surévaluation du poids et de la forme corporelle : Au-delà de l'insatisfaction corporelle, c'est la dépendance de l'estime de soi à l'apparence physique qui caractérise l'envahissement cognitif (Hayes et al., 2018; Hayes et al., 2011). Cette dimension est considérée, dans la théorie cognitive-comportementale élargie de Fairburn et al. (2003), comme le mécanisme central de maintien commun à l'ensemble des TCA.

Parmi ces dimensions, la surévaluation du poids et de la forme corporelle occupe une place centrale, non seulement parce qu'elle est associée à une plus grande détresse psychologique, à une altération de la qualité de vie et à un risque accru de chronicisation (Hayes et al., 2018; Wade et al., 2012), mais aussi parce qu'elle constitue un point de convergence transdiagnostique.

Les données longitudinales confirment d'ailleurs que les symptômes cognitifs (préoccupation pondérale et insatisfaction corporelle) augmentent significativement entre l'adolescence et le début de l'âge adulte (Slane et al., 2014). Ces attitudes ne se développent pas indépendamment du contexte social : elles sont façonnées et renforcées par l'environnement socioculturel, notamment par l'internalisation de normes corporelles irréalistes et de standards esthétiques valorisant la minceur, largement diffusés par les médias et les réseaux sociaux (El-Jor et al., 2025; López-Gil et al., 2023 ; Rodgers et al., 2020). Ainsi, les attitudes alimentaires désordonnées apparaissent comme un versant cognitif précoce des perturbations alimentaires.

La pression socioculturelle ne constitue pas un facteur distal parmi d'autres : elle agit comme un contexte normatif structurant dans lequel les attitudes désordonnées prennent sens et se renforcent mutuellement. Le versant comportemental de ces perturbations, examiné dans la section suivante, en constitue la traduction observable.

1.3. Les conduites alimentaires désordonnées : un versant comportemental

Les conduites alimentaires désordonnées constituent le versant comportemental des désordres alimentaires. Elles renvoient à un ensemble de conduites liées à l'alimentation, au poids ou à la silhouette, s'inscrivant sur un continuum allant de pratiques relativement fréquentes en population générale à des comportements proches de ceux observés dans les TCA constitués, sans nécessairement atteindre le seuil diagnostique en termes de fréquence, d'intensité ou de persistance (Hayes et al., 2018; Pereira & Alvarenga, 2007; Toni et al., 2017). Plutôt que de les décrire comme des catégories indépendantes, ces conduites peuvent être appréhendées autour de deux polarités fonctionnelles complémentaires ; les conduites de sur-contrôle et les conduites de rupture de contrôle, dont les frontières sont perméables et mouvantes, un même individu pouvant osciller entre ces deux pôles selon les contextes, les périodes et l'évolution du trouble (Fairburn et al., 2003; Haedt-Matt & Keel, 2011a).

Les conduites de sur-contrôle : de la restriction cognitive aux stratégies extrêmes

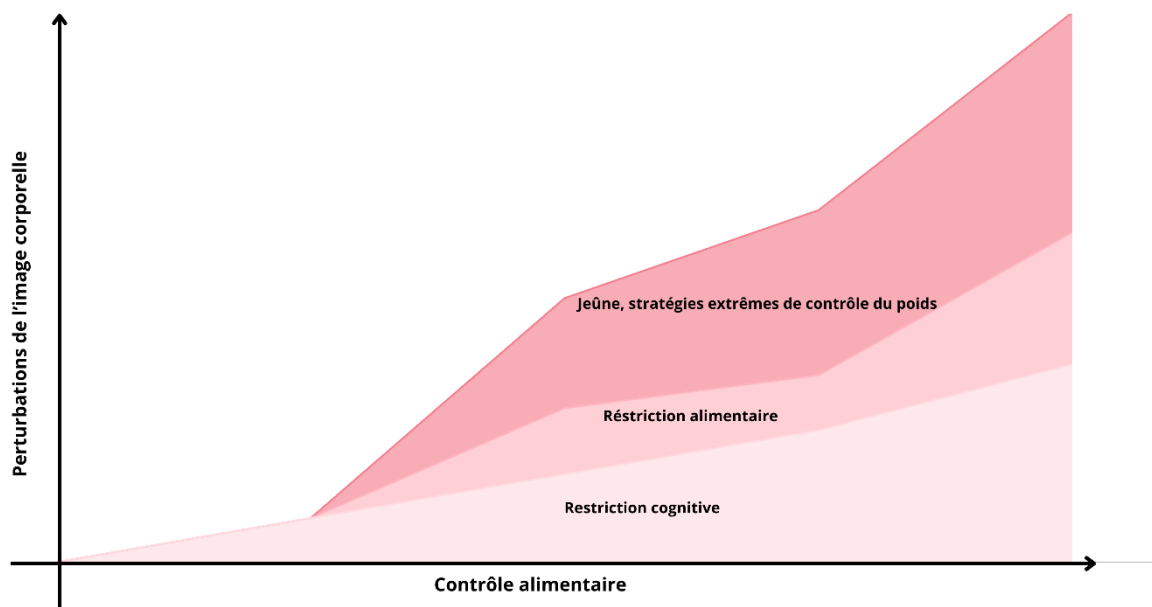
Le premier pôle regroupe l'ensemble des conduites visant à maîtriser le poids, la silhouette ou l'apport alimentaire. Ces conduites s'inscrivent sur un gradient de sévérité (figure 8) : à la base, la restriction cognitive correspond à un contrôle mental de l'alimentation fondé sur des règles rigides concernant le type, la quantité ou le moment des prises alimentaires, sans réduction calorique nécessairement marquée (Polivy et al., 1979a; Polivy & Herman, 1985, 2002). Lorsque ce contrôle s'intensifie, il se traduit par une restriction alimentaire effective (eg. réduction des apports caloriques, saut de repas, évitement de groupes alimentaires entiers) au prix d'une déconnexion croissante des signaux de faim et de satiété (El-Jor et al., 2025; Hayes et al., 2018; Nagata et al., 2018).

À l'extrémité du gradient, les stratégies de contrôle pondéral deviennent extrêmes : jeûne prolongé, aphagie, recours à des substituts de repas, exercice physique excessif, vomissements provoqués, usage de laxatifs ou de diurétiques (Alvarenga et al., 2010 ; Hayes et al., 2018 ; Nagata et al., 2018). Ces stratégies compensatoires ou non, qu'elles soient purgatives ou non purgatives, partagent avec la restriction une même fonction de neutralisation d'un apport alimentaire perçu comme excessif ou menaçant. Loin d'être anodines, l'ensemble de ces conduites de sur-contrôle constitue l'un des prédicteurs les plus robustes du développement ultérieur d'un TCA constitué (Stice, 2016; Stice et al., 2002).

Il est important de souligner que ce gradient n'implique pas une progression linéaire obligatoire : un individu peut présenter des stratégies extrêmes sans être passé par une phase de restriction cognitive identifiable, et inversement. Comme le suggère la Figure 8, c'est l'interaction entre le degré de contrôle alimentaire et l'intensité des difficultés liées à l'image corporelle qui détermine la position de l'individu sur ce gradient, les deux dimensions se renforçant mutuellement dans une logique compatible avec le modèle cognitivo-comportemental élargi (Fairburn et al., 2003) et les données prospectives sur l'insatisfaction corporelle comme prédicteur de la restriction (Stice, 2002).

Figure 7.

Proposition de représentation graphique de la relation entre contrôle alimentaire et difficultés liées à l'image corporelle.



Note. Le gradient illustre comment l'intensification du contrôle alimentaire (axe horizontal), en interaction avec les préoccupations corporelles (axe vertical), peut se déployer de la restriction cognitive vers des stratégies de plus en plus coûteuses. Inspiré des travaux de Fairburn et al. (2003) et de Stice (2001, 2002). Il s'agit d'un gradient.mettre des points

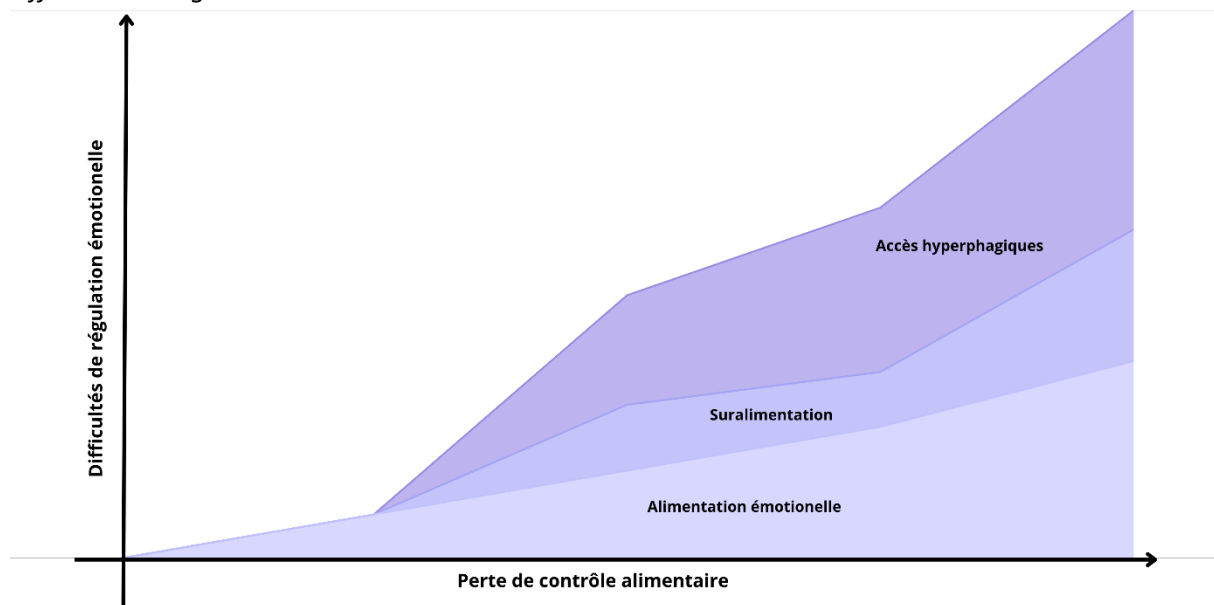
Les conduites de rupture de contrôle : de l'alimentation émotionnelle aux accès hyperphagiques

Le second pôle regroupe les conduites caractérisées par un débordement de la régulation alimentaire, qu'il soit déclenché par la transgression des règles restrictives (voie diététique) ou par la détresse émotionnelle (voie affective). Ces conduites s'inscrivent également sur un gradient de sévérité (voir Figure 9). À la base de ce gradient, l'alimentation émotionnelle désigne le recours à la prise alimentaire pour moduler un état émotionnel désagréable, en réponse à des signaux internes affectifs plutôt qu'à des sensations de faim physiologique (Brockmeyer et al., 2014; Burton et al., 2007). Lorsque cette réactivité émotionnelle s'intensifie et que les capacités de régulation se dégradent, l'alimentation émotionnelle peut évoluer vers une suralimentation, caractérisée par une consommation excédant les besoins physiologiques mais sans sentiment de perte de contrôle.

À l'extrémité du gradient se situent les accès hyperphagiques, dont la caractéristique centrale est l'expérience subjective de perte de contrôle (*loss of control*, LOC), c'est-à-dire le sentiment de ne pas pouvoir interrompre ou moduler l'ingestion (Hayes et al., 2018; Tanofsky-Kraff & Yanovski, 2004). La distinction entre la quantité objectivement consommée et la dimension subjective de perte de contrôle est cliniquement importante : chez les jeunes notamment, la présence d'une perte de contrôle semble constituer un indicateur plus pertinent de psychopathologie et de risque ultérieur que la seule quantité de nourriture consommée (Hayes et al., 2018 ; Tanofsky-Kraff & Yanovski, 2004). Comme l'illustre la Figure 9, c'est l'interaction entre le degré de perte de contrôle et l'intensité des difficultés de régulation émotionnelle qui structure ce second gradient : plus les capacités régulatrices sont altérées, plus les épisodes tendent vers des formes sévères et envahissantes (Arexis et al., 2023; Arexis et al., 2024).

Figure 8.

Proposition de représentation graphique de la relation entre perte de contrôle alimentaire et difficultés de régulation émotionnelle.



Note. Le gradient illustre comment l'intensification de la perte de contrôle (axe horizontal), en interaction avec les difficultés de régulation émotionnelle (axe vertical), se déploie de l'alimentation émotionnelle vers la suralimentation puis les accès hyperphagiques. Inspiré des travaux d'Arexis et al. (2023) et du modèle de régulation des affects (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Une dynamique oscillatoire entre sur-contrôle et rupture

Ces deux pôles ne constituent pas des catégories étanches mais les pôles d'une dynamique oscillatoire dans laquelle les conduites de sur-contrôle génèrent souvent les conditions de la rupture, et la rupture réactive le besoin de sur-contrôle afin de compenser.

Cette oscillation n'est pas aléatoire : elle est entretenue par des mécanismes de renforcement négatif, dans lesquels le recours à la restriction ou à la compensation réduit temporairement la détresse, renforçant ainsi la probabilité de leur répétition (Fairburn et al., 2003; Haedt-Matt & Keel, 2011a; Polivy et al., 1979b). Plusieurs modèles rendent compte de cette dynamique. Selon le *Restraint Model* (Herman & Polivy, 1975; Polivy & Herman, 1985), la rigidité des règles alimentaires rend l'individu vulnérable à la perte de contrôle alimentaire. Par ailleurs, la moindre entorse aux conduites restrictives peut déclencher un phénomène de « violation de l'abstinence » (*Abstinence Violation Effect* ; (Grilo & Shiffman, 1994), précipitant la perte de contrôle par épuisement des ressources d'autorégulation (Muraven & Baumeister, 2000). Ces deux mécanismes convergent pour expliquer le paradoxe cliniquement bien documenté selon lequel les tentatives de contrôle alimentaire peuvent elles-mêmes produire les excès qu'elles cherchent à prévenir. Plus récemment, le modèle ARMS (*Attuned Representational Model of Self* ; (Cook-Cottone, 2006, 2015) a proposé un cadre conceptuel plus intégratif.

Selon ce modèle, le désordre alimentaire émerge lorsque l'individu abandonne la régulation fondée sur ses signaux internes, physiologiques et émotionnels, au profit d'une conformité aux pressions du macrosystème culturel (idéal de minceur, culture des régimes). Le comportement alimentaire désordonné devient alors une tentative inadaptée de gérer le conflit entre besoins internes et exigences externes, au détriment de l'accordage intéroceptif (Cook-Cottone, 2006; Cook-Cottone, 2015; El-Jor et al., 2025).

Cette dynamique oscillatoire contribue au maintien de la « zone grise » des désordres alimentaires en renforçant simultanément la rigidité des règles et la vulnérabilité aux transgressions perçues (Hayes et al., 2018 ; Pereira & Alvarenga, 2007). Même en l'absence de trouble alimentaire constitué, ces comportements sont associés à un retentissement clinique significatif. Ils prédisent une altération durable de la qualité de vie, une majoration de la détresse psychologique et un risque accru d'évolution vers des formes plus sévères de psychopathologie alimentaire (Neumark-Sztainer, Levine, et al., 2006; Neumark-Sztainer, Wall, et al., 2006; Wade et al., 2012). Les comportements alimentaires désordonnés ne renvoient donc pas à de simples écarts comportementaux isolés, mais à des conduites fonctionnellement organisées, susceptibles de se rigidifier et de s'autonomiser progressivement. Ce constat ouvre naturellement sur une lecture dimensionnelle et fonctionnelle du comportement alimentaire, attentive non seulement à la forme des conduites observées, mais aussi à leur flexibilité, à leur fonction régulatrice et à leur coût psychologique.

1.4. Approche dimensionnelle du comportement alimentaire : styles et tendances alimentaires

L'approche dimensionnelle du comportement alimentaire repose sur l'idée que les conduites alimentaires s'inscrivent sur un continuum allant de formes adaptatives, souples et contextuellement ajustées, à des formes progressivement plus rigides, coûteuses et dysfonctionnelles. À l'inverse des modèles catégoriels opposant normalité et pathologie, cette perspective permet de conceptualiser les perturbations alimentaires comme des variations extrêmes de processus régulatoires communs, plutôt que comme l'expression de catégories radicalement distinctes (Forbush et al., 2018; Kingdon et al., 2010; Shisslak et al., 1995; Shisslak & Crago, 2001). Dans cette logique, le passage vers la pathologie ne correspond pas à une rupture brutale, mais à une perte progressive de flexibilité, à une rigidification des règles internes et à une instrumentalisation croissante de l'alimentation à des fins de contrôle ou de régulation émotionnelle.

Définir un fonctionnement alimentaire adaptatif ne revient pas à établir un standard nutritionnel fixe, mais à caractériser un mode de régulation relativement souple, capable d'intégrer les signaux internes de faim et de satiété, les contraintes contextuelles, les préférences individuelles et les enjeux sociaux, sans détresse marquée ni préoccupation excessive (Herman & Polivy, 1983; Higgs & Thomas, 2016; Meule & Vögele, 2013). Dans cette perspective, la flexibilité constitue un critère central : un comportement alimentaire adaptatif implique une capacité à moduler les prises alimentaires selon les situations, sans rigidité excessive ni catégorisation morale systématique des aliments (Polivy & Herman, 2002; Satter, 2000). Deux modèles ont particulièrement contribué à conceptualiser ce versant adaptatif du comportement alimentaire. Le modèle de la compétence alimentaire (*Eating Competence* ; Satter, 2007) insiste sur la confiance dans les signaux internes, l'acceptation alimentaire, la régulation interne des prises et la structuration souple du contexte alimentaire (Satter, 2007). Le modèle de l'alimentation intuitive (*Intuitive Eating* ; Tribole & Resch, 1995 ; Tylka, 2006) met quant à lui l'accent sur la reconnaissance des signaux corporels, l'autorisation inconditionnelle de manger et le rejet des règles alimentaires externes rigides (Linardon et al., 2021; Tribole & Resch, 1995; Tylka, 2006). Bien que distincts dans leurs origines et leurs accents théoriques, ces deux modèles convergent vers une conception du fonctionnement alimentaire adaptatif fondée sur la confiance envers les signaux corporels, la flexibilité comportementale et une régulation moins dépendante des prescriptions externes rigides (Queiroz et al., 2022). Ces modèles adaptatifs offrent ainsi un point de référence conceptuel utile : ils permettent de définir ce à quoi les désordres alimentaires s'opposent, non pas en termes de comportements cibles à atteindre, mais en termes de processus régulatoires à restaurer.

Par ailleurs, dans ce cadre dimensionnel, les styles ou tendances alimentaires peuvent être compris comme des manières relativement stables, mais non figées, de répondre à des signaux émotionnels, cognitifs ou environnementaux. Ils ne constituent pas en eux-mêmes des marqueurs psychopathologiques, mais des tendances interindividuelles de la régulation alimentaire. Les modèles psychométriques les plus utilisés dans ce champ sont le *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ ; Van Strien et al., 1986) et le *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ ; Stunkard & Messick, 1985). Le DEBQ distingue trois dimensions principales : l'alimentation émotionnelle, définie comme la propension à manger en réponse à des affects négatifs ; l'alimentation externe, caractérisée par une sensibilité accrue aux stimuli alimentaires de l'environnement ; et l'alimentation restreinte, correspondant à un contrôle cognitif volontaire de l'apport alimentaire (Van Strien et al., 1986). Le TFEQ propose une structuration analogue autour de la restriction cognitive, de la désinhibition et de la sensibilité à la faim (Stunkard & Messick, 1985). Ces deux instruments ont une valeur essentiellement descriptive et cartographique : ils permettent d'identifier des profils de réponse alimentaire sans préjuger à eux seuls, de leur caractère adaptatif ou pathologique.

Leur utilisation conjointe dans la recherche a néanmoins mis en évidence des associations différentielles avec la psychopathologie alimentaire : la restriction cognitive et la désinhibition prédisent notamment le risque d'hyperphagie boulimique, tandis que l'alimentation émotionnelle est plus fortement associée à la détresse psychologique et aux difficultés de régulation émotionnelle (Braden et al., 2018; Van Strien et al., 2012).

Cette distinction est particulièrement importante pour l'alimentation émotionnelle, souvent présentée de manière trop rapidement pathologique. Manger en réponse à un état émotionnel n'est pas, en soi, un signe de dysfonctionnement. Cette conduite peut constituer, de manière ponctuelle et transitoire, une stratégie de régulation banale et contextuellement ajustée (Köster & Mojet, 2015; Macht, 2008). Ce n'est pas la présence d'une tendance donnée qui signe la pathologie, mais son degré de rigidification, sa chronicisation, son caractère exclusif et son coût psychologique ou comportemental. Ainsi, lorsque certaines tendances alimentaires s'intensifient, se rigidifient et s'associent à une surévaluation du poids, de la forme corporelle ou du contrôle alimentaire, elles cessent d'être de simples styles régulatoires pour devenir des marqueurs de désordres alimentaires, voire des mécanismes de maintien de troubles plus constitués. Ce glissement progressif est cliniquement difficile à saisir en temps réel, ce qui souligne l'intérêt des méthodes d'évaluation écologique momentanée pour documenter la dynamique des conduites alimentaires dans leur contexte naturel (Engel et al., 2013, 2016; Schaefer & Magnuson, 2014).

Dès lors, la frontière entre alimentation adaptative et perturbation alimentaire ne repose pas tant sur la présence de contrôle, de règles ou d'objectifs alimentaires, que sur leur fonction, leur flexibilité et leur impact subjectif.

Cette perspective dimensionnelle prépare ainsi le passage vers une lecture plus fonctionnelle et transdiagnostique des troubles des conduites alimentaires.

1.5. Approche transdiagnostique des troubles des conduites alimentaires

Les approches transdiagnostiques reposent sur l'idée que les troubles mentaux ne correspondent pas nécessairement à des entités strictement distinctes, mais qu'ils partagent des processus psychologiques fondamentaux dont les combinaisons contribuent à la diversité des tableaux cliniques observés (Harvey et al., 2004; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Dans cette perspective, les symptômes ne sont plus envisagés uniquement comme les marqueurs spécifiques d'un trouble isolé, mais comme l'expression variable de mécanismes communs. Cette perspective se distingue de l'approche dimensionnelle présentée dans la section précédente. Là où cette dernière décrit la variation graduelle des manifestations cliniques le long d'un continuum de sévérité, l'approche transdiagnostique cherche à identifier les processus qui traversent plusieurs diagnostics distincts et participent à leur développement ou à leur maintien.

Cette évolution théorique s'est développée en réponse aux limites des modèles catégoriels. En psychopathologie, les frontières diagnostiques apparaissent souvent poreuses, la comorbidité constitue davantage la règle que l'exception, et des individus partageant un même diagnostic peuvent présenter des profils psychologiques relativement différents (Dalglish et al., 2020; Kessler et al., 2005; Maj, 2005; McGrath et al., 2020). Ces constats suggèrent que les catégories diagnostiques conservent une utilité descriptive et clinique importante, mais qu'elles montrent leurs limites lorsqu'il s'agit d'identifier les mécanismes explicatifs sous-jacents. Dans le champ des TCA, cette critique est particulièrement pertinente au regard du chevauchement symptomatique entre diagnostics, de la fréquence des trajectoires évolutives non linéaires et de l'importance des formes atypiques ou sous-seuil (Castellini et al., 2011).

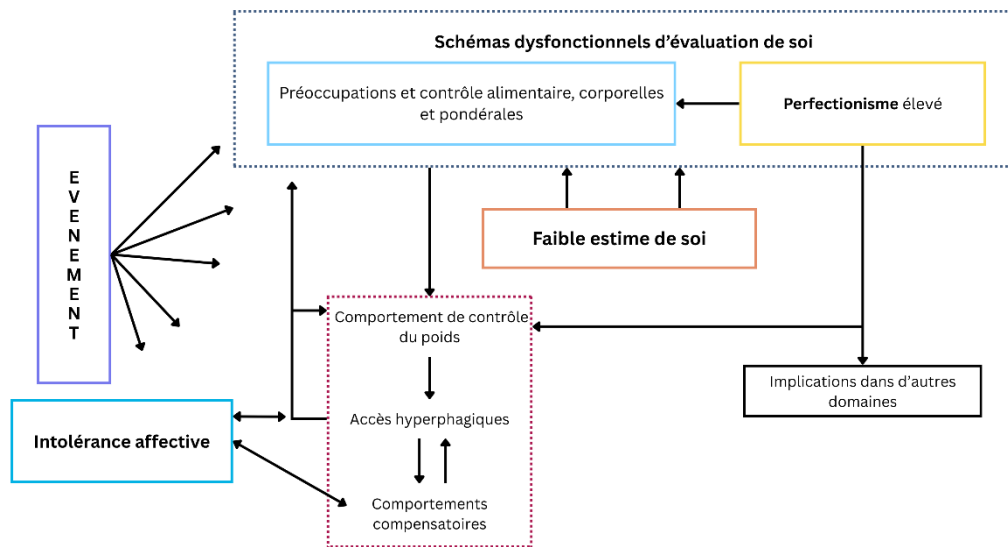
Le modèle cognitivo-comportemental transdiagnostique de Fairburn

Les TCA ont d'ailleurs constitué un terrain précoce de développement des modèles transdiagnostiques. La théorie cognitive-comportementale élargie proposée par Fairburn (2003, 2009) en offre l'une des formulations les plus influentes et la mieux validée empiriquement. Selon ce cadre, la surévaluation du poids et de la forme corporelle constitue le noyau psychopathologique commun aux différentes formes de TCA.

Cette surévaluation alimente des stratégies de contrôle alimentaire rigides, en particulier la restriction cognitive, qui augmentent à leur tour la vulnérabilité aux épisodes de perte de contrôle et aux comportements compensatoires. Dans cette boucle de maintien, la restriction, les accès hyperphagiques et les conduites compensatoire ne relèvent pas de mécanismes fondamentalement distincts, mais correspondent à différentes expressions d'un même système dysfonctionnel de maintien organisé autour de la régulation de l'estime de soi par le contrôle alimentaire. Au-delà de ce noyau central, Fairburn et al. (2003) identifient quatre mécanismes de maintien additionnels susceptibles de compliquer le tableau clinique : le perfectionnisme, la faible estime de soi, les difficultés interpersonnelles et l'intolérance aux affects. La prise en compte de ces processus dans la formulation clinique permet d'expliquer une partie de l'hétérogénéité intra-diagnostique et justifie les adaptations thérapeutiques proposées par la version élargie du traitement (CBT-E ; Fairburn, 2008).

Figure 9.

Modèle cognitivo-comportemental transdiagnostique des TCA (d'après Fairburn et al., 2003).



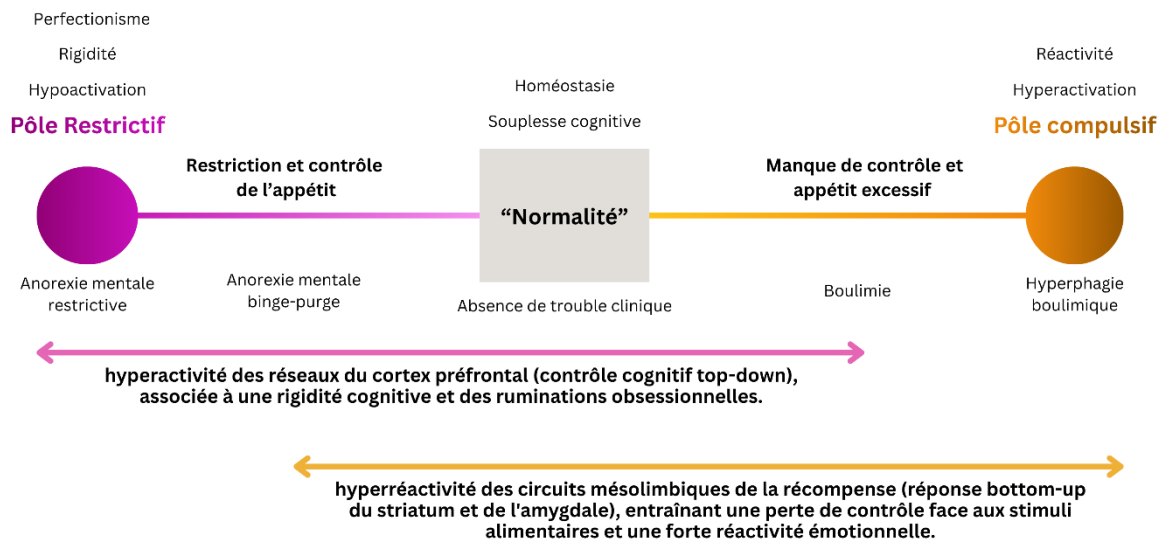
Extensions et modèles complémentaires

Le modèle de Fairburn n'est cependant pas le seul cadre ayant été proposé pour rendre compte des mécanismes partagés entre les TCA. Plusieurs développements complémentaires méritent d'être mentionnés. Dans une perspective neurobiologique, Brooks et al. (2012) ont proposé un modèle en spectre selon lequel les différentes présentations de TCA s'organisent le long d'un continuum impulsivité-restrictivité. Selon ce modèle, les niveaux fluctuants de restriction et d'impulsivité sous-tendent les différents phénotypes à différents moments de l'évolution du trouble, les diagnostics actuels correspondant à des « instantanés » d'une condition plus large et dynamique.

Cette lecture est cohérente avec les données méta-analytiques montrant une prévalence modérée de comorbidité entre TCA et troubles du contrôle des impulsions (Devoe et al., 2022), et elle rejoint la dynamique oscillatoire entre sur-contrôle et rupture de contrôle décrite dans la section 1.3.

Figure 10.

Modèle neurocognitif en spectre impulsivité-restrictivité des TCA (d'après Brooks et al., 2012).



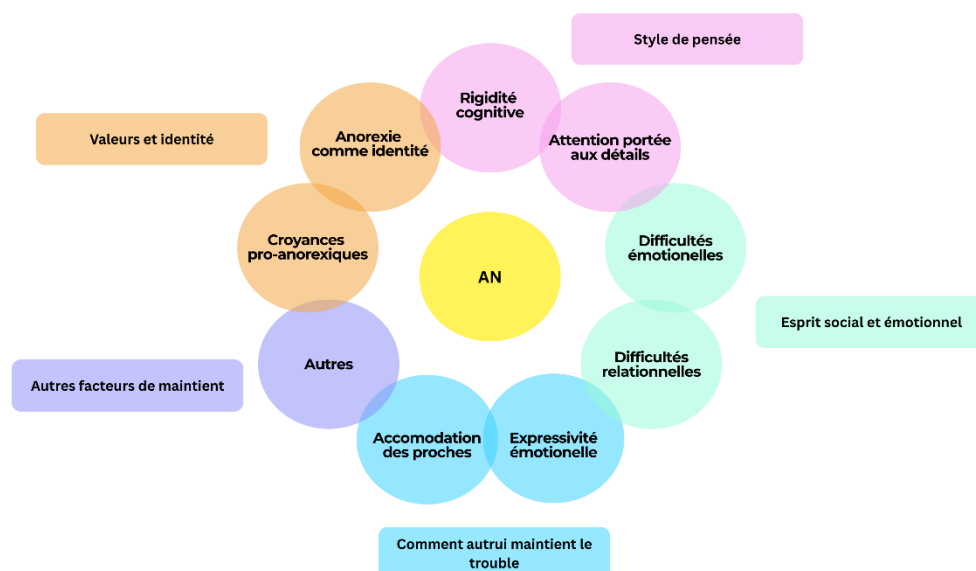
Cette lecture fonctionnelle a été approfondie par Pallister & Waller (2008) puis Waller et Kyriacou Marcoulides (2013), qui ont proposé de conceptualiser les comportements alimentaires désordonnés comme des comportements de sécurité (*safety behaviours*) au sens de (Salkovskis, 1991), c'est-à-dire des stratégies visant à réduire une menace perçue (anxiété liée au poids, à l'image corporelle ou aux relations sociales) mais qui, en empêchant l'exposition aux cognitions anxiogènes, perpétuent les croyances dysfonctionnelles et la détresse à long terme. Cette conceptualisation inscrit les TCA dans un spectre plus large de troubles anxieux et déplace le regard du symptôme alimentaire vers sa fonction anxiolytique, indépendamment du diagnostic spécifique. Dans la continuité de cette perspective, Waller et Kyriacou Marcoulides (2013) ont examiné les propriétés psychométriques d'une mesure transdiagnostique des comportements de sécurité (*Brief Safety Behaviours Scale*) dans un échantillon transdiagnostique de 102 femmes présentant une anorexie mentale ($n = 41$) ou une boulimie nerveuse ($n = 61$). Leurs résultats montrent l'absence de différence significative entre les deux diagnostics dans l'utilisation de ces stratégies, confortant la lecture transdiagnostique. L'analyse factorielle a révélé que la structure originale en deux facteurs validés auprès de patients souffrant de troubles anxieux non-TCA se réorganise en trois facteurs distincts chez les patients avec un TCA (éviter, vérifier et comportements sociaux) le facteur "général" initial se scindant ainsi en deux composantes (éviter physique vs. comportements de sécurité sociale).

Fait particulièrement pertinent pour la compréhension de la dynamique oscillatoire décrite ci-dessus, ce sont spécifiquement les comportements de sécurité d'ordre social, et non l'évitement physique général ; qui étaient significativement corrélés à la sévérité de la pathologie alimentaire (préoccupations pondérales, alimentaires et corporelles). Ce résultat conduit les auteurs à émettre l'hypothèse que la fonction de maintien des comportements alimentaires pathologiques passe en partie par des processus interpersonnels et sociaux qui dépassent la seule régulation de l'anxiété alimentaire. Ces dimensions relationnelles et sociales des mécanismes de maintien seront examinées plus en détail dans les sections 2.3 et 2.4.

Il convient également de préciser que certains modèles développés pour un diagnostic spécifique ont néanmoins identifié des processus de maintien dont la pertinence s'avère transversale. Le modèle de maintenance cognitive et interpersonnelle de Schmidt et al. (2006 ; 2014), conçu initialement pour l'anorexie mentale et sous-tendant le programme thérapeutique MANTRA (*Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults*), accorde une place centrale à la rigidité cognitive, aux difficultés de cognition sociale et à l'évitement expérientiel. Bien que ce modèle ne soit pas transdiagnostique à proprement parler, les processus qu'il identifie ; en particulier la rigidité cognitive et l'appauvrissement du répertoire émotionnel, sont documentés dans l'ensemble du spectre des TCA (Aloi et al., 2015; Tchanturia et al., 2012), ce qui souligne la portée potentiellement transversale de ces mécanismes de maintien au-delà de l'anorexie mentale.

Figure 11.

Modèle cognitif et interpersonnel de l'anorexie mentale (d'après Schmidt & Treasure, 2006).



Vers une lecture fonctionnelle et processuelle

Ces différents modèles convergent vers un déplacement du regard, du symptôme observable vers la fonction psychologique du comportement. Un comportement alimentaire devient cliniquement délétère non seulement par sa fréquence ou sa forme, mais surtout lorsqu'il acquiert une fonction régulatrice prioritaire et rigide, par exemple pour réduire une détresse interne, restaurer un sentiment de contrôle ou éviter certains états émotionnels et corporels.

Cette réorientation vers la fonction plutôt que la forme des comportements rejoint les appels récents à rééquilibrer les marqueurs objectifs (fréquence, poids) et subjectifs (cognitions, perte de contrôle) dans la conceptualisation des TCA notamment pour l'anorexie mentale et l'hyperphagie boulimique (Dang et al., 2022). Dans cette perspective fonctionnelle, les TCA peuvent être partiellement compris comme des organisations psychopathologiques marquées par une rigidification progressive des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux.

Les travaux de Haynos & Fruzzetti (2011) ont mis en avant l'importance de la dysrégulation émotionnelle dans ce processus, tandis qu'Aldao et al. (2010) ont montré, plus largement, que la psychopathologie est davantage associée à l'inflexibilité du répertoire régulateur en contexte qu'à l'usage d'une stratégie spécifique. Ces données convergent avec le cadre de la flexibilité psychologique issu de la théorie de l'acceptation et de l'engagement (ACT ; (Hayes et al., 2006), selon lequel la psychopathologie résulte moins du contenu des pensées ou des émotions que de la rigidité des réponses comportementales qu'elles engendrent. Cette perspective rejoint le cadre de la flexibilité régulateur, qui invite à dépasser l'opposition simple entre stratégies adaptatives et inadaptées pour examiner la capacité du sujet à ajuster ses réponses aux exigences du contexte (Bonanno & Burton, 2013 ; Dougherty et al., 2023). Dans le champ des TCA, l'inflexibilité psychologique apparaît ainsi comme un processus transdiagnostique particulièrement pertinent, dont l'association avec la sévérité et la persistance symptomatique est désormais bien documentée (Atwood & Friedman, 2019; Merwin et al., 2013, 2023).

Plus récemment, l'approche en réseau de la psychopathologie (Borsboom, 2017; Borsboom & Cramer, 2013b) a proposé un cadre complémentaire pour formaliser ces interactions. Plutôt que de concevoir les symptômes comme les indicateurs d'un trouble latent sous-jacent, cette approche les envisage comme des éléments d'un réseau causal dans lequel chaque symptôme peut activer ou maintenir les autres. Appliquée aux TCA, cette perspective a permis d'identifier des nœuds centraux (insatisfaction corporelle, restriction, affects négatifs) et des nœuds ponts reliant la symptomatologie alimentaire à d'autres domaines psychopathologiques (Levinson et al., 2022). Cette modélisation sera mobilisée dans l'Étude 4 de la thèse.

Nuances empiriques et positionnement de la thèse

Il convient toutefois de souligner que les évaluations empiriques du modèle transdiagnostique révèlent un tableau nuancé. Les analyses en équations structurelles (Lampard et al., 2013) et les études multicentriques (Curzio et al., 2018a) mettent en évidence la coexistence de mécanismes transdiagnostiques partagés et de processus spécifiques à certains diagnostics.

Ces résultats plaident pour des modèles hybrides capables de rendre compte à la fois du noyau commun et de l'hétérogénéité résiduelle, une perspective que les analyses centrées sur la personne (études 1 et 3) et l'approche en réseau (étude 4) de cette thèse sont précisément conçues pour explorer. De manière convergente, des travaux récents utilisant des approches de clustering non supervisé sur de larges cohortes de TCA ont identifié des phénotypes mixtes et caractérisés par une psychopathologie générale élevée et une exposition traumatique plus importante qui semblent prédire les issues cliniques de manière plus pertinente que les catégories DSM-5 (Zanola et al., 2025).

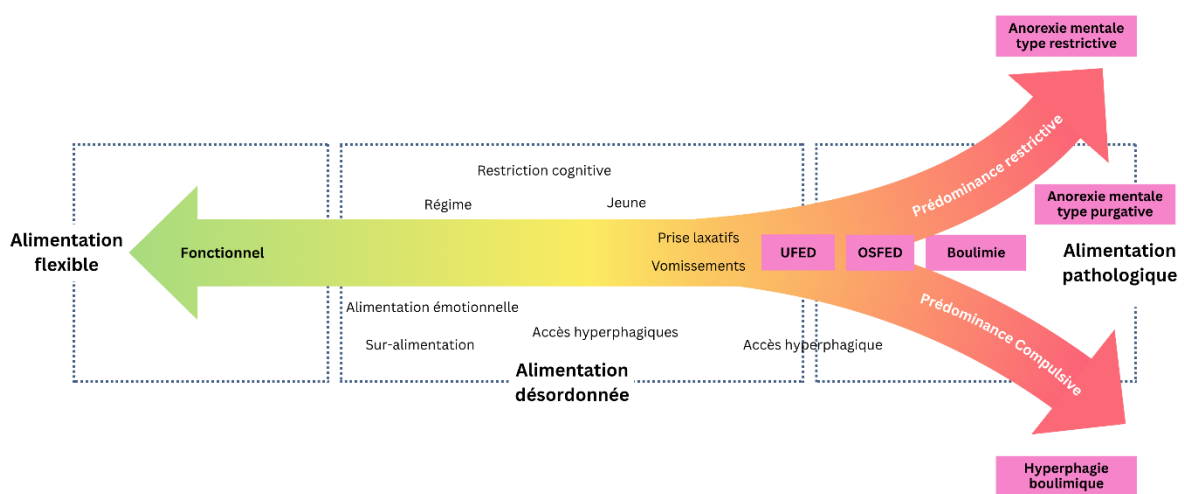
Au-delà de cette nuance méthodologique, les modèles transdiagnostiques existants présentent des limites qui justifient les orientations adoptées dans ce travail doctoral. Le modèle de Fairburn, bien que largement validé, accorde une place relativement marginale aux processus traumatiques et dissociatifs, qui sont pourtant associés à une sévérité accrue, à des profils cliniques distincts et à une moindre réponse aux traitements standards (T. D. Brewerton, 2019; Trottier & MacDonald, 2017). Le modèle en spectre impulsivité-restrictivité (Brooks et al., 2012), bien qu'intégrant une perspective neurobiologique, n'articule pas les dimensions traumatiques avec les mécanismes de maintien. De même, les dimensions intéroceptives (capacité à percevoir et interpréter les signaux corporels internes) restent peu intégrées dans ces cadres théoriques, alors qu'elles semblent jouer un rôle transversal dans l'articulation entre dérégulation émotionnelle et conduites alimentaires (Jenkinson et al., 2018; Pollatos et al., 2008). C'est précisément pour combler ces lacunes que la présente thèse adopte une approche transdiagnostique et processuelle centrée sur les interactions entre processus émotionnels, psychotraumatiques et dissociatifs dans les TCA. Les mécanismes reliant ces dimensions aux perturbations alimentaires seront examinés en détail dans le chapitre 2.

Ainsi, l'approche transdiagnostique permet de concevoir les TCA non comme des catégories imperméables, mais comme des organisations fonctionnelles structurées autour de processus partagés, parmi lesquels figurent notamment la surévaluation du poids et de la forme, la rigidité des règles alimentaires et l'appauvrissement progressif de la flexibilité régulatrice. Une telle perspective offre un cadre particulièrement pertinent pour articuler continuum symptomatique, hétérogénéité clinique et convergence fonctionnelle entre diagnostics.

Elle offre également un cadre pour intégrer des processus psychologiques plus larges, jouant un rôle dans le développement et le maintien des perturbations alimentaires (TCA et désordres alimentaires). Pour clôturer cette partie, la page suivante propose une tentative de synthèse intégrative des différents cadres et travaux abordés jusqu'ici pour conceptualiser le continuum des perturbations alimentaires.

Figure 12.

Positionnement des perturbations alimentaires sur le continuum adaptatif-pathologique inspiré de Monthuy-Blanc et al., 2023 et des travaux de Brooks et al., 2012.



2. Déterminants et mécanismes de maintien : une perspective multifactorielle

2.1. Approche multifactorielle de l'apparition des TCA

Avant d'examiner de manière détaillée les déterminants socio-environnementaux (section 2.2) et psychologiques (section 2.3) des troubles des conduites alimentaires, il convient de situer et comprendre dans quel contexte général s'inscrit la régulation du comportement alimentaire. Celle-ci repose sur l'interaction dynamique de plusieurs niveaux fonctionnels comprenant le versant biologique, neurocognitif, émotionnel et socioculturel dont la coordination flexible constitue la « norme adaptative » (Gahagan, 2012; Walsh, 2011). C'est lorsque cette coordination se rigidifie, sous l'effet conjoint de vulnérabilités individuelles et de pressions environnementales, que les conduites alimentaires peuvent basculer vers des formes désordonnées ou pathologiques (Jacobi et al., 2004; Stice, 2002).

Ce modèle rejoint celui de Cook-Cottone (2015), présenté précédemment et selon lequel le désordre alimentaire émerge précisément lorsque l'individu abandonne la régulation fondée sur ses signaux internes au profit d'une conformité rigide aux exigences externes. Cette section propose une synthèse de ces niveaux d'organisation et de leurs interactions afin de fournir un cadre intégratif préalable à l'examen des déterminants spécifiques développés dans les sections suivantes. Une attention particulière sera portée à la trajectoire développementale et à l'adversité précoce, dont les données empiriques montrent qu'elles constituent un modérateur susceptible de fragiliser chaque niveau de ce système (Danese & McEwen, 2012; Kalia & Knauft, 2020a).

Substrats biologiques

Le comportement alimentaire s'inscrit d'abord sur une toile de fond biologique qui façonne nos trajectoires bien avant toute intention de contrôle conscient. Dès l'enfance, nos sensibilités neurobiologiques nous orientent naturellement vers des aliments plus ou moins denses en énergie (Hayes et al., 2018; Mennella et al., 2011; Rozin & Vollmecke, 1986). À ces prédispositions s'ajoutent les paramètres liés au métabolisme, théorisés par le modèle du *set point*, selon lequel l'organisme défend activement une zone de poids biologiquement programmée (Harris, 1990; Mrosovsky & Powley, 1977). Cette défense s'organise entre autres, via un dialogue hormonal constant : la ghréline stimule l'appétit, tandis que la leptine et le GLP-1 signalent la sensation de satiété (Cifuentes & Acosta, 2022). Par conséquent, toute restriction alimentaire prolongée déclenche des réponses compensatoires physiologiques (augmentation de l'appétit, baisse de la dépense énergétique) qui entravent la maîtrise pondérale à long terme (Speakman et al., 2011; Sumithran & Proietto, 2012). Ces mécanismes biologiques ne fonctionnent cependant pas en vase clos : leur expression dépend étroitement des processus neurocognitifs qui gouvernent l'autorégulation comportementale.

Autorégulation neurocognitive

Sur ce socle physiologique se greffe ainsi une autorégulation neurocognitive. Dans des conditions optimales, cette régulation est dynamique et flexible : l'individu arbitre entre ses signaux internes, son environnement et ses buts à long terme (Baumeister & Heatherton, 1996; Higgs & Spetter, 2018). Sur le plan du fonctionnement exécutif, cette régulation s'appuie entre autres, sur l'inhibition et la flexibilité cognitive pour résister aux gratifications immédiates et aux biais attentionnels suscités par la saillance des aliments palatables (Dohle et al., 2018; Favieri et al., 2024; Voon et al., 2015). Les choix alimentaires sont également façonnés par la mémoire des expériences passées et l'anticipation de leurs conséquences physiologiques ou psychosociales (Brunstrom & Cheon, 2018; Higgs, 2016; R. J. Stevenson & Francis, 2017).

Toutefois, cette autorégulation neurocognitive constitue un système à capacité limitée, dont l'efficacité peut être significativement dégradée par le stress et les perturbations émotionnelles.

Vulnérabilité de l'autorégulation au stress et aux émotions

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) constitue le principal système de réponse neuroendocrinienne au stress (Charmandari et al., 2005). Si une activation aiguë inhibe transitoirement l'appétit pour mobiliser l'énergie, il semblerait qu'une sollicitation chronique de cet axe entraîne une élévation prolongée du cortisol qui, en interagissant avec les circuits dopaminergiques de la récompense, accroît la saillance motivationnelle des aliments denses en énergie (Adam & Epel, 2007; Torres & Nowson, 2007). Ce phénomène neuroendocrinien ne produit cependant pas des effets uniformes car l'impact du stress sur le comportement alimentaire varie selon les caractéristiques individuelles notamment le style alimentaire préexistant et la capacité de régulation émotionnelle (Meule & Vögele, 2013; Stone & Brownell, 1994). En effet, chez les individus dont les conduites alimentaires sont marquées par la restriction cognitive ou par une tendance au recours à l'alimentation émotionnelle, les affects négatifs peuvent épuiser les ressources inhibitrices et favoriser le recours à l'alimentation comme stratégie d'atténuation de la détresse (Blechert et al., 2014; Evers et al., 2018; O'Connor et al., 2008; Reichenberger et al., 2018). Ces vulnérabilités ne sont pas figées : elles s'inscrivent dans des trajectoires développementales au sein desquelles l'adversité précoce joue un rôle structurant en fragilisant chacun des niveaux de régulation décrit ci-dessus. Le rôle structurant des expériences adverses et de l'environnement familial sera examiné dans la section suivante.

Dimension subjective et socio-écologique

Pour finir, la signification subjective de l'acte de manger transcende la simple nécessité biologique. Si le plaisir alimentaire est souvent perçu à tort comme une simple impulsion viscérale favorisant la perte de contrôle, il englobe également une dimension « épicurienne » et consciente (sensorielle, sociale et réflexive) qui favorise, au contraire, la modération et la qualité nutritionnelle de l'alimentation (Bédard et al., 2020; Provencher et al., 2009). La régulation du comportement alimentaire s'inscrit ainsi dans un contexte plus large dépendant d'un environnement socioculturel qui module l'expression à travers de multiples niveaux écologiques (Bronfenbrenner, 1979; Story et al., 2008). L'alimentation est un « fait social total » (Fischler, 1988), dicté par des normes culturelles, des contraintes macro-systémiques et de profondes inégalités socio-économiques (Darmon & Drewnowski, 2008; Rozin & Vollmecke, 1986).

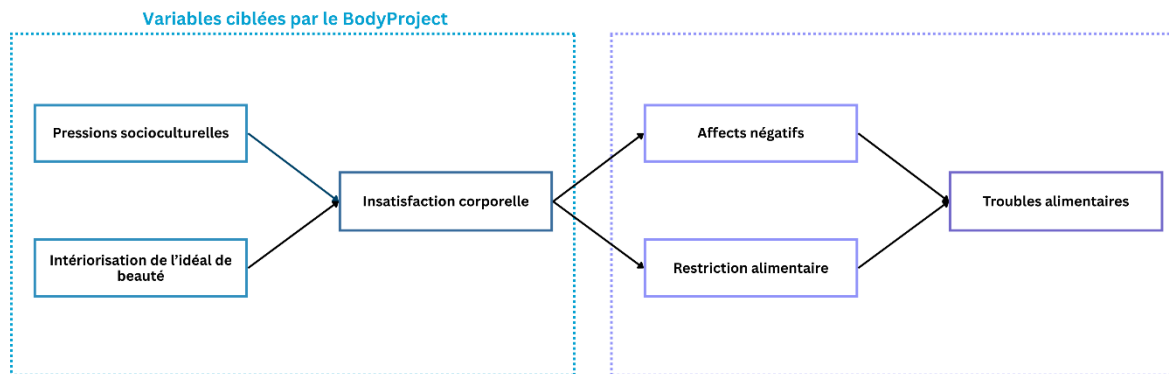
Dans cette perspective socio-écologique (Bronfenbrenner, 1979; Stokols, 1992), les pressions socioculturelles ne génèrent pas les troubles et désordres alimentaires à elles seules. Elles agissent plutôt comme des forces normatives qui, en entrant en résonance avec les vulnérabilités biologiques et émotionnelles de l'individu, viennent contraindre et rigidifier dangereusement ses stratégies d'autorégulation (Culbert et al., 2015a; Jacobi et al., 2004). La section suivante examine ces déterminants de manière détaillée.

2.2. Déterminants socio-environnementaux

Les déterminants socio-environnementaux jouent un rôle majeur dans l'apparition et le maintien des TCA et des comportements alimentaires désordonnés (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Ils opèrent à travers de multiples niveaux écologiques (Keel & Smith, 2017) et se déploient depuis le niveau macro-systémique ; tels que l'internalisation de l'idéal de minceur, la culture des régimes, la construction sociale du genre et le stress des minorités (Obeid et al., 2022; Ye et al., 2025), jusqu'au niveau micro-social ; dynamiques familiales, influence des pairs et discriminations fondées sur le poids (Mazzeo & Bulik, 2009; Quiles Marcos et al., 2012), en passant par les influences médiatiques et institutionnelles (Dane & Bhatia, 2023; Rodgers et al., 2019; Ye et al., 2025). Parmi les modèles rendant compte de l'articulation entre ces niveaux, le modèle de la double voie (*Dual Pathway Model* ; Stice, 2002; Stice et al., 1996; voir Figure 14) occupe une place centrale. Selon ce modèle, la masse corporelle et les pressions socioculturelles en faveur de la minceur constituent les points de départ de trajectoires convergentes vers les conduites alimentaires désordonnées. Ces pressions favorisent l'internalisation de l'idéal de minceur, générant une insatisfaction corporelle centrale. De là, deux voies médiatrices se dessinent : la première passe par la restriction alimentaire, qui favorise les épisodes de perte de contrôle par un mécanisme de désinhibition. La seconde relie l'insatisfaction à l'émergence d'affects négatifs (tristesse, culpabilité, anxiété...), déclenchant les accès hyperphagiques. Largement soutenu empiriquement (Stice & Van Ryzin, 2019), l'intérêt de ce modèle réside dans son articulation entre les déterminants environnementaux et les processus psychologiques individuels. Les programmes de prévention dérivés de ce modèle, notamment les interventions fondées sur la dissonance cognitive (*Body Project* ; Stice & Presnell, 2007), figurent parmi les plus efficaces empiriquement documentés dans le champ des TCA.

Figure 13.

Modèle de la double voie (Dual pathway model ; Stice, 1996, 2001).



Parmi l'ensemble de ces déterminants, l'environnement familial constitue un espace de transmission primaire et fondamental (Kral & Rauh, 2010; Suwalska & Bogdański, 2021), agissant comme un filtre à travers lequel les normes sociétales sont intériorisées et devenant parfois le lieu d'une adversité infantile précoce. Le contexte familial constitue un microsystème central de socialisation alimentaire, au sein duquel s'élaborent progressivement les fonctions et les significations attribuées à l'alimentation. Les figures parentales y occupent une place particulièrement saillante, en raison de leur fréquence d'exposition, de leur statut de modèle et du climat émotionnel associé aux repas. Le concept de *modeling* alimentaire parental désigne le processus par lequel l'enfant, par l'observation et l'imitation des comportements alimentaires de ses parents, intériorise progressivement des patterns de consommation, des préférences et des attitudes face à la nourriture (Birch & Fisher, 1998; Savage et al., 2007). De nombreuses études montrent que les comportements alimentaires parentaux sont étroitement associés aux consommations des enfants, tant pour les aliments favorables à la santé que pour ceux riches en sucres ou en graisses (Mahmood et al., 2021; Savage et al., 2007; Scaglioni et al., 2018). Toutefois, le modeling parental ne se limite pas à la transmission de préférences alimentaires, mais aussi des normes implicites concernant le plaisir, le contrôle, la restriction ou la culpabilité associés à l'acte de manger (Palfreyman et al., 2012, 2015). Si une part du risque de développer un trouble des conduites alimentaires (TCA) est attribuable à la génétique, l'environnement familial transmet également un risque majeur par le biais de ce modelage d'attitudes, particulièrement lorsqu'il s'accompagne d'une préoccupation excessive à l'égard de l'apparence et du poids (Mazzeo & Bulik, 2009; Rodgers et al., 2009).

À ce titre, les commentaires des parents concernant le poids de leurs enfants, leurs propres tentatives de perte de poids, ainsi que les plaintes concernant leur propre corps, ont un impact direct sur l'insatisfaction corporelle et les comportements ou tentatives d'amincissement chez les jeunes enfants (Mazzeo & Bulik, 2009).

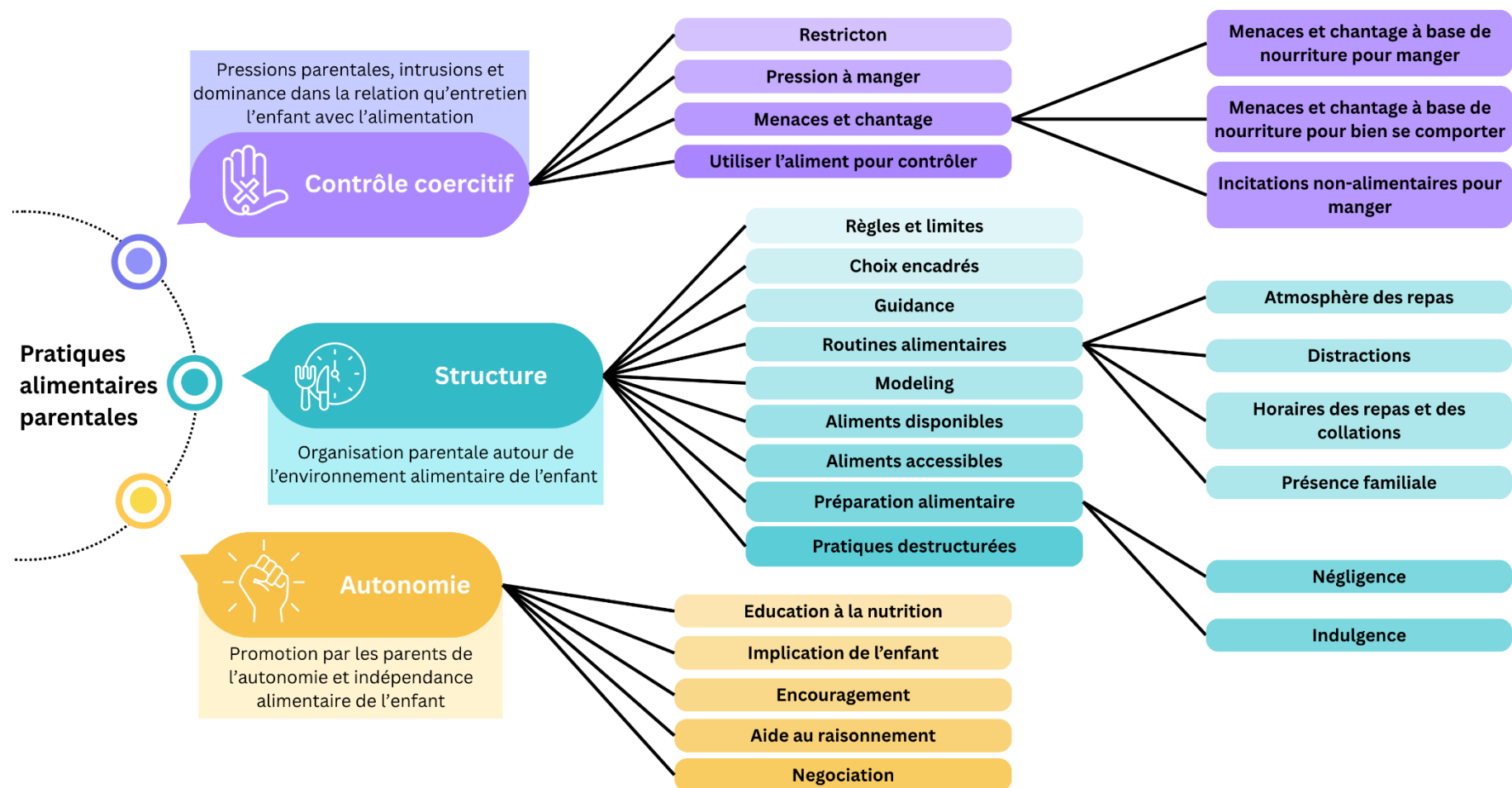
Ce processus illustre comment l'internalisation de l'idéal de minceur, initiée à l'échelle socioculturelle, est directement médiatisée et renforcée par les figures d'attachement primaires (Goossens et al., 2019).

Au-delà de l'imitation, les pratiques alimentaires parentales peuvent soutenir ou, au contraire, perturber le développement de l'autorégulation alimentaire. Si les repas familiaux réguliers sont généralement associés à un rapport plus souple à la prise alimentaire, certaines pratiques alimentaires coercitives (*coercive feeding practices*) peuvent produire l'effet inverse (Vaughn et al., 2016). Ces pratiques regroupent un ensemble de conduites parentales caractérisées par un contrôle excessif sur l'alimentation de l'enfant : restriction de certains aliments, pression à manger, chantage alimentaire, obligation de « finir son assiette » ou utilisation de la nourriture comme récompense ou punition (Birch & Fisher, 1998; Loth et al., 2013; Wehrly et al., 2014). Leur point commun est de déplacer le centre de régulation alimentaire de l'enfant de ses signaux internes (faim, satiété) vers des contraintes et des règles externes. Ces pratiques, qui s'apparentent à une supervision et une surveillance parentales excessives, limitent la promotion de l'autonomie de l'enfant (Musher-Eizenman et al., 2019). Les données suggèrent qu'elles sont susceptibles d'entraver durablement la capacité à reconnaître la faim et la satiété (sensibilité intéroceptive), favorisant ainsi une rigidification progressive des règles alimentaires et une vulnérabilité aux TCA (Loth et al., 2013 ; Scaglioni et al., 2018).

Plus largement, le climat émotionnel familial paraît tout autant important. Il importe de distinguer les styles parentaux, qui renvoient au climat éducatif général, des pratiques parentales spécifiques liées à l'alimentation ; ces deux dimensions interagissant pour influencer les conduites alimentaires (Blissett & Haycraft, 2008). Les environnements marqués par les conflits, l'invalidation émotionnelle, la surprotection ou une forte focalisation sur l'apparence renforcent la vulnérabilité aux préoccupations corporelles (Culbert et al., 2015; Duclos et al., 2014; Jacobi et al., 2004). Dans cette dynamique, l'enchevêtrement familial et les critiques parentales sont associés à une plus grande sévérité des symptômes de TCA et à une motivation moindre pour le changement (Diaz de Leon-Vazquez et al., 2019). Les moqueries ou taquineries fondées sur le poids (*weight-related teasing*) provenant des membres de la famille émergent d'ailleurs comme un facteur de risque particulièrement rapporté, exacerbant l'insatisfaction corporelle et augmentant considérablement le risque de comportements alimentaires désordonnés (Diaz de Leon-Vazquez et al., 2019). En somme, la famille ne constitue pas une cause univoque des TCA, mais un contexte de socialisation susceptible, selon ses caractéristiques, de soutenir le développement d'un rapport flexible au corps, ou au contraire de le fragiliser.

Figure 14.

Cartographie des possibles pratiques alimentaires parentales (traduction de Vaughn et al., 2016).



Parmi les déterminants socio-environnementaux, les expériences adverses précoces apparaissent comme des facteurs de vulnérabilité particulièrement robustes. Les *Adverse Childhood Experiences* (ACEs) regroupent un ensemble d'événements potentiellement délétères survenant au cours de l'enfance. Elles comprennent des violences¹, qu'elles soient physiques, sexuelles ou émotionnelles, des formes de négligence physique ou émotionnelle, mais aussi des dysfonctionnements au sein du foyer (Felitti et al., 1998). Sur le plan biologique, certaines données suggèrent que l'exposition chronique à ces événements est associée à des altérations durables des systèmes allostatiques ; nerveux, endocrinien et immunitaire susceptibles de modifier les capacités de régulation du stress (Danese & McEwen, 2012).

Dans le champ des troubles des conduites alimentaires (TCA), de nombreuses études ont mis en évidence une association entre l'exposition à ces expériences et une symptomatologie alimentaire plus sévère, plus diffuse ou plus complexe (Brewerton et al., 2022; Lindenbach et al., 2026; Molendijk et al., 2017; Trottier & MacDonald, 2017). Les données disponibles suggèrent que cette association concerne plusieurs formes de perturbations alimentaires. Les méta-analyses montrent notamment que les violences émotionnelles, la négligence émotionnelle et les expériences de maltraitance cumulative sont particulièrement associés aux symptômes alimentaires, parfois davantage que les formes de violence physiques et sexuelles (Molendijk et al., 2017). Ces expériences, qui incluent souvent un historique de violences perpétrés par un membre de la famille, semblent aussi liées à une plus grande sévérité psychopathologique, à davantage de comorbidités et à une altération plus importante du fonctionnement global (Brewerton, 2019 ; Trottier & MacDonald, 2017). Ces données soulignent que certaines perturbations alimentaires peuvent s'inscrire dans des trajectoires développementales marquées par l'insécurité, l'invalidation ou la violence. D'autre part, elles suggèrent que l'effet des expériences adverses est probablement indirect, médié par d'autres processus psychologiques et émotionnels. En d'autres termes, l'exposition à l'adversité ne conduit pas mécaniquement à un TCA, mais peut altérer durablement les capacités d'identification émotionnelle, de sécurité interne et de régulation des affects, créant un terrain favorable au recours ultérieur à des conduites alimentaires dysfonctionnelles (Briere & and Scott, 2007; Trottier & MacDonald, 2017). Plus spécifiquement, l'adversité précoce est associée à une réduction de la flexibilité cognitive à l'âge adulte (Kalia & Knauft, 2020) et à une augmentation de l'alimentation émotionnelle dès l'enfance (Thomas et al., 2020a), suggérant que ces expériences façonnent les vulnérabilités régulatrices bien en amont de l'apparition des symptômes alimentaires.

¹ Nous traduisons délibérément le terme abus initialement rapporté pour décrire ce type d'expérience dans la littérature anglo-saxonne par le terme violence. L'utilisation du terme violence est recommandé dans une logique trauma informé pour respecter le vécu des personnes concernées.

Dans cette perspective, les expériences adverses apparaissent comme un déterminant socio-environnemental majeur, particulièrement pertinent pour une lecture processuelle et transdiagnostique des perturbations alimentaires.

Ainsi, l'environnement familial et les expériences adverses précoces semblent jouer un rôle structurant dans la socialisation alimentaire, la dépendance aux normes externes et la fragilisation des capacités d'autorégulation. Leur influence paraît d'autant plus importante qu'elle s'articule ensuite à des déterminants psychologiques plus proximaux, notamment cognitifs et émotionnels, qui seront examinés dans la section suivante.

2.3. Déterminants psychologiques

La littérature identifie plusieurs grandes catégories de variables psychologiques prédictives des TCA. En premier lieu, certains traits de personnalité constituent des facteurs de risque prospectifs majeurs. Sur le plan des traits de personnalité, le névrosisme, défini comme la tendance à éprouver des états affectifs négatifs, amplifierait la détresse liée à l'insatisfaction corporelle (Allen & Robson, 2020; Culbert et al., 2015). Le perfectionnisme, qui peut se caractériser par une recherche de perfection et une autocritique en cas d'échec, est l'un des traits les plus documentés comme facteur de risque et de maintien des TCA (Bardone-Cone et al., 2007; Egan et al., 2011). Il favorise la mise en place de standards alimentaires inatteignables dont la transgression perçue alimente les cycles de restriction et de perte de contrôle. Enfin, l'impulsivité, et plus particulièrement l'urgence négative (tendance à agir de manière précipitée en cas de détresse), est un prédicteur fort et spécifique des conduites hyperphagiques et purgatives (Culbert et al., 2015b; Pearson, Zapolski, et al., 2015). À ces traits s'ajoutent des facteurs cognitifs et identitaires, au premier rang desquels figurent l'insatisfaction corporelle et l'internalisation de l'idéal de minceur discutés dans la section précédente (Obeid et al., 2022; Ye et al., 2025). Ces éléments s'articulent souvent autour d'une faible estime de soi et d'une frustration des besoins psychologiques fondamentaux (autonomie, compétence, affiliation sociale), poussant l'individu à utiliser le contrôle alimentaire et l'apparence comme moyen de rehausser sa valeur personnelle (Goss & Gilbert, 2002; Verstuyf et al., 2012). Ces facteurs cognitifs et identitaires sont susceptibles d'être amplifiés ou maintenus par des déficits au niveau des fonctions exécutives, en particulier de la flexibilité cognitive, dont le rôle dans les TCA est désormais bien documenté.

La flexibilité cognitive, composante centrale des fonctions exécutives, renvoie notamment aux capacités de set-shifting et d'adaptation comportementale face à de règles changeantes (Hohl & Dolcos, 2024). Dans l'anorexie mentale, de nombreuses études mettent en évidence des déficits persistants de set-shifting, observés chez des patient.es rétabli.es et parfois chez des proches (notamment les parents) suggérant un caractère partiellement dispositionnel (Tchanturia et al., 2011; Tenconi et al., 2010). Cette observation a conduit à proposer la rigidité cognitive comme phénotype

potentiel, bien que cette hypothèse reste débattue en raison de l'hétérogénéité méthodologique et de l'absence de biomarqueurs spécifiques (Micali & Dahlgren, 2016). Dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique, les résultats sont plus contrastés. Certaines études rapportent une inflexibilité comparable à celle observée dans l'AN, tandis que d'autres mettent davantage en évidence des déficits de contrôle inhibiteur (Manasse et al., 2015; Svaldi et al., 2014; Vall & Wade, 2015). Cette variabilité souligne la nécessité de distinguer la flexibilité cognitive (changement de cadre mental) de la flexibilité comportementale, c'est-à-dire la capacité à interrompre des routines stéréotypées (Vall & Wade, 2015). Cliniquement, les patient.es présentent souvent une rigidité transversale affectant aussi bien les rituels alimentaires que l'organisation quotidienne ou les règles sociales (Aloi et al., 2015; Dingemans et al., 2015; Wu et al., 2014), ce qui suggère que la rigidité opère moins comme un mécanisme étiologique unique que comme un facteur central de maintien, susceptible d'entraver les processus de changement thérapeutiques. Ces processus de rigidité cognitive entretiennent des liens étroits avec les difficultés de régulation émotionnelle, qui constituent un quatrième niveau de déterminants.

Les difficultés de régulation émotionnelle augmentent le risque de développement des troubles des conduites alimentaires (TCA) (McClure et al., 2022). Toutefois, au-delà d'un déficit global de régulation, des travaux récents soulignent le rôle de la flexibilité régulatrice, définie comme la capacité à ajuster l'usage des stratégies de régulation émotionnelle en fonction du contexte et des exigences situationnelles. À ce jour, le rôle prédictif spécifique de cette flexibilité dans l'émergence des symptômes alimentaires reste insuffisamment documenté, en partie en raison de l'absence de mesures dédiées dans les études longitudinales en population générale (Dougherty et al., 2023). Cette question apparaît particulièrement saillante à l'adolescence, période marquée par une exposition accrue au stress, une maturation encore incomplète des fonctions exécutives et une vulnérabilité élevée à l'apparition des TCA (Lantrip et al., 2015; Núñez-Regueiro & Núñez-Regueiro, 2021; Yurgelun-Todd, 2007). De faibles capacités d'ajustement flexible des stratégies de régulation face aux stressors pourraient ainsi favoriser une mauvaise adaptation émotionnelle au stress, constituant une voie développementale vers les symptômes alimentaires (Dougherty et al., 2023). Au-delà de l'étiologie, la flexibilité régulatrice constitue également un cadre pertinent pour comprendre le maintien des TCA. Les élévations de l'affect négatif précèdent fréquemment les comportements alimentaires pathologiques, suggérant une fonction régulatrice à court terme de ces comportements (Srivastava et al., 2021). Toutefois, ce n'est pas tant l'absence de stratégies adaptatives que leur usage rigide et contextuellement inadapté qui semble central.

Une faible flexibilité régulatrice pourrait ainsi contribuer à la persistance de la détresse émotionnelle et au recours répété aux conduites alimentaires dysfonctionnelles, concernant à la fois la régulation des affects négatifs et celle des affects positifs, dont la dysrégulation est de plus en plus reconnue comme un facteur de maintien des TCA (Coniglio et al., 2019; Selby et al., 2024).

Parmi les processus susceptibles de sous-tendre ces difficultés de régulation émotionnelle, l'alexithymie occupe une place particulière dans la littérature sur les TCA. Ce concept, décrit initialement par Nemiah & Sifneos (1970) puis formalisé sous le terme d'alexithymie par Sifneos, (1973), désigne une difficulté à identifier, différencier et verbaliser les ressentis affectifs, ainsi qu'une tendance à privilégier un mode de pensée concret, centré sur les événements externes plutôt que sur l'expérience interne. Dans la littérature actuelle, elle est le plus souvent appréhendée à partir du modèle de Taylor, Bagby et Parker, opérationnalisé par la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20 ; Bagby et al., 1994), qui distingue trois dimensions : la difficulté à identifier les émotions, la difficulté à les décrire et la pensée orientée vers l'extérieur. Dans le champ des troubles des conduites alimentaires, la majorité des études montrent des niveaux d'alexithymie significativement plus élevés chez les personnes présentant un TCA ou des conduites alimentaires désordonnées qu'en population générale. Plus précisément, ce sont surtout les difficultés à identifier et à communiquer les émotions qui apparaissent altérées dans ces populations (Nowakowski et al., 2013). Cette élévation de l'alexithymie est retrouvée dans l'ensemble du spectre des TCA. Dans l'anorexie mentale, des niveaux élevés sont rapportés de manière consistante chez les adolescents comme chez les adultes (Bizzi et al., 2023; Courty et al., 2015; Saure et al., 2022), et cette caractéristique semble relativement stable puisqu'elle ne disparaît pas complètement après restauration pondérale (Beadle et al., 2013). Des niveaux comparables ont également été observés dans la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique (Nowakowski et al., 2013 ; Wheeler et al., 2005). Wheeler et al. (2005) montrent d'ailleurs que l'alexithymie est plus fortement corrélée aux accès hyperphagiques qu'aux symptômes anorexiques ou boulimiques, suggérant que son poids psychopathologique pourrait varier selon les sous-types cliniques. Dans la même perspective, Nowakowski et al (2013) soulignent que les personnes souffrant de TCA obtiennent systématiquement des scores plus élevés à la TAS-20 que les personnes en population générale, ce qui appuie l'hypothèse selon laquelle les comportements alimentaires pathologiques pourraient, au moins en partie, être mobilisés comme des tentatives de régulation ou de contrôle d'états émotionnels difficilement identifiables et mentalisables.

Ces déficits d'identification et de verbalisation émotionnelle sont conceptuellement proches des altérations de la conscience intéroceptive, c'est-à-dire de la capacité à percevoir et interpréter les signaux corporels internes mais aussi des difficultés à identifier et interpréter ses émotions.

Les perturbations intéroceptives, bien documentées dans l'ensemble du spectre des TCA (Colle et al., 2023; Herbert & Pollatos, 2019; Jenkinson et al., 2018), pourraient constituer un mécanisme commun sous-jacent à l'alexithymie et aux difficultés de régulation émotionnelle décrites ci-dessus. Les déterminants psychologiques examinés dans cette section (traits de personnalité, insatisfaction corporelle, rigidité cognitive, dysrégulation émotionnelle et alexithymie) forment un système d'interactions réciproques. Cependant ces interactions soulèvent une question fondamentale : les variables décrites ici opèrent-elles comme des causes, des conséquences ou des facteurs de maintien des TCA ? La section suivante examine les modèles intégratifs et transactionnels qui tentent de rendre compte de ces dynamiques bidirectionnelles.

2.4. Approches intégratives et transactionnelles : déterminants ou conséquences ?

Les sections précédentes ont examiné séparément les déterminants socio-environnementaux et psychologiques des TCA. Toutefois, l'approche séquentielle classique qui distingue de manière rigide les causes initiales des conséquences de la maladie, montre aujourd'hui ses limites cliniques et théoriques. Ainsi, les modèles psychopathologiques contemporains privilégient une perspective dynamique, fondée sur le principe de causalité circulaire (ou réciproque ; Borsboom et al., 2019; Maximino, 2023). Dès lors, de nombreuses variables psychologiques décrites précédemment agissent non seulement comme des facteurs de vulnérabilité précipitant l'émergence du trouble, mais sont également aggravées par la maladie elle-même, devenant ainsi des facteurs de maintien. Quatre exemples, issus des dimensions examinées dans les sections 2.2 et 2.3, illustrent particulièrement bien cette logique transactionnelle.

- L'insatisfaction corporelle constitue l'un des facteurs de risque prospectifs les mieux documentés des TCA (Stice, 2002). Toutefois, les conduites alimentaires désordonnées peuvent amplifier en retour cette insatisfaction, créant un cercle auto-entretenu placé au centre du modèle cognitivo-comportemental élargi (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003). Les données longitudinales confirment d'ailleurs que les symptômes cognitifs liés à l'image corporelle augmentent significativement entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, parallèlement à l'intensification des conduites alimentaires désordonnées (Slane et al., 2014).
- La rigidité cognitive, identifiée en section 2.3 comme un facteur de maintien central, s'inscrit dans une dynamique similaire. Les effets neurobiologiques de la dénutrition et de la restriction prolongée altèrent le fonctionnement exécutif ; en particulier la flexibilité mentale et la prise de décision, aggravant les profils cognitifs rigides qui préexistaient au trouble (Treasure & Schmidt, 2013). Cette boucle de renforcement contribue à l'enfermement dans des rituels alimentaires de plus en plus stéréotypés et résistants au changement thérapeutique (Morris & Mansell, 2018).

- L'évitement expérientiel, initié comme une stratégie d'adaptation face à une détresse émotionnelle perçue comme intolérable, s'accroît avec la pathologie. En appauvrissant progressivement le répertoire comportemental et émotionnel du sujet, il rend captif l'individu de ses habitudes alimentaires et réduit l'exposition aux situations susceptibles de générer un changement (Atwood & Friedman, 2020; Merwin, 2011).

La symptomatologie dépressive illustre cette logique bidirectionnelle. Les données longitudinales suggèrent que le lien entre dépression et TCA s'inscrit dans une dynamique transactionnelle au sein de laquelle la symptomatologie dépressive peut à la fois précéder l'apparition des conduites alimentaires et en constituer une conséquence secondaire. La méta-analytiques de Puccio et al., (2016), portant sur 30 études longitudinales, est la première à documenter empiriquement cette bidirectionnalité. Les auteurs montrent ainsi que la dépression représente un facteur de risque prospectif significatif des TCA, avec une magnitude d'effet globalement faible mais plus prononcée pour les symptômes boulimiques et hyperphagiques que pour la pathologie alimentaire globale. Cette association peut notamment être comprise à partir du modèle de la régulation des affects : les conduites alimentaires désordonnées, en particulier les épisodes d'hyperphagie, peuvent fonctionner comme des stratégies inadaptées visant à atténuer ou suspendre des états émotionnels aversifs (Romano et al., 2025). Cette influence s'inscrit aussi dans des contextes développementaux plus larges : Stice (2002) souligne que les antécédents familiaux de psychopathologie, en particulier dépressive, participent à la constitution d'une vulnérabilité aux TCA via des mécanismes génétiques et environnementaux. Inversement, les TCA constituent eux-mêmes des facteurs de risque de symptomatologie dépressive ultérieure. Puccio et al. (2016) montrent en effet que la pathologie alimentaire prédit prospectivement la dépression, avec un effet particulièrement marqué chez les sujets les plus jeunes. Les patient.es pleinement rétablies de leur TCA présentent également un risque accru de rechute dépressive, et le rapprochement du poids santé est associé à une probabilité plus élevée de rechute (Mischoulon et al., 2011). Les auteurs interprètent ce paradoxe par la mobilisation d'enjeux identitaires et la réactivation de la peur de prise pondérale (Mischoulon et al., 2011). À ces mécanismes s'ajoutent honte, auto-dévalorisation, retentissement fonctionnel et isolement social (Goss & Allan, 2014), ainsi que les conséquences neurobiologiques de la restriction et des accès hyperphagiques. Cette dynamique a une implication clinique majeure dans l'anorexie mentale : la symptomatologie dépressive observée en phase aiguë peut se confondre partiellement avec les effets de la dénutrition (anhédonie, ralentissement, retrait social), si bien que le tableau dépressif authentique ne peut être pleinement caractérisé qu'au cours de la renutrition, lorsque les affects « anesthésiés » réémergent ou non (Oldershaw et al., 2019).

Ces dynamiques transactionnelles convergent avec les modèles processuels contemporains de la psychopathologie, qu'il s'agisse de l'approche en réseau (Borsboom, 2017; Borsboom & Cramer, 2013) ou des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur les processus (Hofmann & Hayes, 2018, 2019). Dans ces cadres théoriques, les TCA ne sont plus conçus comme le produit linéaire de facteurs de risque isolés, mais comme le résultat de l'activation mutuelle et de la rigidification progressive d'un réseau de processus interconnectés (biologiques, cognitifs, émotionnels et relationnels) au sein duquel la distinction entre cause et conséquence perd une grande partie de sa pertinence (Monteleone & Cascino, 2021).

Des déterminants aux profils : vers une approche centrée sur la personne

Le constat qui précède a une implication méthodologique directe. Si les variables psychologiques examinées dans les sections précédentes n'opèrent pas de manière indépendante mais forment des configurations interactives, alors les modèles statistiques traditionnels « centrés sur les variables », qui estiment des relations moyennes entre prédicteurs et issues au sein de l'ensemble de la population, risquent de masquer l'existence de sous-groupes présentant des organisations processuelles distinctes (Morin et al., 2018). Autrement dit, deux patient.es partageant le même diagnostic de TCA pourraient relever de configurations cognitivo-émotionnelles très différentes : l'un.e marqué.e par une rigidité cognitive prédominante, l'autre par une alimentation émotionnelle intense, chacun.e nécessitant une compréhension et potentiellement une prise en charge spécifique. Le recours à des méthodes d'identification de profils, telles que les analyses en clusters (approche « centrée sur la personne »), constitue une réponse méthodologique à cette exigence. Contrairement aux approches déductives fondées sur des catégories diagnostiques a priori, la classification par clusters repose sur une logique inductive : les groupes émergent à partir des similarités multidimensionnelles observées dans les données, sans présupposer l'existence de sous-types cliniques prédéfinis (Clatworthy et al., 2005). Ce choix méthodologique permet de dépasser la segmentation diagnostique traditionnelle et d'examiner directement la structuration des processus psychologiques (notamment les dimensions émotionnelles et cognitives) au sein par exemple, d'un échantillon clinique. L'objectif n'est pas de comparer des diagnostics, mais d'explorer l'existence de configurations processuelles homogènes susceptibles de traverser les catégories formelles. L'approche inductive par clusters est ainsi cohérente avec la conception dimensionnelle et processuelle défendue dans les sections précédentes : elle permet d'identifier des profils fonctionnels, caractérisés par des combinaisons spécifiques de vulnérabilités émotionnelles et cognitives, indépendamment de l'étiquette diagnostique. C'est dans cette perspective que s'inscrit la première étude de cette thèse.

À partir d'un échantillon clinique de patient.es pris.es en soins dans une unité spécialisée des TCA, elle vise à tester empiriquement l'hypothèse d'une organisation transdiagnostique des troubles alimentaires en identifiant des profils cognitivo-émotionnels distincts fondés sur l'alimentation émotionnelle, la rigidité cognitive et l'attention aux détails et en examinant leur validité clinique au regard des antécédents traumatiques, de la sévérité symptomatique et de la qualité de vie.

2.5. Etude 1 : Au-delà des diagnostics : profils émotionnels et cognitifs des troubles des conduites alimentaires identifiés par analyse en clusters

Les sections précédentes ont mis en évidence les limites des classifications diagnostiques traditionnelles pour rendre compte de l'hétérogénéité des trajectoires cliniques observées dans les troubles des conduites alimentaires (TCA). Si ces classifications décrivent des formes symptomatiques distinctes, elles rendent imparfaitement compte de la variabilité interindividuelle des mécanismes émotionnels et cognitifs impliqués dans l'émergence et le maintien des troubles. De nombreuses données suggèrent ainsi que des processus transversaux, communs aux différents diagnostics, organisent les présentations cliniques au-delà des catégories nosographiques, notamment la rigidité cognitive, l'inflexibilité émotionnelle et l'utilisation dysfonctionnelle de l'alimentation comme stratégie de régulation affective. Ces mécanismes de maintien transdiagnostiques ne se distribuent toutefois pas de manière uniforme entre les individus et pourraient contribuer à l'existence de profils cliniques différenciés, indépendamment des diagnostics formels.

Dans cette perspective, l'objectif de cette première étude était d'examiner cette hétérogénéité en adoptant une approche centrée sur la personne (*person-centered approach*) pour tester l'existence de sous-groupes distincts de patient.es souffrant de TCA, définis à partir de dimensions émotionnelles et cognitives transversales, incluant l'alimentation émotionnelle positive et négative, la rigidité cognitive et l'attention excessive aux détails. Ce choix méthodologique s'inscrit dans une démarche exploratoire, cohérente avec les cadres transdiagnostiques contemporains, visant à identifier des configurations de processus plutôt qu'à tester des hypothèses catégorielles.

L'étude repose sur un échantillon clinique de patient.es pris.es en charge en ambulatoire dans une unité spécialisée des TCA d'un centre hospitalo-universitaire français entre 2017 et 2020. Les profils issus de l'analyse en clusters ont ensuite été comparés sur des variables cliniques et fonctionnelles externes, incluant les antécédents traumatiques durant l'enfance, la sévérité symptomatique, l'insatisfaction corporelle et la qualité de vie spécifique aux TCA, afin d'en examiner la validité clinique au-delà des variables de classification.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une collaboration du service spécialisée des TCA du CHU de Montpellier, visant la valorisation d'une base de données cliniques et neuropsychologiques constituée en routine de soin.

Un travail préparatoire a permis de définir a priori l'hypothèse générale d'une hétérogénéité des profils émotionnels et cognitifs au sein des TCA et le recours à une analyse en clusters fondée sur des dimensions transdiagnostiques, en cohérence avec certains cadres théoriques développés dans ce chapitre. L'étude, est présentée ci-après en version française au format « article ». La traduction de l'article en anglais pour soumission est en préparation dans l'objectif d'une publication dans la revue « International Journal of Eating Disorders».

Au-delà des diagnostics : profils cognitivo-émotionnels dans les troubles des conduites alimentaires identifiés par analyse en clusters

Wilfried Symphor^{1*}, Sébastien Guillaume^{2,3}, Maeliss Doranges^{2,3}, Rebecca Chatelain^{2,3}, Maude Sénèque^{2,3} & Greg Decamps¹

¹UR 4139 Laboratoire de Psychologie, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

²Département d'Urgences et Post-Urgences Psychiatriques, Hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, Montpellier, France.

³Institut de Génomique Fonctionnelle (IGF), Université de Montpellier, CNRS, INSERM, Montpellier, France.

Introduction : L'hétérogénéité des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) dépasse les frontières nosographiques classiques. Cette étude vise à identifier des profils transdiagnostiques basés sur l'interaction entre alimentation émotionnelle, rigidité cognitive et attention aux détails, et déterminer leur pertinence clinique.

Méthode : 130 patients adultes souffrant de TCA ont été évalués via l'EMAQ et le DFlex. Une classification hiérarchique suivie d'une méthode K-means a identifié les clusters. Leur validité externe a été examinée par comparaison de la sévérité symptomatique, de la qualité de vie, des antécédents traumatiques et de la répartition diagnostique.

Résultats : Trois profils distincts ont émergé :

Cluster 1 (n=42) : Rigidité cognitive et alimentation émotionnelle positive marquée, associé à une sévérité modérée.

Cluster 2 (n=43) : Niveaux faibles de rigidité et d'alimentation émotionnelle, présentant l'atteinte fonctionnelle la moins sévère.

Cluster 3 (n=45) : Rigidité cognitive et alimentation émotionnelle négative élevée, associé à la sévérité symptomatique la plus lourde et à la présence d'antécédents traumatiques.

Conclusion : L'hétérogénéité diagnostique au sein de ces groupes confirme la pertinence de l'approche transdiagnostique. L'identification de ces phénotypes, aux pronostics et présentations cliniques distincts, justifie des interventions différenciées ciblant les mécanismes cognitivo-émotionnels spécifiques plutôt que la seule catégorie diagnostique.

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires ; transdiagnostique ; alimentation émotionnelle ; flexibilité cognitive ; expériences adverses.

Introduction

Bien que le DSM-5-TR distingue l'anorexie mentale (AN), la boulimie (BN) et l'hyperphagie boulimique (BED), ces catégories présentent un chevauchement substantiel dans leurs mécanismes de maintien, illustré par les taux de migration diagnostique de 40 à 50 % au cours du suivi clinique (Castellini et al., 2011). Les modèles transdiagnostiques postulent que la psychopathologie alimentaire est alimentée entre autres par des interactions spécifiques entre des déficits de régulation émotionnelle (Lavender et al., 2015 ; Leppanen et al., 2022; Prefit et al., 2019) et dysfonctionnements cognitifs tels que rigidité, biais attentionnels et perfectionnisme (Gilon Mann et al., 2018; Harrison et al., 2011; Tchanturia et al., 2012). Cependant, peu d'études confrontent ces composantes masquant la manière dont ils se combinent chez un individu donné pour former des phénotypes distincts.

Les déficits de régulation émotionnelle sont centraux dans le maintien des TCA. Selon le modèle de régulation de l'affect, l'accès hyperphagique fonctionne comme un moyen de réguler à la baisse des affects négatifs aversifs (Haedt-Matt & Keel, 2011). En accord avec ce modèle, les études en Ecological Momentary Assessment (EMA) confirment que les émotions désagréables précèdent de manière significative les épisodes d'hyperphagie dans la boulimie et le BED (Devonport et al., 2019; Dingemans et al., 2017; Nicholls et al., 2015; Reichenberger et al., 2020). De plus, l'alimentation émotionnelle négative (AE-N) est associée à une sévérité accrue des symptômes globaux, un lien qui se renforce lorsque les difficultés de régulation émotionnelle sont élevées (Barnhart et al., 2021; Lampe et al., 2026). Dans l'AN, ces mêmes affects négatifs semblent anticipés via les comportements restrictifs ou de purge, utilisés comme stratégies d'évitement (Ávila et al., 2025; Oldershaw et al., 2019a); Reichenberger et al., 2021). En revanche, le rôle de l'alimentation émotionnelle en réponse aux affects positifs (AE-P) révèle une divergence phénotypique majeure. Alors que l'AE-P est généralement atténuée dans la BN et le BED, des données comparatives indiquent que l'alimentation en réponse aux affects agréables est relativement plus élevée dans l'AN restrictive (Burnatowska et al., 2022, 2023; Reichenberger et al., 2021). Des travaux récents soulignent que les émotions positives peuvent paradoxalement augmenter le craving dans l'AN, suggérant que les affects positifs pourraient soutenir une prise alimentaire plus normative ou agir comme un renforçateur distinct dans ce sous-type (Arend et al., 2024a). Par ailleurs, la littérature démontre que ces réponses émotionnelles semblent contraintes par des styles cognitifs rigides, considérés comme des traits de vulnérabilité stables (Harrison et al., 2012; Tchanturia et al., 2012; Zelazo & Cunningham, 2007). Deux dimensions modèrent l'expression des symptômes : la rigidité cognitive (déficit de set-shifting) et la faible cohérence centrale (focalisation sur les détails) (M. E. Roberts et al., 2011). Des déficits marqués de flexibilité sont observés de manière transdiagnostique (Keegan et al., 2021a) et prédisent prospectivement des comportements restrictifs dès l'enfance (Steegers et al., 2021).

Dans les troubles de type binge, cette rigidité pourrait « verrouiller » les patients dans des cycles inadaptés, rendant difficile le désengagement face aux stimuli alimentaires (Krug et al., 2024).

Au-delà de leurs effets indépendants, il existe un rationnel théorique fort pour considérer la rigidité cognitive et l'alimentation émotionnelle comme des mécanismes interdépendants au sein d'un modèle intégratif. La rigidité cognitive et la focalisation sur les détails favorisent la mise en place de règles alimentaires strictes (« tout ou rien ») et une attention sélective sur les échecs perçus (Krug et al., 2024; Wang et al., 2018). Lorsque la détresse émotionnelle survient, ce manque de flexibilité empêche la réévaluation cognitive adaptative, laissant l'alimentation émotionnelle (ou la restriction) comme seule stratégie de régulation disponible pour « échapper » à la conscience aversive de soi (Mitchell et al., 2024; Treasure et al., 2020; Treasure & Schmidt, 2013). La faible cohérence centrale exacerbe ce processus en restreignant le champ attentionnel sur des indices immédiats au détriment du contexte global, facilitant ainsi le passage à l'acte sous le coup de l'émotion (Keegan et al., 2021; Lang et al., 2016). Ces mécanismes cognitivo-émotionnels ne se développent pas forcément lors de l'apparition du trouble ; ils s'inscrivent possiblement dans une trajectoire développementale marquée par l'adversité. L'adversité précoce est par ailleurs associée à une réduction de la flexibilité cognitive à l'âge adulte, un lien médié par le stress chronique et les stratégies de régulation (Kalia & Knauff, 2020).

Parallèlement, l'exposition à des événements de vie adverses prédit une augmentation de l'alimentation émotionnelle dès l'enfance (Thomas et al., 2020). Des analyses récentes de profils latents dans les troubles caractérisés par des accès hyperphagiques ont permises d'identifier des sous-groupes cliniques distincts définis par les fonctions reliées aux conduites d'accès hyperphagiques, elles-mêmes liées aux traumatismes et aux émotions (O'Loghlen et al., 2023). Les expériences adverses vécues durant l'enfance, en tant que facteurs de risque distaux majeurs, sont également associés à une réactivité émotionnelle accrue et à des profils cliniques plus sévères (Molendijk et al., 2017; Trottier & MacDonald, 2017). Par conséquent, il est plausible que les profils combinant une forte dysrégulation et une rigidité cognitive marquée soient spécifiquement associés à des antécédents traumatiques plus lourds, validant ainsi leur pertinence clinique en tant que marqueurs de sévérité. Pour capturer cette hétérogénéité, une approche méthodologique spécifique est nécessaire. Les modèles statistiques traditionnels « centrés sur les variables » supposent que les relations entre cognition et émotion sont uniformes à travers la population, masquant souvent les configurations individuelles spécifiques (Morin et al., 2018). À l'inverse, l'analyse en clusters (approche « centrée sur la personne ») permet d'identifier des sous-groupes d'individus partageant des profils de fonctionnement similaires. Cette méthode est particulièrement pertinente pour opérationnaliser une approche transdiagnostique, car elle permet de regrouper les patients selon leurs mécanismes de maintien communs plutôt que selon leurs étiquettes diagnostiques.

Ainsi, la présente étude utilise une analyse en clusters centrée sur la personne pour identifier des profils distincts basés sur cette interaction précise entre alimentation émotionnelle (positive/négative), rigidité cognitive et attention aux détails. Nous proposons de : (1) déterminer si des profils cognitivo-émotionnels transcendent les catégories diagnostiques du DSM-5-TR ; et (2) valider la pertinence clinique de ces clusters en examinant s'ils diffèrent significativement en termes d'antécédents traumatiques, de sévérité symptomatique et de qualité de vie.

Méthode

Participants et procédure

Cette étude a été menée au sein de l'Unité spécialisée des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) du CHU de Montpellier (France). Le recrutement a été réalisé de manière consécutive entre mai 2017 et janvier 2020 parmi les patients adressés pour une évaluation pluridisciplinaire et une prise en charge spécialisée. La cohorte comprenait l'ensemble des patients pris en charge en ambulatoire pour un trouble du comportement alimentaire (TCA) au sein de l'unité spécialisée des TCA du CHU de Montpellier. Tous les diagnostics ont été établis conformément aux critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Les diagnostics ont été établis par des médecins expérimentés à l'aide d'entretiens cliniques structurés basés sur le DSM-5. Les critères d'inclusion étaient les suivants : (1) être âgé de 15 ans ou plus, (2) maîtriser la langue française, (3) présenter un diagnostic de trouble du comportement alimentaire établi selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013), (4) avoir accepté de participer aux modalités d'évaluation de la cohorte, (5) et disposer d'une affiliation à un régime de sécurité sociale ou à un organisme équivalent. Les critères d'exclusion comprenaient (1) la présence d'un handicap mental, tel qu'un déficit intellectuel ou un trouble psychotique, empêchant l'obtention d'un consentement éclairé, (2) la présence d'une comorbidité somatique sévère nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente dans une unité autre que l'hôpital de jour, (3) ainsi qu'une grossesse ou un allaitement en cours.

L'échantillon final était composé de 247 participants (N = 247) les patients ont été orientés vers l'hôpital de jour afin de bénéficier d'une évaluation multidisciplinaire incluant la confirmation diagnostique et l'élaboration de la prise en charge thérapeutique. Sur les 247 patients éligibles évalués durant la période de l'étude, 130 participants ont complété l'intégralité des mesures nécessaires au clustering (questionnaires d'alimentation émotionnelle et de style cognitif) et ont été inclus dans l'analyse finale. L'âge moyen était de 28 ans (ET = 10.22).

Plus de la moitié présentaient un diagnostic actuel d'anorexie mentale (56.3 %) dont 55,1 % présentaient une forme restrictive, 37,7 % une forme avec accès hyperphagiques/purgatif, et 7,2 % une forme atypique, suivis de boulimie (19.5 %) et d'hyperphagie boulimique (12.5 %). Un épisode dépressif majeur actuel était présent chez environ 31 % des participants. L'IMC moyen était de 21.26 kg/m² (ET = 6.13), traduisant une forte hétérogénéité pondérale. La taille de l'échantillon n'a pas été prédéterminée, s'agissant d'une étude exploratoire.

Ethique

Un consentement éclairé écrit a été obtenu auprès de l'ensemble des participants, ou auprès des représentants légaux pour les participants mineurs. L'utilisation des données de cette cohorte a reçu l'approbation du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Est VI de l'Université de Clermont-Ferrand (CPP : AU 1313 ; ID-RCB : 2017-A00269-44 ; numéro d'essai clinique : NCT03160443). Le recrutement et la conduite de l'étude ont été réalisés conformément aux principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki.

Mesures

Variables de clustering

L'alimentation émotionnelle a été évaluée à l'aide de l'Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ ; Geliebter & Aversa, 2003), validé en français par Bourdier et al. (2017). Cet auto-questionnaire mesure les variations de l'appétit en réponse à des états émotionnels ou à des contextes spécifiques. Il se compose de 22 items répartis selon la valence émotionnelle et la nature du déclencheur : émotions négatives (9 items), émotions positives (5 items), situations négatives (5 items) et situations positives (3 items). Pour chaque item, les participants indiquent s'ils mangent moins, autant ou davantage que d'habitude sur une échelle de Likert en 9 points (1 = beaucoup moins que d'habitude ; 5 = autant que d'habitude ; 9 = beaucoup plus que d'habitude). Des scores élevés reflètent une augmentation de l'appétit en réponse aux émotions ou aux situations correspondantes. Dans la présente étude, les sous-scores d'alimentation émotionnelle négative et positive ont été utilisés comme variables continues dans les analyses de regroupement. La cohérence interne de l'échelle dans la présente étude était bonne ($\omega = .86$), avec une fiabilité excellente pour la dimension d'alimentation émotionnelle négative ($\omega = .90$) mais plus modeste pour la dimension positive ($\omega = .60$).

La rigidité cognitive a été évalué à l'aide du Detail and Flexibility Questionnaire (DFlex ; Roberts et al., 2011) validé en français par Maria et collaborateur (2020). Cet auto-questionnaire de 24 items, cotés sur une échelle de Likert en 6 points, permet d'évaluer deux dimensions du fonctionnement cognitif fréquemment impliquées dans les troubles des conduites alimentaires : la rigidité cognitive et l'attention aux détails.

Des scores élevés indiquent un fonctionnement cognitif plus rigide et une focalisation accrue sur les détails au détriment d'une perception globale. Les deux sous-scores ont été utilisés comme indicateurs continus dans la procédure de clustering. Dans la présente étude, la cohérence interne de l'échelle était excellente, avec un coefficient oméga de McDonald de $\omega = .91$ ($\omega = .84$ pour la rigidité cognitive et $\omega = .89$ pour l'attention aux détails).

Variables fonctionnelles de validation externe

- **Les expériences adverses vécues durant l'enfance** ont été évaluées à l'aide du Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF ; Bernstein et al., 2003), un auto-questionnaire rétrospectif standardisé de 28 items mesurant la sévérité de différentes formes de maltraitance survenues avant l'âge de 18 ans. Le CTQ-SF évalue cinq dimensions cliniques : violence émotionnelle, violence physique, violence sexuelle, négligence émotionnelle et négligence physique. Les participants répondent à chaque item en se référant à la période « lorsque vous étiez en train de grandir », selon une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (jamais vrai) à 5 (très souvent vrai). Chaque sous-échelle produit un score compris entre 5 et 25, les scores les plus élevés indiquant une plus grande sévérité de l'adversité correspondante. Dans la présente étude, la cohérence interne du score total était excellente, avec un coefficient oméga de McDonald de $\omega = .93$. Les cohérences des sous-échelles étaient excellentes pour la violence sexuelle ($\omega = .96$), la négligence émotionnelle ($\omega = .93$) et la violence physique ($\omega = .93$), bonne pour la violence émotionnelle ($\omega = .88$) et acceptable pour la négligence physique ($\omega = .74$).
- **La sévérité de la psychopathologie alimentaire** a été évaluée à l'aide de l'*Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q ; Fairburn & Beglin, 1994). Cet auto-questionnaire de 28 items fournit un score global de symptomatologie alimentaire ainsi que quatre sous-scores : restriction alimentaire, préoccupations alimentaires, préoccupations concernant le poids et préoccupations concernant la silhouette. Il permet également d'évaluer la fréquence des accès hyperphagiques et de certains comportements compensatoires au cours des 28 derniers jours. Dans cette étude, la cohérence interne du score global était excellente ($\omega = .95$), avec des fiabilités excellentes pour la sous-échelle préoccupations silhouette ($\omega = .94$) et bonnes pour les sous-échelles restriction ($\omega = .89$), préoccupations poids ($\omega = .89$) et préoccupations alimentaires ($\omega = .87$).

- **L'insatisfaction corporelle** a été évaluée à l'aide du *Body Shape Questionnaire* - version 34 items (BSQ-34 ; Cooper et al., 1987; version française validée par Rousseau et al., 2005). Cette échelle mesure les préoccupations relatives au poids et à la silhouette au cours des quatre dernières semaines. Les items sont cotés sur une échelle de Likert en 6 points allant de 1 (jamais) à 6 (toujours). Le score total varie de 34 à 204, des scores plus élevés indiquant une insatisfaction corporelle plus marquée. Dans la présente étude, la cohérence interne de l'échelle était excellente, avec un coefficient oméga de McDonald de $\omega = .98$.
- **La qualité de vie spécifique aux troubles des conduites alimentaires** a été évaluée à l'aide de *l'Eating Disorder Quality of Life* (EDQOL ; Engel et al., 2006). Il s'agit d'un questionnaire de 25 items évaluant la qualité de vie liée aux troubles des conduites alimentaires. Il comprend quatre sous-échelles : psychologique (affects négatifs et perception de soi), physique/cognitive (symptômes somatiques et cognitifs, tels que la sensation de froid ou les difficultés de concentration), financière (difficultés à faire face aux dépenses courantes) et travail/études (absentéisme ou altération des performances scolaires ou professionnelles). Dans la présente étude, la cohérence interne du score global était excellente, avec un coefficient oméga de McDonald de $\omega = .95$ ($\omega = .93$ pour la sous-échelle psychologique, $\omega = .88$ pour la sous-échelle financière, $\omega = .87$ pour la sous-échelle physique/cognitive, et $\omega = .81$ pour la sous-échelle travail/études).

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées afin d'identifier des profils de fonctionnement émotionnel et cognitif liés à l'alimentation. Les analyses ont été conduites sur l'ensemble de l'échantillon à partir de quatre indicateurs continus sélectionnés a priori sur la base de leur pertinence théorique et empirique : l'alimentation émotionnelle négative, l'alimentation émotionnelle positive, la rigidité cognitive et la flexibilité attentionnelle. L'ensemble de ces variables a été standardisé (scores z) avant les analyses. Avant la procédure de regroupement, une analyse en composantes principales (ACP) a été réalisée sur les variables standardisées afin de réduire la redondance entre les indicateurs et de faciliter l'identification de structures latentes sous-jacentes. Les composantes expliquant environ 70 % de la variance cumulée ont été retenues. Les coordonnées individuelles sur ces composantes ont ensuite été utilisées comme base pour les analyses de regroupement.

Une stratégie de classification en deux étapes a été appliquée. Dans un premier temps, une classification hiérarchique ascendante a été réalisée à partir des coordonnées issues de l'ACP, en utilisant la méthode de Ward et la distance euclidienne.

Cette approche considère initialement chaque individu comme un cluster distinct, puis regroupe progressivement les observations en fonction de leur similarité. Le nombre de clusters à retenir a été exploré à l'aide d'indicateurs descriptifs (somme des carrés intra-clusters et largeur moyenne de la silhouette), en tenant compte de la cohérence statistique des solutions ainsi que de leur interprétabilité clinique. Dans un second temps, une classification par centres mobiles (k-means) a été réalisée afin d'affiner la solution de regroupement. Les centroïdes issus de la classification hiérarchique ont été utilisés comme centres initiaux, permettant de limiter la dépendance à l'initialisation aléatoire et d'améliorer la stabilité de la solution finale. Cette méthode vise à maximiser l'homogénéité intra-cluster tout en maximisant l'hétérogénéité inter-clusters. La stabilité de la solution retenue a été évaluée à l'aide d'une procédure de bootstrap non paramétrique, en estimant les coefficients de similarité de Jaccard pour chaque cluster. Afin de caractériser les profils identifiés, les différences entre les clusters sur les variables utilisées pour la classification ont été analysées à l'aide d'analyses de variance. Nous avons opté pour l'ANOVA de Welch car elle est robuste aux violations de l'hypothèse d'homogénéité des variances, fréquentes dans les comparaisons de clusters cliniques sur petit échantillons, et permet un contrôle plus rigoureux de l'erreur de Type I (Delacre et al., 2017). Des comparaisons post-hoc ont été réalisées à l'aide de la procédure de Games-Howell lorsque cela était approprié. Enfin, la validité externe des profils a été examinée en comparant les clusters sur des variables cliniques supplémentaires non incluses dans la procédure de regroupement. Les variables continues ont été analysées à l'aide de tests non paramétriques de Kruskal-Wallis, tandis que les variables catégorielles ont été examinées à l'aide de tests du chi carré. L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel R (version 4.4.1).

Résultats

Analyse en cluster

Une solution à trois clusters a été retenue, résultant d'un compromis entre les critères statistiques exploratoires (gain d'inertie intra-cluster, coefficient de silhouette) et la pertinence clinique des profils. Bien que l'inspection des indices internes n'ait pas isolé un nombre optimal unique de clusters, la solution à trois groupes a été privilégiée pour garantir la parcimonie du modèle et son interprétabilité. La stabilité de cette partition a été évaluée par une procédure de validation par *bootstrap* ($B = 1\,000$). Les coefficients de similarité de Jaccard étaient de 0.46, 0.62 et 0.63 respectivement pour les clusters 1, 2 et 3. Le cluster 1 présentait une stabilité en deçà du seuil recommandé de 0.60 (Hennig, 2007), indiquant que ce profil est le moins robuste de la solution. Les clusters 2 et 3 dépassaient le seuil d'acceptabilité. La largeur moyenne de silhouette de l'ensemble de la solution était de 0.35, indiquant une structure identifiable mais dont la séparation inter-clusters reste modérée. Ces indicateurs soulignent le caractère exploratoire de la solution retenue. La répartition des participants au sein des trois clusters s'est avérée équilibrée (Cluster 1 : $n = 42$, 32.3% ; Cluster 2 : $n = 43$, 33.1% ; Cluster 3 : $n = 45$, 34.6%). Concernant la contribution des variables, l'attention portée aux détails et la rigidité cognitive sont apparues comme les dimensions les plus discriminantes dans la structuration des profils ($\omega^2 > .48$), suivies par l'alimentation émotionnelle négative et l'alimentation émotionnelle positive (Tableau 2). Les tailles d'effet étaient systématiquement élevées, avec des valeurs d'oméga carré comprises entre $\omega^2 = .24$ et $\omega^2 = .57$.

Figure 15.

Représentation graphique des profils moyens standardisés ($\pm$ erreur standard) pour l'alimentation émotionnelle et les dimensions de rigidité cognitive dans l'échantillon total.

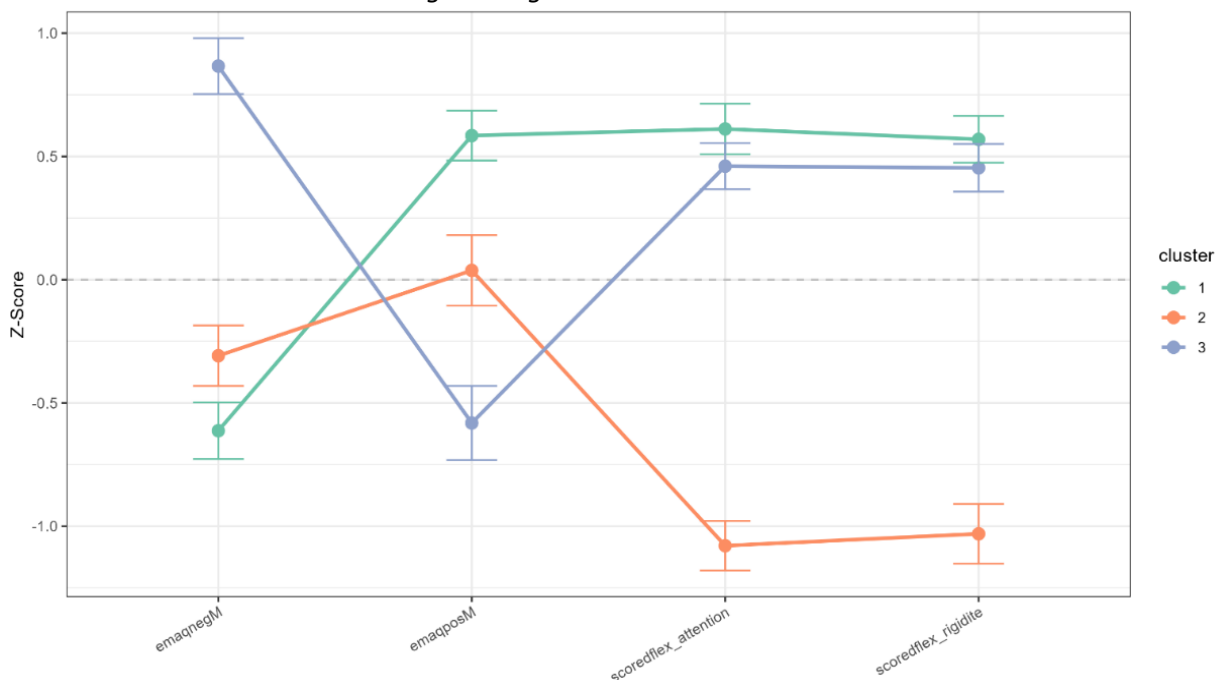


Tableau 2.*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques par cluster.*

Variable	Cluster 1 (n = 42)	Cluster 2 (n = 43)	Cluster 3 (n = 45)	Statistique	p	V
Variables sociodémographiques						
Âge (années), M (ET)	25.55 (9.17)	27.37 (9.52)	31.51 (11.08)	F = 3.64	.029	-
Sexe féminin, n (%)	39 (92.9)	39 (90.7)	44 (97.8)	Fisher	.355	-
Années d'études, M (ET)	12.90 (2.09)	13.30 (1.95)	13.42 (2.37)	F = 0.72	.489	-
IMC (kg/m²), M (ET)	20.21 (6.58)	20.43 (6.08)	23.03 (5.44)	F = 2.84	.062	-
						-
État civil, n (%)				Fisher	.611	-
Célibataire	29 (70.7)	27 (62.8)	32 (71.1)			
En couple	11 (26.8)	12 (27.9)	9 (20.0)			
Marié.e	1 (2.4)	4 (9.3)	4 (8.9)			
Situation professionnelle, n (%)				Fisher	.442	-
En emploi	19 (46.3)	16 (37.2)	27 (60.0)			
Étudiant	2 (4.9)	5 (11.6)	3 (6.7)			
Chômeur	17 (41.5)	20 (46.5)	12 (26.7)			
Autre (retraité, invalidité)	3 (7.3)	2 (4.7)	3 (6.7)			
Caractéristiques cliniques						
Âge début TCA (années), M (ET)	17.22 (4.16)	18.37 (4.90)	19.07 (8.45)	F = 0.90	.411	-
Durée trouble (années), M (ET)	8.46 (9.08)	7.32 (6.81)	11.63 (9.30)	F = 1.89	.156	-
ATCD chirurgie bariatrique, n (%)	1 (2.5)	0 (0.0)	2 (4.4)	Fisher	.534	-
Comorbidités psychiatriques						
EDM actuel, n (%)	12 (31.6)	8 (21.6)	15 (38.5)	χ² = 2.55	.279	.15
TSPT actuel, n (%)	4 (10.5)	1 (2.7)	5 (12.8)	Fisher	.339	-
Diagnostics TCA, n (%)						
Anorexie mentale ^a	30 (73.2)	28 (66.7)	14 (31.1)	χ² = 18.18	< .001	.38
AN restrictive	19 (65.5)	17 (60.7)	2 (14.3)			
AN binge/purge	9 (31.0)	9 (32.1)	9 (64.3)			
AN atypique	1 (3.5)	2 (7.1)	3 (21.4)			
Type AN (global)				Fisher	.010	
Boulimie	3 (7.3)	3 (7.1)	19 (42.2)	χ² = 22.74	< .001	.42
Hyperphagie boulimique	4 (9.8)	4 (9.5)	8 (17.8)	χ² = 1.77	.413	.12
Présence accès hyperphagiques ^b	10 (25.0)	13 (32.5)	30 (66.7)	χ² = 17.41	< .001	.37

Note. Les variables continues sont exprimées en M (ET). Les variables catégorielles en n (%). Les statistiques F sont issues d'ANOVAs de Welch. Les tests de Fisher ont été utilisés lorsque les effectifs attendus étaient < 5. V = V de Cramér. ^a La décomposition par sous-type d'anorexie mentale est disponible sur n = 29 (Cluster 1), n = 27 (Cluster 2) et n = 13 (Cluster 3) en raison de données manquantes sur la variable de sous-type. ^b Pourcentages calculés sur n = 40 (Cluster 1), n = 40 (Cluster 2) et n = 45 (Cluster 3) en raison de données manquantes. IMC = indice de masse corporelle ; TCA = troubles des conduites alimentaires ; AN = anorexie mentale ; EDM = épisode dépressif majeur ; TSPT = Trouble de Stress Post-Traumatique.

Validation interne des clusters

Des analyses de variance de Welch ont été réalisées afin d'examiner les différences entre clusters sur les variables ayant servi à la procédure de regroupement. Les analyses univariées ont montré des différences significatives pour l'alimentation émotionnelle négative : $F(2, 84.5) = 46.10$, $p < .001$; l'alimentation émotionnelle positive : $F(2, 82.3) = 21.20$, $p < .001$; l'attention portée aux détails : $F(2, 84.3) = 86.80$, $p < .001$ et la rigidité cognitive : $F(2, 83.7) = 61.70$, $p < .001$. Les comparaisons *post-hoc* (test de Games-Howell) ont indiqué des différences significatives entre tous les couples de clusters, à l'exception du Cluster 1 et du Cluster 3 pour les variables cognitives ($p > .05$). Les tailles d'effet étaient systématiquement élevées, avec des valeurs d'oméga carré comprises entre $\omega^2 = .24$ et $\omega^2 = .57$ (Tableau 3).

Tableau 3.

Différences inter-clusters sur les variables de regroupement (validation interne).

Variable	Cluster 1 (n = 42)	Cluster 2 (n = 43)	Cluster 3 (n = 45)	F	p	ω^2	Post-hoc
AE négative	5.55 (2.07) ^a	6.40 (2.23) ^a	9.66 (2.12) ^b	46.10 (2, 84.5)	< .001	.42	1 = 2 < 3
AE positive	5.20 (0.79) ^a	4.54 (1.14) ^b	3.79 (1.23) ^c	21.20 (2, 82.3)	< .001	.24	1 > 2 > 3
Rigidité cognitive	54.10 (6.65) ^a	36.80 (8.59) ^b	52.80 (7.00) ^a	61.70 (2, 83.7)	< .001	.48	1 = 3 > 2
Attention aux détails	48.40 (7.96) ^a	28.20 (7.88) ^b	46.60 (7.50) ^a	86.80 (2, 84.3)	< .001	.57	1 = 3 > 2

Note. Les valeurs sont exprimées en M (ET). F = ANOVA de Welch. Les statistiques F sont issues d'ANOVAs de Welch ; les degrés de liberté sont indiqués entre parenthèses. ω^2 = oméga carré. Post-hoc : Games-Howell. Les lettres en exposant indiquent les différences significatives ($p < .05$). AE = alimentation émotionnelle.

- **Le cluster 1 (n = 42)** se caractérise par une rigidité cognitive élevée (M = 54.10, ET = 6.65) et une attention aux détails marquée (M = 48.40, ET = 7.96), associées à des niveaux modérés d'alimentation émotionnelle négative (M = 5.55, ET = 2.07) et aux scores les plus élevés d'alimentation émotionnelle positive (M = 5.20, ET = 0.79). Ce profil, majoritairement composé de présentations restrictives, associe un fonctionnement cognitif rigide à une alimentation émotionnelle négative relativement contenue.
- **Le cluster 2 (n = 43)** présente les niveaux de rigidité cognitive (M = 36.80, ET = 8.59) et d'attention aux détails (M = 28.20, ET = 7.88) les plus bas de l'échantillon, associés à des niveaux intermédiaires d'alimentation émotionnelle négative (M = 6.40, ET = 2.23) et positive (M = 4.54, ET = 1.14). Ce profil reflète un fonctionnement comparativement plus flexible sur le plan cognitif.

- **Le cluster 3 ($n = 45$)** était caractérisé par les scores les plus élevés d'alimentation émotionnelle négative ($M = 9.66$, $ET = 2.12$), les scores les plus bas d'alimentation émotionnelle positive ($M = 3.79$, $ET = 1.23$), combinés à une rigidité cognitive ($M = 52.80$, $ET = 7.00$) et à une attention aux détails ($M = 46.60$, $ET = 7.50$) équivalentes à celles du cluster 1 et significativement supérieures à celles du cluster 2. Ce profil correspond à un fonctionnement marqué par une forte réactivité émotionnelle négative associée à une inflexibilité cognitive.

Validation externe des clusters

Sévérité symptomatique et insatisfaction corporelle. Des analyses de variance de Welch ont été conduites afin d'examiner les différences inter-clusters concernant l'insatisfaction corporelle et les dimensions symptomatiques des troubles alimentaires (Tableau 4). Un effet significatif de l'appartenance au cluster est observé pour l'insatisfaction corporelle mesurée par le BSQ-34, $F(2, 110) = 17.0$, $p < .001$, $\omega^2 = .21$. Les comparaisons post-hoc indiquent une gradation significative entre les trois groupes (Cluster 2 < Cluster 1 < Cluster 3). Concernant l'EDE-Q, un effet significatif du cluster est retrouvé pour l'ensemble des sous-échelles. Les effets sont modérés à importants pour les préoccupations alimentaires ($\omega^2 = .19$), les préoccupations pondérales ($\omega^2 = .17$), les préoccupations relatives à la silhouette ($\omega^2 = .20$) et le score total ($\omega^2 = .16$), tandis que l'effet observé pour la restriction est plus modeste ($\omega^2 = .04$). Les analyses post-hoc montrent que le cluster 2 présente systématiquement des scores inférieurs aux clusters 1 et 3 pour les préoccupations pondérales, la silhouette et le score total. Le cluster 3 se distingue par des niveaux particulièrement élevés de préoccupations alimentaires et d'insatisfaction corporelle, avec une gradation significative entre les trois groupes sur ces deux dimensions.

Tableau 4.*Comparaison des cluster sur la sévérité symptomatique alimentaire et l'insatisfaction corporelle.*

Variable	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	F	p	ω^2	Post-hoc
Insatisfaction corporelle (n = 113)	117.00 (38.60) ^a	87.70 (44.90) ^b	141.00 (35.60) ^c	17.00	< .001	.21	2 < 1 < 3
Restriction alimentaire (n = 128)	2.99 (1.90) ^{ab}	2.28 (2.02) ^a	3.39 (1.89) ^b	3.64	.029	.04	2 < 3
Préocc. alimentaires (n = 126)	2.90 (1.73) ^a	1.83 (1.73) ^b	3.82 (1.38) ^c	15.80	< .001	.19	2 < 1 < 3
Préocc. pondérales (n = 124)	3.98 (1.61) ^a	2.66 (1.91) ^b	4.58 (1.40) ^a	14.50	< .001	.17	2 < 1 = 3
Préocc. silhouette (n = 123)	4.28 (1.62) ^a	3.05 (1.89) ^b	5.04 (1.13) ^c	16.60	< .001	.20	2 < 1 < 3
Score total EDE-Q (n = 117)	3.55 (1.57) ^a	2.52 (1.70) ^b	4.23 (1.17) ^a	12.60	< .001	.16	2 < 1 = 3

Note. M (ET). F = ANOVA de Welch. ω^2 = oméga carré. Post-hoc : Games-Howell ($p < .05$). EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire ; BSQ-34 = Body Shape Questionnaire.

Qualité de vie liée aux TCA. Les comparaisons inter-clusters sur l'EDQOL (*Eating Disorders Quality Of Life*) (Tableau 5) révèlent des effets significatifs sur l'ensemble des sous-échelles. La dimension psychologique ($\omega^2 = .23$) et la dimension financière ($\omega^2 = .23$) présentent les tailles d'effet les plus importantes. Le cluster 3 se distingue par les scores les plus élevés sur la quasi-totalité des sous-échelles, indiquant une altération plus marquée de la qualité de vie. Le score total montre une gradation significative entre les trois groupes : Cluster 2 (M = 1.06, ET = 0.60) < Cluster 1 (M = 1.50, ET = 0.68) < Cluster 3 (M = 1.98, ET = 0.61), F = 18.40, $p < .001$, $\omega^2 = .26$. La dimension travail/études présente un pattern différent, le cluster 2 étant significativement inférieur aux clusters 1 et 3 qui ne différaient pas entre eux.

Tableau 5.*Comparaison des cluster sur la qualité de vie liée aux TCA (EDQOL).*

Variable	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	F	p	ω^2	Post-hoc
Psychologique (n = 121)	2.13 (0.86) ^a	1.66 (1.00) ^b	2.82 (0.62) ^c	18.98	< .001	.23	2 < 1 < 3
Physique/cognitive (n = 120)	1.81 (0.87) ^{ab}	1.48 (0.91) ^a	2.17 (0.89) ^b	6.48	.002	.08	2 < 3
Financière (n = 112)	0.47 (0.73) ^a	0.30 (0.48) ^a	1.17 (0.85) ^b	17.55	< .001	.23	1 = 2 < 3
Travail/études (n = 111)	1.10 (1.23) ^a	0.52 (0.66) ^b	1.29 (1.02) ^a	6.67	.002	.09	2 < 1 = 3
Score total (n = 97)	1.50 (0.68) ^a	1.06 (0.60) ^b	1.98 (0.61) ^c	18.40	< .001	.26	2 < 1 < 3

Note. M (ET). Scores plus élevés = qualité de vie plus altérée. F = ANOVA de Welch. ω^2 = oméga carré. Post-hoc : Games-Howell ($p < .05$). EDQOL = Eating Disorder Quality of Life (Engel et al., 2006).

Expériences adverses de l'enfance. Des analyses de variance de Welch ont été réalisées afin d'examiner les différences entre clusters sur les dimensions de traumatismes infantiles (Tableau 6). Un effet significatif de l'appartenance au cluster a été observé pour la violence émotionnelle, $F(2, 121) = 6.50$, $p = .002$, $\omega^2 = .07$, la négligence émotionnelle, $F(2, 120) = 5.12$, $p = .007$, $\omega^2 = .06$, ainsi que la négligence physique, $F(2, 123) = 6.96$, $p = .001$, $\omega^2 = .08$. Les comparaisons post-hoc (Games-Howell) indiquent que le cluster 3 présente des scores significativement plus élevés que le cluster 2 sur ces trois dimensions, les clusters 1 et 2 ne différant pas significativement entre eux et le cluster 1 ne se distinguant significativement ni du cluster 2 ni du cluster 3 sur la violence émotionnelle et la négligence émotionnelle. En revanche, aucune différence significative n'a été observée pour la violence sexuelle, $F(2, 118) = 1.28$, $p = .282$, $\omega^2 < .01$, ni pour la violence physique, $F(2, 124) = 1.88$, $p = .156$, $\omega^2 = .01$. Les tailles d'effet associées à ces comparaisons étaient faibles ($\omega^2 = .06$ à $.08$). Dans l'ensemble, la différenciation traumatique entre profils apparaît principalement portée par les dimensions de négligence et de violence émotionnelle.

Tableau 6.*Comparaison des clusters sur les dimensions de maltraitance infantile (CTQ-SF).*

Variable	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	F	p	ω^2	Post-hoc
Violence émotionnelle (n = 124)	10.50 (5.09) ^{ab}	8.71 (4.34) ^a	12.70 (5.62) ^b	6.50	.002	.07	2 < 3
Violence physique (n = 127)	6.80 (3.52)	6.69 (4.00)	8.36 (5.56)	1.88	.156	.01	ns
Violence sexuelle (n = 121)	8.18 (5.30)	6.73 (4.44)	8.21 (4.60)	1.28	.282	.00	ns
Négligence émotionnelle (n = 123)	12.70 (4.97) ^{ab}	11.20 (5.26) ^a	14.70 (4.91) ^b	5.12	.007	.06	2 < 3
Négligence physique (n = 126)	7.25 (2.47) ^a	7.17 (2.40) ^a	9.14 (3.30) ^b	6.96	.001	.08	1 = 2 < 3

Note. M (ET). F = ANOVA de Welch. ω^2 = oméga carré. Post-hoc : Games-Howell ($p < .05$). CTQ-SF = Childhood Trauma Questionnaire - Short Form. ns = non significatif. Les n varient en raison de données manquantes.

Répartition diagnostique (tableau 2). Sur le plan nosographique, les trois clusters différaient significativement dans la prévalence de l'anorexie mentale ($\chi^2 = 18.18$, $p < .001$, $V = .38$), de la boulimie ($\chi^2 = 22.74$, $p < .001$, $V = .42$) et de la présence d'accès hyperphagiques ($\chi^2 = 17.41$, $p < .001$, $V = .37$). Les clusters 1 et 2 étaient majoritairement composés de patients présentant une anorexie mentale (73.2 % et 66.7 % respectivement), principalement de type restrictif. Le cluster 3, en revanche, présentait une composition diagnostique nettement différente : la boulimie y était représentée chez 42.2 % des participants (contre 7.1-7.3 % dans les deux autres clusters) et les accès hyperphagiques chez 66.7 % (contre 25.0-32.5 %). La répartition du type d'anorexie mentale différait également significativement (Fisher, $p = .010$) : parmi les patients avec AN du cluster 3, la majorité présentait un type binge/purge (64.3 %), alors que le type restrictif prédominait dans les clusters 1 et 2 (65.5 % et 60.7 %). L'hyperphagie boulimique ne différait pas significativement entre clusters ($\chi^2 = 1.77$, $p = .413$). L'hétérogénéité diagnostique au sein de chaque cluster (aucun groupe n'étant composé exclusivement d'un seul diagnostic) confirme que les profils cognitivo-émotionnels identifiés ne se réduisent pas aux catégories nosographiques traditionnelles.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'identifier des profils psychologiques distincts au sein d'une population clinique souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA), en se basant sur l'interaction entre les styles cognitifs (rigidité cognitive, attention aux détails) et l'alimentation émotionnelle (positive et négative). Une solution à trois clusters a été retenue, caractérisée par une répartition équilibrée et une stabilité statistique acceptable pour les clusters 2 et 3, bien que le cluster 1 présente une robustesse plus modérée (coefficient de Jaccard de 0.46, en deçà du seuil de 0.60 recommandé par Hennig, 2007). Ces profils se distinguent non seulement par leurs caractéristiques cognitives et émotionnelles, mais également par leur sévérité clinique et fonctionnelle et leurs antécédents traumatiques. Il convient de rappeler que l'ensemble de l'échantillon présente une symptomatologie élevée ; les différences observées sont donc relatives entre clusters, et non opposées à un fonctionnement normatif.

Cluster 3 : réactivité émotionnelle négative, rigidité cognitive et adversité développementale

Le Cluster 3 (34,6 % de l'échantillon) correspond au profil comparativement le plus sévère au sein de cette population clinique. Relativement aux deux autres groupes, il se distingue par les niveaux les plus élevés d'alimentation émotionnelle négative, associés à une rigidité cognitive et une attention aux détails marquées. Sur le plan clinique, il présente également des scores supérieurs d'insatisfaction corporelle et de préoccupations alimentaires, ainsi qu'une surreprésentation des formes binge/purge, notamment la boulimie nerveuse et l'anorexie mentale avec épisodes hyperphagiques/purgatifs. À cela s'ajoutent des niveaux plus élevés de violence et de négligence émotionnelles durant l'enfance. Cette configuration est cohérente avec les modèles de régulation affective selon lesquels les comportements de perte de contrôle alimentaire fonctionnent comme des stratégies de réduction de l'affect négatif (Haedt-Matt & Keel, 2011; Heatherton & Baumeister, 1991). L'intensité relative de l'alimentation émotionnelle négative observée dans ce profil rejoint les données indiquant qu'elle est particulièrement marquée dans la boulimie nerveuse et le trouble d'hyperphagie boulimique (Reichenberger et al., 2021). Par ailleurs, la rigidité cognitive, identifiée comme une caractéristique transdiagnostique des TCA (Roberts et al., 2011; Treasure et al., 2020a), pourrait restreindre l'accès à des stratégies régulatrices alternatives et flexibles (Gross, 2015; Joormann & Vanderlind, 2014). Cette limitation des capacités d'ajustement contextuel favoriserait la répétition du cycle perte de contrôle, culpabilité et restriction, contribuant ainsi au maintien de la symptomatologie. Toutefois, le design transversal de l'étude ne permet pas de déterminer si cette configuration constitue un facteur de vulnérabilité préexistant ou une conséquence de la sévérité du trouble.

La prédominance de la négligence et de violence émotionnelles (plutôt que des formes de violence physique ou sexuelle) dans la différenciation des profils est cohérente avec les données suggérant que ces formes « subtiles » d'adversité sont parfois plus fortement associées à la psychopathologie alimentaire que les traumatismes actifs (Kimber et al., 2017; Pignatelli et al., 2016).

Par ailleurs, le cluster 3 présentait un âge significativement plus élevé que le cluster 1 ($M = 31.5$ vs 25.6 ans, $p = .029$). Ce résultat pourrait refléter une durée d'évolution plus longue et une rigidification progressive des patterns cognitivo-émotionnels au fil de la chronicisation, hypothèse cohérente avec le modèle de Treasure et Schmidt (2013) selon lequel la sous-nutrition prolongée aggrave les déficits de flexibilité cognitive qui, en retour, entretiennent la symptomatologie. Cette interprétation reste toutefois spéculative en l'absence de données longitudinales. Sur le plan des implications cliniques, ce profil pourrait bénéficier d'interventions ciblant prioritairement la tolérance à la détresse et l'élargissement du répertoire régulateur, ainsi que d'une intégration trauma-informée lorsque des antécédents de maltraitance ou de négligences émotionnelles significatifs sont identifiés (Brewerton, 2019 ; Trottier & MacDonald, 2017). Les interventions pourraient ainsi viser l'assouplissement des règles cognitives et comportementales et la mise à distance de la valeur identitaire attribuée au contrôle.

Cluster 1 : rigidité cognitive et valence positive du contrôle

Le Cluster 1 (32,3 % de l'échantillon) partage avec le Cluster 3 un niveau comparable de rigidité cognitive et d'attention aux détails, mais s'en distingue par une alimentation émotionnelle négative plus modérée et par le niveau relativement le plus élevé d'alimentation émotionnelle positive. Il est majoritairement composé de patientes présentant une anorexie mentale restrictive. L'élévation relative de l'AE positive indique ici une tendance à augmenter l'ingestion sous émotions positives comparativement aux autres clusters, sans que cela signifie nécessairement une absence de contrôle ou une alimentation spontanément hédonique. Dans un profil dominé par la restriction, ce résultat invite à une interprétation nuancée. Les données expérimentales récentes montrent que les émotions positives modulent différemment l'ingestion selon les sous-types de TCA (Reichenberger et al., 2021 ; Arend et al., 2024).

Il est plausible que, chez ces patient.es, les affects positifs favorisent ponctuellement un relâchement partiel du contrôle ou modulent la motivation alimentaire de manière spécifique. Par ailleurs, dans l'anorexie restrictive, le contrôle alimentaire et la perte de poids peuvent eux-mêmes générer des affects positifs tels que le sentiment de maîtrise, de compétence ou de sécurité, constituant un renforcement positif du symptôme (Fairburn et al., 2003 ; Schmidt & Treasure, 2006). Les interventions pourraient ainsi viser l'assouplissement des règles cognitives et comportementales et la mise à distance de la valeur identitaire attribuée au contrôle.

Cluster 2 : flexibilité cognitive relative et moindre sévérité

Le Cluster 2 (33,1 % de l'échantillon) se distingue par des niveaux significativement plus faibles de rigidité cognitive et d'attention aux détails, ainsi que par des scores plus bas d'alimentation émotionnelle, tant positive que négative. Il présente également les scores symptomatiques les plus faibles de l'échantillon sur les indicateurs de sévérité, sans pour autant correspondre à un fonctionnement non pathologique. Les différences observées doivent être comprises dans une logique comparative au sein d'une population déjà clinique. Cette configuration est cohérente avec les modèles mettant en avant la flexibilité psychologique comme facteur protecteur transversal (Kashdan & Rottenberg, 2010). La flexibilité cognitive pourrait agir comme un modérateur du lien entre activation émotionnelle et conduite alimentaire, en facilitant l'accès à un répertoire régulateur plus diversifié et ajusté aux exigences contextuelles. L'enjeu clinique pourrait être davantage préventif, en consolidant les compétences régulatrices existantes afin de limiter les processus de rigidification secondaire susceptibles d'accompagner une chronicisation (Tchanturia et al., 2012).

Validité clinique et fonctionnelle des profils

La gradation significative observée sur la qualité de vie liée aux TCA (Cluster 2 < Cluster 1 < Cluster 3 sur le score total EDQOL, $\omega^2 = .26$) fournit un argument supplémentaire en faveur de la validité clinique des profils identifiés. Cette différenciation ne se limite pas aux dimensions psychologiques de la qualité de vie : elle s'étend aux domaines fonctionnels, notamment financier ($\omega^2 = .23$) et professionnel ($\omega^2 = .09$), confirmant que les profils cognitivo-émotionnels s'accompagnent de retentissements concrets et différenciés sur le fonctionnement quotidien. Ce résultat rejoint les travaux soulignant que les conséquences fonctionnelles des TCA dépassent largement la sphère symptomatique alimentaire et contribuent de manière indépendante à la chronicisation et à l'altération de l'engagement thérapeutique (Engel et al., 2006).

L'absence de différence significative inter-clusters pour le diagnostic de BED ($p = .413$) mérite d'être soulignée. Ce résultat nul peut s'expliquer par la faible représentation du BED dans l'échantillon (9 à 18 % selon les clusters), limitant la puissance statistique des comparaisons. Il est également possible que le BED présente une organisation cognitivo-émotionnelle moins différenciée que les autres diagnostics au sein de cette population spécialisée, ou que sa répartition transversale entre profils reflète une hétérogénéité interne propre à ce trouble (O'Loughlin et al., 2025). Une réplique sur des échantillons présentant une prévalence plus équilibrée du BED est nécessaire pour trancher.

La rigidité cognitive comme processus transversal structurant

Un apport central de cette étude réside dans le rôle structurant de la rigidité cognitive. Les Clusters 1 et 3, malgré des expressions comportementales distinctes ; restrictive pour l'un, binge/purge pour l'autre, partagent une rigidité élevée. Cela suggère que la rigidité constitue un mécanisme transversal, tandis que la valence de l'alimentation émotionnelle contribue à différencier les modalités symptomatiques. Cette observation s'inscrit dans les cadres dimensionnels contemporains tels que le Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) et le Research Domain Criteria (RDoC), qui conceptualisent la psychopathologie en termes de processus partagés plutôt que de catégories discrètes (Kotov et al., 2021; Michelini et al., 2021; D. Watson et al., 2022). Dans cette perspective, la combinaison d'une rigidité élevée et d'une AE négative marquée s'associe à un profil de sévérité accrue, tandis qu'une rigidité élevée associée à une AE positive relativement plus importante renvoie à un profil restrictif centré sur le contrôle. À l'inverse, une plus grande flexibilité cognitive apparaît associée à une intensité symptomatique relativement moindre. Ce résultat est cohérent avec les études transversales montrant que la rigidité cognitive est associée à la sévérité symptomatique indépendamment du diagnostic spécifique de TCA (Tchanturia et al., 2012 ; Roberts et al., 2011) et avec les modèles de maintenance soulignant son rôle dans la résistance au changement thérapeutique (Treasure & Schmidt, 2013).

Positionnement par rapport à la littérature sur les approches centrées sur la personne

Ces résultats s'inscrivent dans un courant récent d'études utilisant des approches centrées sur la personne dans les TCA. Plusieurs travaux ont identifié, à l'aide d'analyses de profils latents, des sous-groupes de patients présentant des niveaux différenciés de processus transdiagnostiques (perfectionnisme, intolérance à l'incertitude, sensibilité à l'anxiété), ces profils prédisant la sévérité symptomatique indépendamment du diagnostic (Eichler et al., 2023; Presseller et al., 2022; Riddle et al., 2023). De manière convergente, Zanola et al. (2025) ont rapporté, dans une cohorte plus large et par clustering non supervisé, des phénotypes mixtes caractérisés par une psychopathologie générale élevée et une exposition traumatique accrue, une configuration qui présente des similitudes avec le profil de notre cluster 3. La convergence entre ces résultats obtenus par des méthodes, des variables et des échantillons différents renforce la plausibilité de l'existence d'un sous-groupe de patients souffrant de TCA caractérisé par l'articulation entre rigidité cognitive, réactivité émotionnelle négative et adversité développementale.

Toutefois, la comparaison directe reste limitée par les différences dans les variables de clustering utilisées et dans les caractéristiques des échantillons.

Limites

Plusieurs limites doivent être soulignées. Premièrement, le design transversal empêche toute inférence causale. Il n'est pas possible de déterminer si la rigidité cognitive et l'alimentation émotionnelle constituent des facteurs de vulnérabilité ou des conséquences de la sévérité symptomatique. Des données longitudinales sont nécessaires pour examiner la stabilité des profils et leur valeur prédictive. Deuxièmement, les mesures reposent exclusivement sur des auto-questionnaires. L'alimentation émotionnelle évaluée par l'EMAQ reflète une propension déclarée et non des comportements observés en temps réel. L'absence de mesures écologiques, expérimentales ou neurocognitives limite la portée processuelle des conclusions. Troisièmement, l'échantillon, majoritairement féminin et recruté en contexte spécialisé, restreint la généralisation des résultats à d'autres populations (patients moins symptomatiques, hommes, population générale présentant un trouble ou désordre alimentaire). Par ailleurs, les différences observées sont relatives à un échantillon clinique : tous les groupes présentent des niveaux élevés de symptomatologie. Quatrièmement, la solution à trois clusters, bien que cliniquement interprétable et soutenue par une répartition équilibrée, demeure exploratoire. Les coefficients de Jaccard (0.46, 0.62, 0.63) et la silhouette moyenne (0.35) indiquent une séparation modérée entre les profils, caractéristique d'échantillons cliniques relativement homogènes dans lesquels les frontières entre sous-groupes sont plus diffuses que dans des populations mixtes cliniques/non cliniques. D'autres profils pourraient émerger dans des échantillons indépendants ou avec des méthodes alternatives (p. ex., analyses en profils latents). Une réplication est donc nécessaire. Cinquièmement, le trauma a été comparé a posteriori et non intégré aux variables de clustering. D'autres variables non incluses (impulsivité, dissociation, dépression) pourraient également contribuer à la structuration des profils. Sixièmement, le recours à une ACP préalable au clustering, bien que justifié par la corrélation élevée entre rigidité cognitive et attention aux détails ($r = .76$), constitue un choix méthodologique qui pondère implicitement les contributions relatives des dimensions émotionnelles et cognitives à la solution finale. Ces éléments invitent à considérer les résultats comme une cartographie transdiagnostique nécessitant validation et approfondissement longitudinal.

Conclusion

Les résultats de cette première étude mettent en évidence l'existence de profils émotionnels et cognitifs distincts au sein d'un échantillon clinique de patient.es souffrant de troubles des conduites alimentaires, indépendamment des catégories diagnostiques traditionnelles. L'identification de ces profils confirme que l'hétérogénéité clinique des TCA ne se réduit pas à la diversité des formes symptomatiques, mais repose aussi sur des configurations différentes de processus transversaux, incluant notamment l'alimentation émotionnelle, la rigidité cognitive et l'attention excessive aux détails. Ces résultats soutiennent ainsi la pertinence d'une approche transdiagnostique et centrée sur la personne pour appréhender la complexité des TCA.

Au-delà de cette structuration par profils, l'étude montre que certaines configurations émotionnelles et cognitives sont associées à une sévérité clinique accrue, à une altération plus marquée de la qualité de vie et à une exposition plus fréquente aux expériences adverses précoces. Ces éléments suggèrent que les processus émotionnels et traumatiques jouent potentiellement un rôle dans l'organisation et le maintien de certaines présentations cliniques, sans pour autant être directement modélisés dans cette première approche exploratoire.

Si l'analyse en clusters permet d'objectiver des sous-groupes cliniquement pertinents, elle ne permet pas, en revanche, de préciser la nature des mécanismes dynamiques reliant ces dimensions entre elles, ni d'identifier les processus médiateurs susceptibles d'expliquer les liens observés entre rigidité cognitive, alimentation émotionnelle, traumatisme et sévérité symptomatique. En particulier, le rôle de la dysrégulation émotionnelle, des processus dissociatifs et des symptômes post-traumatiques apparaît comme un angle central encore insuffisamment exploré. Dans cette perspective, les résultats de cette première étude appellent un approfondissement théorique et empirique des processus émotionnels et psychotraumatiques.

Chapitre 1 - Du comportement alimentaire aux troubles des conduites alimentaires : Une lecture dimensionnelle et processuelle

1. Le diagnostic DSM présente des limites pour orienter le soin

La forte comorbidité, la fréquence des formes atypiques et la migration diagnostique observée au cours du suivi clinique fragilisent l'utilité explicative des catégories nosographiques. Si celles-ci conservent une valeur descriptive, elles rendent imparfaitement compte des mécanismes psychologiques partagés qui sous-tendent l'émergence et le maintien des troubles. Ce constat justifie un déplacement vers une lecture dimensionnelle et transdiagnostique, attentive aux processus plutôt qu'aux étiquettes (Dalglish et al., 2020 ; Fairburn et al., 2003).

40 à 50 % des patient.es changent de catégorie diagnostique au cours du suivi (Castellini et al., 2011)

3. Les déterminants des TCA sont multifactoriels, transactionnels et marqués par l'adversité précoce

L'apparition et le maintien des TCA reposent sur une coordination flexible entre niveaux biologique, neurocognitif, émotionnel et socioculturel ; c'est sa rigidification qui ouvre la voie au trouble. Parmi les vulnérabilités les mieux documentées figurent le perfectionnisme, l'urgence négative, la dysrégulation émotionnelle et l'alexithymie, qui agissent en réseau plutôt qu'en chaîne causale. L'adversité précoce constitue un modérateur transversal susceptible de fragiliser chacun de ces niveaux, en altérant durablement les capacités d'identification et de régulation des affects bien avant l'émergence symptomatique (Bardone-Cone et al., 2007 ; Danese & McEwen, 2012 ; Treasure et al., 2020).

Certains déterminants opèrent selon une causalité circulaire : ils sont à la fois facteurs de vulnérabilité et conséquences du trouble

2. Le comportement alimentaire s'organise sur un continuum entre sur-contrôle et rupture de contrôle

Les conduites alimentaires se déploient sur un gradient de flexibilité, et non selon une opposition binaire normal/pathologique. Deux pôles fonctionnels structurent la dynamique : un pôle de sur-contrôle (rigidification des règles, restriction, compensation) et un pôle de rupture de contrôle (alimentation émotionnelle, suralimentation, accès hyperphagiques avec perte de contrôle subjective). Ces pôles ne sont pas étanches : la rigidité des règles génère les conditions de la transgression, qui réactive en retour le besoin de contrôle, dans une boucle de renforcement négatif documentée par les modèles classiques et intégratifs (Cook-Cottone, 2015 ; Fairburn, 2008 ; Haedt-Matt & Keel, 2011).

Les perturbations intéroceptives sont documentées sur l'ensemble du spectre des TCA (Jenkinson et al., 2018)

4. Étude 1 - Trois profils cognitivo-émotionnels traversent les catégories diagnostiques et identifient une cible clinique transdiagnostique

L'analyse en clusters menée sur 130 patients a identifié trois profils définis par l'interaction entre alimentation émotionnelle (positive et négative), rigidité cognitive et attention aux détails. Ces profils traversent les catégories DSM, et le profil le plus sévère (cluster 3, 34.6 %) cumule alimentation émotionnelle négative élevée, rigidité cognitive marquée, hétérogénéité diagnostique (boulimie, AN-BP et accès hyperphagiques majoritaires) et antécédents de maltraitance émotionnelle plus fréquents.

Le cluster 3 présentent la qualité de vie la plus dégradée ($\omega^2 = 0.26$)

CHAPITRE 2.

PSYCHOTRAUMATISME, DYSREGULATION EMOTIONNELLE ET TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

1. Expériences adverses, psychotraumatisme et dissociation

1.1. Des expériences adverses au psychotraumatisme : clarifications conceptuelles nécessaires

L'étude des liens entre psychotraumatisme et troubles des conduites alimentaires suppose, en préalable, de distinguer plusieurs niveaux de réalité que la littérature tend à confondre : les expériences adverses précoces, l'exposition à des événements potentiellement traumatiques, les manifestations post-traumatiques constituées, et les remaniements développementaux durables susceptibles d'en découler. Cette clarification conditionne la manière dont on comprend les trajectoires cliniques des personnes souffrant de TCA et la pertinence des interventions qu'on leur propose. L'assimilation trop rapide entre adversité, psychotraumatisme et TSPT entretient une lecture réductrice de phénomènes pourtant hétérogènes, tant sur le plan développemental que psychopathologique (Center for Substance Abuse Treatment (US), 2014; Felitti et al., 1998; McLaughlin et al., 2017; Muskett, 2014).

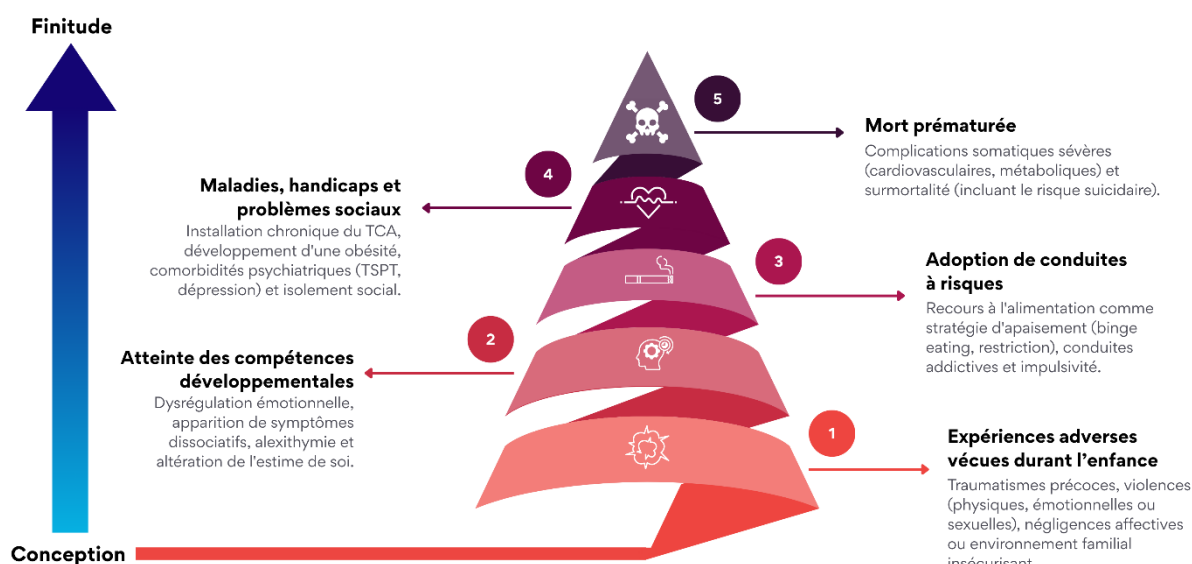
Les *Adverse Childhood Experiences* (ACEs) renvoient à un ensemble d'expériences survenant au cours de l'enfance (violence physiques, émotionnelles ou sexuelles, négligences physiques ou émotionnelles, et dysfonctionnements familiaux) dont les effets sur la santé physique et mentale ont été documentés de manière systématique depuis les travaux fondateurs de Felitti et al. (1998 ; Bellis et al., 2019; Kalmakis & Chandler, 2015). L'un des apports majeurs de cette littérature réside dans la mise en évidence d'une logique de gradient dose-réponse : plus les ACEs s'accumulent, plus la probabilité de conséquences négatives sur la santé à long terme augmente.

Dans le champ des TCA, cette relation dose-réponse a été confirmée dans une cohorte prospective américaine (N = 10,145), où les adolescents exposés à trois ACEs ou plus présentaient des probabilités ajustées progressivement plus élevées d'hyperphagie boulimique à deux ans de suivi, comparativement à ceux sans exposition (Chu et al., 2022; Mendoza et al., 2024). Cette relation n'est pas uniforme car certaines expériences adverses exercent un poids nettement plus important que d'autres en particulier les expériences impliquant les dysfonctionnements au sein du foyer. Dans une étude examinant les associations entre traumatismes infantiles et caractéristiques cliniques des TCA, Guillaume et al. (2016) montrent, après ajustement sur les principaux facteurs de confusion, que la violence émotionnelle constitue le facteur le plus robustement et le plus largement associé à la sévérité symptomatique. Plus précisément, il est significativement associé à la restriction alimentaire (OR = 2,78 ; IC95 % [1,21–6,39]), aux préoccupations alimentaires (OR = 2,38 ; IC95 % [1,10–5,16]), aux préoccupations liées à la silhouette (OR = 2,71 ; IC95 % [1,20–6,12]) et à une altération marquée du fonctionnement quotidien (OR = 5,82 ; IC95 % [2,07–16,4]).

La violence sexuelle apparaît quant à elle spécifiquement associé aux préoccupations alimentaires (OR = 2,67 ; IC95 % [1,13–6,31]), tandis que les négligences émotionnelle et physique ne présentent pas d'associations significatives après ajustement. Ces résultats suggèrent que les formes de maltraitance à forte composante émotionnelle et interpersonnelle pourraient jouer un rôle central dans les dimensions cognitives et fonctionnelles des TCA, indépendamment des comorbidités psychiatriques. Au-delà de leur fréquence, ces expériences ne constituent pas des causes spécifiques de la psychopathologie alimentaire : elles agissent comme des facteurs de vulnérabilité développementale, affectant de manière durable la sécurité interne, les capacités de régulation émotionnelle, les attentes relationnelles et les ressources d'adaptation ultérieures (Sheridan & McLaughlin, 2014; Shonkoff, Garner, et al., 2012; Shonkoff, Richter, et al., 2012).

Figure 16.

Modèle pyramidal des conséquences des expériences adverses de l'enfance appliqué à la trajectoire des Troubles des Conduites Alimentaires (d'après Felitti et al., 1998).



Toutes les expériences adverses ne relèvent cependant pas d'une exposition traumatique au sens strict, et une première distinction s'impose entre adversité et événement potentiellement traumatique. Dans le DSM-5-TR (APA, 2022), l'exposition traumatique est définie à partir d'événements impliquant la mort ou la menace de mort, la blessure grave ou les violences sexuelles (vécus directement, en tant que témoin, par exposition indirecte concernant un proche, ou dans certains contextes professionnels).

Cette définition repose sur une approche événementielle relativement restrictive, centrée sur la nature objective de la situation. La CIM-11, quant à elle, adopte une formulation plus ouverte, définissant le traumatisme comme l'exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles dont il est difficile ou impossible de s'échapper (OMS, 2019).

Cette formulation reconnaît plus explicitement les traumatismes prolongés, répétés ou marqués par l'impossibilité de fuir (violences intrafamiliales chroniques, violences ou négligences répétées dans l'enfance) s'approchant ainsi d'une conception davantage développementale du traumatisme comme proposé par Judith Herman et Leonor Terr (Herman, 1992; Terr, 1984). Cette seconde perspective apparaît particulièrement pertinente dans le champ des TCA, où nombre de trajectoires cliniques ne se laissent pas réduire à un événement unique et identifiable, mais s'inscrivent dans des contextes prolongés d'insécurité interpersonnelle, de honte, et d'imprévisibilité émotionnelle. Par ailleurs, le modèle des « trois E » proposé par la SAMHSA (2014) offre ici un cadre conceptuel utile : Event (l'événement objectif), Experience (le vécu subjectif, façonné par les ressources disponibles et l'histoire du sujet) et Effect (les effets durables sur le fonctionnement). Cette approche permet d'éviter deux écueils : réduire le trauma au seul événement brut, ou à l'inverse le diluer dans toute expérience douloureuse. Dans une perspective psychopathologique, le psychotraumatisme peut être envisagé comme un processus de désorganisation survenant lorsque l'expérience déborde les capacités d'intégration, de symbolisation et de régulation du sujet (Crocq, 2012; Crocq et al., 2007). L'équation pertinente n'est donc pas « événement = trauma », mais « événement + absence de ressources suffisantes = trauma ». Dans le champ des TCA, cette lecture permet de comprendre pourquoi deux individus exposés à une adversité comparable peuvent développer des trajectoires cliniques très différentes, et pourquoi certains symptômes alimentaires peuvent s'inscrire fonctionnellement dans la réponse à une expérience dépassant les ressources d'adaptation bien avant que celle-ci soit identifiée comme traumatique par le sujet lui-même (Brewerton, 2007; Vidaña et al., 2020)

1.2. Modèles du psychotraumatisme, prévalences et liens avec les TCA

Sémiologie du TSPT et résonances cliniques dans les TCA

Si l'exposition à au moins un événement potentiellement traumatique au cours de la vie est une réalité fréquente, concernant environ 70,4. % de la population mondiale (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2017), le développement d'un TSPT constitué demeure une issue minoritaire. La prévalence vie entière du TSPT est estimée à environ 3,9 % dans la population générale mondiale, avec des variations importantes selon la nature de l'événement. Les violences interpersonnelles intentionnelles et les violences sexuelles et domestiques, sont associées aux taux les plus élevés, pouvant atteindre 40 % après agressions sexuelles dans certains échantillons.

Les événements intentionnels sont associés à des taux de TSPT supérieurs à ceux des événements non intentionnels (26 % vs. 10–16 %), bien que cette différence s'atténue après ajustement sur les caractéristiques pré-exposition et de l'échantillon (Santiago et al., 2013). En France, Husky et al. (2015) rapportent un taux d'exposition de 72,7 % dans la population générale, avec une prévalence de TSPT de 3,9 %, plus élevée après agressions sexuelles ou conjugales.

Ces données rappellent qu'il n'existe pas d'équivalence simple entre exposition et syndrome post-traumatique : certains sujets ne développent pas de tableau durable, tandis que d'autres présentent des manifestations partielles, dissociatives, anxieuses, dépressives ou relationnelles qui ne se laissent pas entièrement réduire au cadre diagnostique classique. Par ailleurs, la temporalité diagnostique est un aspect particulièrement importante. Les réactions de stress aigu dans les trois premiers jours suivant l'événement sont considérées comme normales et adaptatives. Entre trois jours et un mois, le trouble de stress aigu peut être diagnostiqué si les symptômes sont intenses et persistants. Au-delà d'un mois, le diagnostic de TSPT devient approprié. Un sous-type à expression différée existe, dans lequel les symptômes n'apparaissent ou ne deviennent cliniquement significatifs que plusieurs mois voire plusieurs années après l'exposition (APA, 2022). Selon le DSM-5-TR (APA, 2022), le TSPT (simple) se caractérise par quatre grands ensembles symptomatiques :

- **Le syndrome d'intrusion** regroupe les souvenirs envahissants et répétitifs, les cauchemars traumatiques, les flashbacks (réactions au cours desquelles l'individu a le sentiment que l'événement se reproduit dans le présent) et la détresse ou réactivité physiologique intense face aux indices associés au trauma. Ces manifestations traduisent une mémoire traumatique insuffisamment contextualisée, restant fragmentée et sensoriellement chargée, difficilement accessible aux processus habituels de régulation.
- **Le syndrome d'évitement** correspond aux efforts persistants pour éviter les pensées, souvenirs ou émotions liés au trauma ainsi que les lieux, personnes ou situations qui leur sont associées, entravant le traitement émotionnel et autobiographique des stimuli traumatiques et constituant l'un des mécanismes de maintien les mieux documentés du trouble.
- **Les altérations négatives des cognitions et de l'humeur** incluent des croyances persistantes négatives concernant soi, autrui ou le monde, des attributions de culpabilité ou de responsabilité excessives, des émotions négatives chroniques (honte, peur, colère) ainsi qu'un détachement affectif voire une anhédonie.
- **Enfin, les altérations de l'éveil et de la réactivité** (hypervigilance, réactions de sursaut, irritabilité, comportements imprudents ou autodestructeurs, troubles du sommeil, difficultés de concentration) traduisent une dysrégulation durable des systèmes de réponse au stress.

Ces quatre dimensions entretiennent des liens fonctionnels spécifiques avec les conduites alimentaires désordonnées. Les intrusions et l'hyperactivation physiologique génèrent une détresse interne intense que la restriction, les épisodes hyperphagiques ou les conduites de purge peuvent temporairement atténuer. L'évitement expérientiel se superpose fréquemment à l'évitement alimentaire ou corporel observé dans les TCA, ces deux registres se renforçant mutuellement dans une dynamique d'échappement à la conscience de soi aversive (Gulacan et al., 2025).

Les altérations négatives des cognitions (honte, sentiment d'indignité, croyances d'inefficacité) recourent des dimensions bien documentées dans la psychopathologie alimentaire, notamment la surévaluation du poids et de la forme corporelle et la faible estime de soi nucléaire (Brewerton, 2007; Mitchell et al., 2021; Vanzhula et al., 2018). Cette convergence symptomatique n'est pas anodine : elle reflète des mécanismes de maintien partiellement communs et plaide pour une évaluation systématique des symptômes post-traumatiques dans la prise en charge des TCA, indépendamment du motif de consultation initial.

Du TSPT simple au TSPT complexe

Les limites du TSPT « simple » pour rendre compte des conséquences psychiques de traumatismes développementaux répétés ont conduit la CIM-11 à introduire la catégorie de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C). Celui-ci associe aux trois groupes symptomatiques centraux du TSPT (reviviscence, évitement, sentiment persistant de menace) des perturbations plus larges de l'organisation de soi : dysrégulation émotionnelle, image de soi négative et difficultés relationnelles persistantes (OMS, 2019 ; Cloitre et al., 2013). Cette conceptualisation est d'une pertinence particulière dans le champ des TCA, car les dimensions constitutives du TSPT-C recourent précisément des caractéristiques cliniques transversales bien documentées dans les formes les plus sévères de psychopathologie alimentaire : honte chronique, sentiment d'indignité corporelle, stratégies de contrôle rigide, instabilité émotionnelle et difficultés relationnelles persistantes (treasure). Le TSPT-C paraît ainsi souvent plus congruent que le TSPT strict pour penser les conséquences de traumatismes développementaux répétés, notamment lorsqu'ils surviennent dans des environnements d'attachement insécurisants ou marqués par la violence interpersonnelle prolongée (Cloitre et al., 2013 ; Day et al., 2024).

Les premières données de prévalence du TSPT-C selon les critères de la CIM-11 spécifiquement dans les TCA ont été établies récemment, comblant une lacune importante de la littérature.

Dans un échantillon clinique incluant des patients en ambulatoire, en hôpital de jour et en résidentiel, Day et al. (2024) rapportent que 28,4 % répondaient aux critères du TSPT-C et seulement 3,8 % aux critères du TSPT seul (une asymétrie qui suggère que le tableau complexe est significativement plus fréquent que le TSPT dans cette population). De plus, selon ces auteurs, ces résultats invitent à relire avec prudence les estimations épidémiologiques antérieures fondées sur les critères DSM-5 : celles-ci ont vraisemblablement agrégé des présentations relevant à la fois du TSPT et du TSPT-C sans les distinguer, ce qui implique que la prévalence du tableau complexe dans les TCA est probablement sous-estimée dans la littérature disponible. Sur le plan clinique, Day et al. (2024) montrent par ailleurs que la sévérité des symptômes de TSPT et celle des perturbations de l'organisation du soi sont indépendamment associées à une sévérité plus importante des symptômes alimentaires en pré-traitement, soulignant l'intérêt de distinguer ces deux tableaux cliniques dès l'évaluation initiale. À ce jour, aucune étude n'a encore différencié les effets respectifs du TSPT et du TSPT-C sur les résultats de traitement des TCA (Convertino & Mendoza, 2023 ; Day et al., 2023), ce qui constitue une lacune importante avec des implications cliniques directes pour la prise en charge des présentations complexes.

Épidémiologie de la co-occurrence TSPT(C)-TCA et gradient diagnostique

La présence simultanée d'un trouble stress post-traumatique (TSPT) et d'un trouble des conduites alimentaires (TCA) est cliniquement très fréquente, bien que les pourcentages exacts varient selon les méthodes d'évaluation des études.

Dans l'étude épidémiologique d'Udo et Grilo (2019) portant sur un large échantillon national américain, les prévalences vie entière de TSPT atteignent 22,7 % chez les personnes avec anorexie mentale, 32,4 % chez celles avec boulimie et 31,6 % chez celles avec hyperphagie boulimique. La méta-analyse de Ferrell et al. (2022), conduite sur 33 échantillons cliniques, rapporte une prévalence pondérée du TSPT de 24,6 % chez les personnes avec TCA. Dans des contextes de soins plus intensifs, les taux sont nettement plus élevés : Brewerton et al. (2020) ont identifié une prévalence de TSPT de 49 % chez 642 adultes en traitement résidentiel pour TCA. Toutefois, comme le soulignent (Day, Hay, Basten, et al., 2024a; Day et al., 2025), ces estimations sous-évaluent probablement la réalité clinique. En effet, la plupart de ces travaux agrègent les patients souffrant de TSPT classique et ceux souffrant de TSPT complexe (TSPT-C) dans une même catégorie, sans les distinguer alors que dans des échantillons cliniques évalués selon les critères CIM-11, la prévalence du TSPT-C atteint 28,4 %, supérieure à celle du TSPT simple (3,8 %) (Day, Hay, Basten, et al., 2024).

La relation entre trauma et TCA présente un gradient diagnostique cohérent et bien répliqué. Le TSPT et les ACEs sont plus fréquemment associés aux formes comportant des épisodes d'hyperphagie et/ou des conduites de purge qu'aux formes strictement restrictives. Boulimie nerveuse, BED et anorexie avec accès hyperphagiques/purgatifs présentent souvent des taux d'exposition traumatique et de TSPT plus élevés que l'anorexie mentale restrictive (Afifi et al., 2017; Brewerton, 2007; Caslini, Bartoli, Crocamo, Dakanalis, et al., 2016; Rienecke et al., 2022). Dans l'étude clinique de Carretero-García et al. (2012), conduite sur 150 patientes en hôpital de jour comparées à 150 témoins, les expériences traumatiques étaient près de deux fois plus fréquentes chez les patientes avec anorexie de type accès hyperphagiques/purgatif ou boulimie que chez celles avec anorexie restrictive (Garcia et al., 2012). Ce résultat est également retrouvé pour les ACEs : le fardeau d'expériences adverses est plus marqué dans les présentations binge/purge, associées à davantage de comorbidités, d'impulsivité et à un risque plus élevé de crossover diagnostique (Castellini et al., 2018).

Modèle fonctionnel de la relation TSPT(C)-TCA

Au-delà de la cooccurrence statistique, la littérature met en évidence une relation fonctionnelle potentiellement auto-renforçante entre symptomatologie post-traumatique et conduites alimentaires désordonnées. Les individus exposés à des traumatismes peuvent recourir à la restriction alimentaire, aux épisodes hyperphagiques ou aux comportements de purge comme stratégies d'évitement expérientiel, visant à atténuer les pensées, affects et souvenirs associés au trauma (Liebman et al., 2020; Trottier et al., 2016). Cet évitement comportemental entrave le traitement mnésique et émotionnel des expériences traumatiques, contribuant au maintien des symptômes post-traumatiques et à la chronicisation des deux troubles. Parallèlement, les comportements alimentaires désordonnés se normalisent progressivement comme stratégies de régulation dysfonctionnelles, en raison de leur efficacité subjective immédiate dans la réduction de la détresse ou de la conscience de soi aversive, malgré leurs coûts cliniques considérables à long terme. Cette dynamique est formalisée dans le modèle cognitivo-comportemental intégré du TSPT et des TCA proposé par Mitchell et al. (2021), selon lequel les conduites alimentaires désordonnées remplissent une fonction de coping traumatique en modulant temporairement les symptômes du TSPT, tout en renforçant les processus centraux de maintien des TCA (surévaluation du poids, de la forme corporelle et du contrôle alimentaire). Ce modèle postule une dynamique bidirectionnelle : les symptômes post-traumatiques (hyperactivation, honte, culpabilité, dysrégulation émotionnelle) favorisent le recours aux comportements alimentaires désordonnés, qui renforcent à leur tour l'évitement expérientiel, la dissociation et la rigidification cognitive, entravant la résolution traumatique et contribuant au maintien du TSPT et par la même occasion, du TCA.

Figure 17.

[illegible]

Définition et hétérogénéité du construit

La dissociation renvoie à un défaut d'intégration de différents aspects de l'expérience consciente (fonctionnement sensoriel, cognitif, affectif ou identitaire) constituant une réponse à des expériences perçues comme débordant les capacités d'adaptation du sujet. Ce concept trouve ses racines dans les travaux de Pierre Janet (1889), qui décrivait sous le terme de « désagrégation mentale » un rétrécissement du champ de conscience causé par des émotions extrêmes, conduisant à un défaut de synthèse psychique et au fonctionnement automatique des pensées et émotions dissociées.

La conception contemporaine, héritière de cet héritage de Pierre Janet, reconnaît que la dissociation constitue un continuum : tout individu dissocie à des degrés variables, et c'est lorsque le phénomène entraîne une détresse clinique ou un dysfonctionnement significatif qu'il acquiert une valeur pathologique (Butler, 2006).

Sur le plan sémiologique, Cardeña & Carlson (2011) proposent une triade qui organise les manifestations dissociatives. La dissociation positive désigne les intrusions non voulues dans la conscience (flashbacks, voix internes, expériences de possession) correspondant à une information non voulue qui « entre de force ». La dissociation négative renvoie à une perte d'accès à des fonctions normalement disponibles (amnésie, anesthésie corporelle, paralysies motrices) une information normale qui « disparaît ». La déconnexion expérientielle correspond à une distorsion de la réalité perçue (dépersonnalisation, déréalisation, sentiment d'être dans un film) une réalité perçue « à travers un filtre déformant ». Dans les TCA, les symptômes négatifs et la déconnexion expérientielle (anesthésie corporelle, engourdissement affectif, sentiment d'étrangeté corporelle) sont souvent plus saillants que les symptômes positifs, et peuvent passer inaperçus dans les évaluations standardisées centrées sur la reviviscence (Longo et al., 2020).

Deux modèles permettent de structurer davantage la compréhension clinique de la dissociation. Les travaux de Holmes et al. (2005) distinguent deux mécanismes distincts. La compartimentation désigne une séparation structurée de processus mentaux (mémoire, identité, volonté) dont les systèmes fonctionnent de manière semi-indépendante, inaccessibles à la volonté consciente mais continuant d'influencer le comportement ; ses manifestations principales sont l'amnésie dissociative, les symptômes de conversion et les troubles de l'identité. Le détachement correspond à une expérience subjective d'éloignement, une sensation de séparation d'avec l'expérience interne ou le monde extérieur ; il se manifeste par la dépersonnalisation, la déréalisation, l'absorption et les rêveries. Ces deux dimensions peuvent coexister chez un même individu. Les travaux de Lanius aboutissant au modèle de l'inhibition Fronto-Limbique (Frewen & Lanius, 2006; Lanius et al., 2012; Lanius et al., 2010), issu des neurosciences du trauma, identifie un sous-type dissociatif du TSPT caractérisé par une hypoactivation émotionnelle et une surmodulation des affects (à l'opposé du profil hyperactivé classique) avec une prédominance du détachement et de l'engourdissement. Ce sous-type, reconnu dans le DSM-5-TR, est plus fréquent dans les populations présentant des traumatismes précoces répétés (Misitano et al., 2022; Wolf et al., 2012), profil caractéristique des TCA sévères (Brewerton et al., 2025).

Une distinction temporelle importante complète ce tableau : celle entre dissociation péri-traumatique et post-traumatique. La dissociation péri-traumatique désigne les états altérés survenant pendant ou immédiatement après l'événement (dépersonnalisation, déréalisation, impression de ralentissement du temps, amnésie péri-traumatique). Elle constitue l'un des prédicteurs les plus robustes du développement ultérieur d'un TSPT (Ozer et al., 2003). Sur le plan neurobiologique, Salmons (2018a, 2018b) décrit ce phénomène comme une « disjonction » du circuit émotionnel (isolement de l'amygdale et de l'hippocampe par libération de substances endogènes opioïdes) permettant d'éviter un choc hormonal toxique face à une menace extrême. La dissociation post-traumatique désigne la persistance ou le développement de réponses dissociatives au-delà de l'événement lui-même, s'autonomisant progressivement comme mode habituel de traitement des expériences aversives. C'est cette seconde forme qui présente le plus fort ancrage dans la psychopathologie des TCA : les conduites alimentaires désordonnées peuvent alors fonctionner comme déclencheurs ou substituts de la réponse dissociative, permettant d'atteindre un état d'engourdissement ou de mise à distance de la conscience de soi (Borg et al., 2022; Hazzard et al., 2021; Wooldridge, 2022). Enfin, la littérature distingue la dissociation psychoforme (amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion identitaire) et la dissociation somatoforme, concernant l'expérience corporelle : analgésie, inhibitions motrices, sentiment d'étrangeté corporelle (Longo et al., 2020; Näring & Nijenhuis, 2005; Rabito-Alcón et al., 2020). Cette distinction est particulièrement pertinente dans les TCA, où une part significative de la psychopathologie s'organise précisément autour du corps vécu et du rapport subjectif aux sensations internes, orientant l'évaluation clinique vers des dimensions souvent négligées dans les protocoles standardisés. La dissociation est par ailleurs conceptualisée comme un construit transdiagnostique, cohérent avec son observation à travers l'ensemble du spectre des TCA indépendamment du diagnostic formel (Lev-ari et al., 2021; Meneguzzo et al., 2022; Nilsson et al., 2020; Rabito-Alcón et al., 2020; Waller et al., 2001).

Données empiriques : prévalence et implication dans les TCA

Les données empiriques montrent de manière convergente que les symptômes dissociatifs sont significativement plus élevés dans les populations TCA qu'en population générale, avec un gradient selon les sous-types diagnostiques. Les formes comportant des épisodes d'hyperphagie et/ou des conduites de purge présentent des niveaux significativement plus élevés que les formes strictement restrictives (Hallings-Pott et al., 2005a; Longo et al., 2023; Palmisano et al., 2018). Les patients présentant une boulimie ou une AN-BP rapportent des niveaux plus élevés de dissociation et de traumatismes infantiles, ces variables prédisant en outre la sévérité des symptômes hyperphagiques (Palmisano et al., 2018).

La revue systématique de González-Gómez et al. (2025) constitue une avancée conceptuelle notable en proposant un regroupement de phénotypes transdiagnostique à partir de dimensions fonctionnelles. Trois phénotypes cliniques y sont identifiés :

- Le phénotype émotionnel-instable associe symptomatologie anxio-dépressive, sentiments de vide ou d'ennui et dissociation, y compris somatoforme. La dysrégulation émotionnelle y constitue le cœur du processus dissociatif : en perturbant l'intégration des états affectifs, cognitifs et corporels, elle favorise des modalités régulatrices inadaptées (évitement, engourdissement émotionnel, débordements affectifs) faisant de la dissociation un mécanisme central reliant exposition traumatique et instabilité émotionnelle.
- Le phénotype impulsif-agressif combine des comportements désorganisés visant à éviter un malaise interne (accès hyperphagiques, comportements compensatoires et auto-agressifs) tous associés à des phénomènes dissociatifs qui, s'ils soulagent temporairement la détresse, intensifient les sentiments de culpabilité qui suivent. La dissociation y joue un double rôle, à la fois comme facteur de risque de l'instabilité émotionnelle et comme mécanisme de son maintien.
- Le phénotype cognitif-identitaire regroupe des distorsions relatives à l'image corporelle, au concept de soi et aux croyances auto-référentielles. Une dissociation soutenue peut interférer avec l'intégration d'une identité cohérente, favorisant une diffusion identitaire particulièrement présente dans les formes les plus sévères de TCA.

La dissociation comme médiateur et comme fonction symptomatique

L'intérêt clinique de la dissociation dans les TCA ne réside pas uniquement dans sa fréquence ou sa présentation, mais surtout dans sa fonction explicative. Une littérature croissante et convergente suggère qu'elle joue un rôle de médiateur entre les traumatismes précoces et le développement ou le maintien des symptômes alimentaires. La revue de Rabito-Alcón et al. (2021) l'identifient comme l'un des principaux médiateurs entre expériences traumatiques de l'enfance et psychopathologie alimentaire, aux côtés de la dysrégulation émotionnelle, de l'alexithymie, de l'anxiété, de la dépression et de l'insatisfaction corporelle.

Thornley et al., 2016 montrent que les expériences dissociatives médiatisent l'association entre antécédents traumatiques et symptômes alimentaires, avec une association particulièrement marquée chez ces derniers. Kent et al., 1999 retrouvent un rôle médiateur de l'anxiété et de la dissociation dans le lien entre violence émotionnelle dans l'enfance et psychopathologie alimentaire chez des étudiantes. Ces données renforcent l'idée que la dissociation ne constitue pas un simple corrélat du trauma, mais un mécanisme intermédiaire susceptible d'expliquer comment certaines expériences adverses deviennent influentes dans le développement des TCA.

Cette hypothèse est éclairante pour comprendre certaines fonctions des symptômes alimentaires. Plusieurs auteurs ont proposé que les accès hyperphagiques puissent remplir une fonction dissociative à part entière, permettant au sujet d'échapper temporairement à une conscience de soi douloureuse, à des affects envahissants ou à des contenus traumatiques difficilement symbolisables (Hazzard et al., 2021 ; Palmisano et al., 2016 ; Wooldridge, 2022). Wooldridge (2022) dans une approche psychanalytique propose de conceptualiser l'accès hyperphagique comme un canal d'expression d'affects maintenus à distance de la conscience souvent enracinés dans des expériences précoces de maltraitance. Cette rejoint les propos de Schimmenti & Caretti (2016) et est corroborée par Hazzard et al. (2021), qui émet l'hypothèse que la fonction dissociative expliquerait pourquoi, dans ses travaux ; l'historique traumatique est particulièrement associée à la fréquence des épisodes d'hyperphagie objective plutôt qu'à la seule psychopathologie alimentaire globale (Mason et al., 2017). La dissociation contribue également à certains phénomènes spécifiques de l'anorexie mentale. Des travaux récents montrent que l'intensité subjective de la « voix anorexique » est positivement associée à la violence émotionnelle dans l'enfance, et que cette relation est partiellement médiée par la dissociation (Morrison et al., 2022; Pugh et al., 2018; Pugh & Waller, 2017). Ces résultats suggèrent que certaines expériences internes caractéristiques de la psychopathologie alimentaire (voix critiques relatives au poids, à la forme corporelle ou à l'alimentation) pourraient s'inscrire dans une dynamique dissociative plus large, liée à des formes précoces de dévalorisation, d'emprise ou d'insécurité relationnelle, plutôt que de relever d'une simple pensée automatique négative accessible aux seules interventions cognitives standard.

Enfin, le modèle de la dissociation structurelle de la personnalité (Van Der Hart et al., 2004) permet de rendre intelligibles plusieurs configurations fréquentes dans les TCA : coexistence de sur-contrôle et de débordement, alternance entre coupure émotionnelle et envahissement, expérience d'un corps tantôt maîtrisé, tantôt vécu comme étranger ou menaçant. Les symptômes alimentaires peuvent alors être compris comme des compromis défensifs inscrits dans une organisation psychique partiellement désintégrée. Cette lecture, ancrée dans l'expérience corporelle et les processus intéroceptifs bien avant toute élaboration narrative, rejoint les travaux de Van Der Kolk (2015 ; 1994) sur la mémoire traumatique incarnée et ouvre directement sur la question de la régulation émotionnelle. En effet, si la dissociation constitue une réponse au trauma, elle n'opère pas de manière isolée : elle s'articule étroitement aux perturbations de la régulation émotionnelle que les expériences adverses génèrent durablement, dernièrement la dissociation a été étudiée sous l'angle de la régulation émotionnelle (Cavicchioli et al., 2021).

C'est précisément cette articulation entre dysrégulation émotionnelle et conduites alimentaires que la section suivante se propose d'examiner, en commençant par les répercussions émotionnelles spécifiques du trauma avant d'aborder plus largement les modèles de régulation émotionnelle dans les TCA.

En parallèle des travaux présentés dans ce chapitre, une production scientifique sous format affiche a été construite afin de conceptualiser et questionner la fonction de la dissociation comme stratégie d'évitement expérientiel dans le cadre des conduites alimentaires désordonnées. Cette réflexion, ancrée dans les données empiriques et les cadres théoriques développés tout au long de ce chapitre, vise à proposer une lecture intégrative du rôle fonctionnel de la dissociation au sein des TCA, en articulant les modèles du détachement et de la compartimentation avec les données relatives aux conduites hyperphagiques et restrictives. Ce poster, présenté ci-après, constitue une synthèse visuelle et argumentée des hypothèses mécanistiques qui traversent l'ensemble de ce chapitre, et prépare la synthèse de cette partie en offrant une représentation condensée des processus par lesquels la dissociation pourrait s'inscrire dans la dynamique de maintien des troubles des conduites alimentaires.

Dissociation et désordres alimentaires

Conceptualiser la dissociation comme une stratégie d'évitement

Wilfried Symphor & Greg Décamps
Laboratoire de Psychologie EA 4139, Université de Bordeaux, France
Contact : wilfried.symphor@u-bordeaux.fr



Désordres alimentaires : Ensemble de **comportements alimentaires dysfonctionnels** transitant du **normal au pathologique** (eg. accès hyperphagique/binge eating, restriction, conduites de purge, dans une certaine mesure hyperactivité physique)¹.
Diverses **fonctions** contournant ces comportements sont rapportés en **population générale et clinique** :

- Réguler ou éviter des **états internes désagréables** (émotions, souvenirs, sensations corporelles)
- Modifier ou contrôler l'**image du corps** et la perception de soi²

Ces comportements sont **transdiagnostiques** aux **troubles des conduites alimentaires** (TCA; Anorexie mentale, Boulimie, Hyperphagie)¹.

Dissociation : Altération de la continuité de l'**expérience consciente** (émotions, souvenirs, corps), fréquemment associée à la survenue d'un **événement traumatique**³.

- Une méta-analyse récente montre que la **dissociation** est **liée aux processus de régulation émotionnelle**, en particulier à des **stratégies maladaptatives**. Aucune association significative n'est observée avec les stratégies adaptatives⁴.
- Considérée comme un **mécanisme neuro-mental automatique d'hyper-modulation émotionnelle par évitement**⁴.

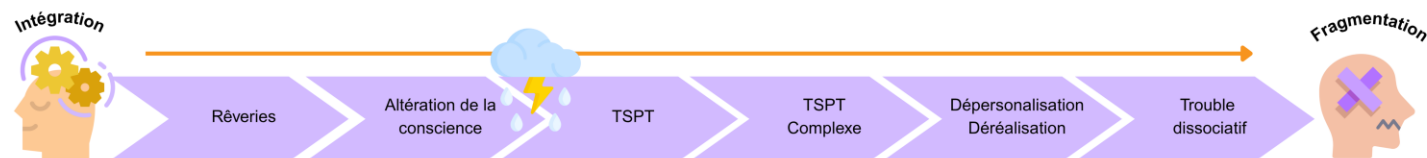
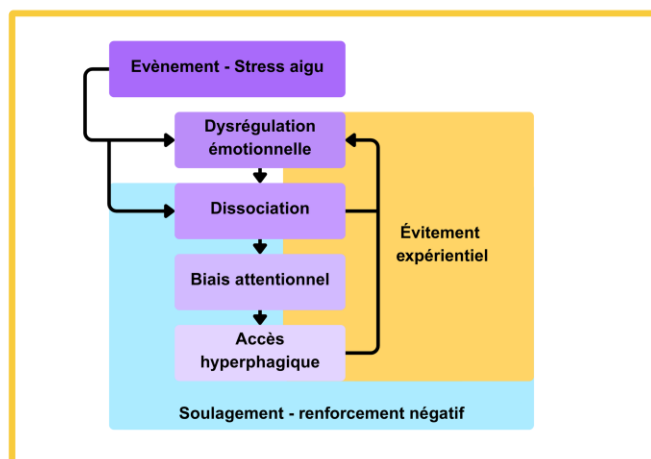


Figure 1. Continuum dissociatif



- La **dissociation** agit comme un **mode de régulation émotionnelle** supprimant la conscience des états internes pénibles⁵, non comme un simple épiphénomène post-traumatique.
- L'**exposition traumatique** prédit la **sévérité des symptômes TCA** indirectement via la **dissociation** et la **dysrégulation émotionnelle**⁶.
- Une **hausse** momentanée de **dissociation** amplifie le pic d'**affect négatif avant le binge** et précipite son **déclin après consommation**, suggérant un renforcement négatif qui entretient la boucle dissociation ↔ binge⁷.
- Hypothèse d'une **boucle de maintien** : la crise réduit transitoirement la détresse mais **renforce évitement expérientiel**, consolidant le recours dissociatif⁸.

Figure 2. Proposition d'un modèle processuel dissociatif dans les TCA

Adopter systématiquement une approche **tenant compte des traumatismes** (trauma-informed care) tout au long de la prise en charge ainsi que la **sévérité des troubles alimentaires**.

Domaine cible	Objectifs cliniques	Interventions fondées sur les preuves
 Ancrage corporel	- Restaurer la sécurité somatosensorielle - Élargir la fenêtre de tolérance	- Techniques d'ancrage (adaptées TCA) - Biofeedback - Yoga trauma-informed
 Compétences émotionnelles	- Tolérance à la détresse - Réduction de l'évitement expérientiel	- Modules détresse/conscience émotionnelle (DBT) - Défusión + acceptation sensorielle - Exposition interoceptive progressive
 Restructuration cognitive	- Corriger les biais attentionnels - Normaliser l'attention corporelle	- Attentional Bias Modification - Thérapie cognitive basée pleine conscience - Remédiation cognitive
 Intégration traumatique (Si TSPT/C confirmé)	- Réintégration mnésique - Désensibilisation des déclencheurs	- EMDR adapté TCA - Imagery Rescripting - Narrative Exposure Therapy

Table 1. Synthèse des mécanismes à cibler lors des prises en charge.

Note. DBT=Dialectical Behavioral Therapy; EMDR=Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Références



2. (Dys)régulation émotionnelle et troubles de conduites alimentaires

2.1. Les répercussions émotionnelles du psychotraumatisme

Le psychotraumatisme exerce des effets profonds et durables sur le fonctionnement émotionnel, bien au-delà de la détresse immédiate consécutive à l'événement. Son impact affecte la manière dont les émotions sont vécues, interprétées, exprimées et régulées (Cloitre et al., 2009; Ehrling & Quack, 2010a). En ce sens, les expériences traumatiques n'altèrent pas seulement l'intensité de la souffrance émotionnelle, mais peuvent modifier l'acquisition des processus affectifs impliqués dans l'adaptation psychique. Ces processus renvoient à des niveaux d'expérience distincts, souvent confondus dans la littérature, qu'il est utile de différencier pour mieux comprendre la nature des perturbations observées après un traumatisme (Scherer, 2005). Le Tableau 7 en propose une synthèse.

Tableau 7.

Classification et définition des principales composantes de l'expérience affective.

Concept	Définition	Caractéristiques clés
Affect	Ensemble des états mentaux caractérisés par une valence (agréable vs désagréable) et un degré d'activation (arousal - faible vs élevé). Socle expérientiel commun aux émotions, aux humeurs et aux sentiments.	- Valence (positif-négatif) - Activation (faible-élevée) - Dimension transversale à tous les états affectifs
Émotion	Réponse affective plus ou moins brève, intense et phasique à un stimulus interne ou externe, impliquant une réponse multicomposante intégrant des changements physiologiques, des tendances à l'action, des expressions comportementales et une expérience subjective consciente.	- Brève et transitoire - Forte intensité - Déclenchée par un événement identifiable
Humeur	État affectif diffus, de plus longue durée et de moindre intensité que l'émotion, souvent sans objet déclencheur clairement identifiable, influençant de manière prolongée la perception, la cognition et le comportement.	- Diffuse - Longue durée - Intensité modérée - Pas d'objet spécifique - Effet de fond sur le fonctionnement psychique
Sentiment	Représentation subjective, consciente et cognitive de l'expérience émotionnelle, intégrant l'évaluation personnelle, la signification attribuée et l'expérience réflexive de l'émotion, généralement plus stable et moins marquée physiologiquement.	- Conscient et réflexif - Plus stable que l'émotion - Faible activation physiologique - Intégré à la narration de soi

Le psychotraumatisme peut affecter chacun de ces niveaux : il modifie la tonalité affective de fond (affect), altère la réactivité aux stimuli émotionnels (émotion), teinte durablement l'état émotionnel général (humeur) et perturbe la capacité à se représenter et à donner sens à ce qui est ressenti (sentiment).

C'est cette atteinte multi-niveau qui rend la dysrégulation post-traumatique si difficile à traiter par des interventions centrées sur un seul registre (Frewen & Lanius, 2006; Tull et al., 2007). Parmi ces conséquences, la dysrégulation émotionnelle occupe une place centrale. L'exposition traumatique, en particulier lorsqu'elle est précoce, cumulative ou chronique, est associée à une sensibilité émotionnelle accrue, à des difficultés d'identification et de clarté émotionnelle, à une tolérance réduite à la détresse, ainsi qu'à des stratégies de régulation rigides et peu flexibles (Briere et al., 2008; D'Andrea et al., 2012; Marusak et al., 2015). Les travaux de Tull et al. (2007) et Ehring & Quack, (2010) montrent que ces perturbations régulatrices constituent des médiateurs importants entre vécu traumatique et psychopathologie ultérieure. Cette centralité de la dysrégulation émotionnelle dans les trajectoires post-traumatiques est d'ailleurs formalisée dans la CIM-11 : le TSPT-C associe explicitement aux symptômes post-traumatiques classiques des perturbations durables de la régulation émotionnelle, de l'image de soi et des relations interpersonnelles (dimensions constitutives des troubles de l'organisation du soi (*Disturbances in Self-Organization*, DSO) qui recourent précisément ce que l'on observe dans les formes les plus sévères de TCA (Cloitre et al., 2013 ; Day et al., 2024).

Cette articulation entre trauma et dysrégulation émotionnelle ne constitue pas seulement un constat clinique : elle conforte l'hypothèse mécaniste selon laquelle les conduites alimentaires désordonnées peuvent émerger, au moins partiellement, comme des tentatives de régulation d'états émotionnels que les expériences traumatiques ont rendus chroniquement intenses, peu identifiables et difficiles à moduler par d'autres voies.

2.2. La régulation émotionnelle : modèles contemporains et implications pour les TCA

Historiquement, les émotions ont longtemps occupé une place périphérique dans les modèles théorico-cliniques des troubles des conduites alimentaires (TCA), ce malgré des propositions scientifiques précoces soulignant le rôle des affects et des perturbations de la conscience émotionnelle et intéroceptifs (Bruch, 1973; Kaplan & Kaplan, 1957).

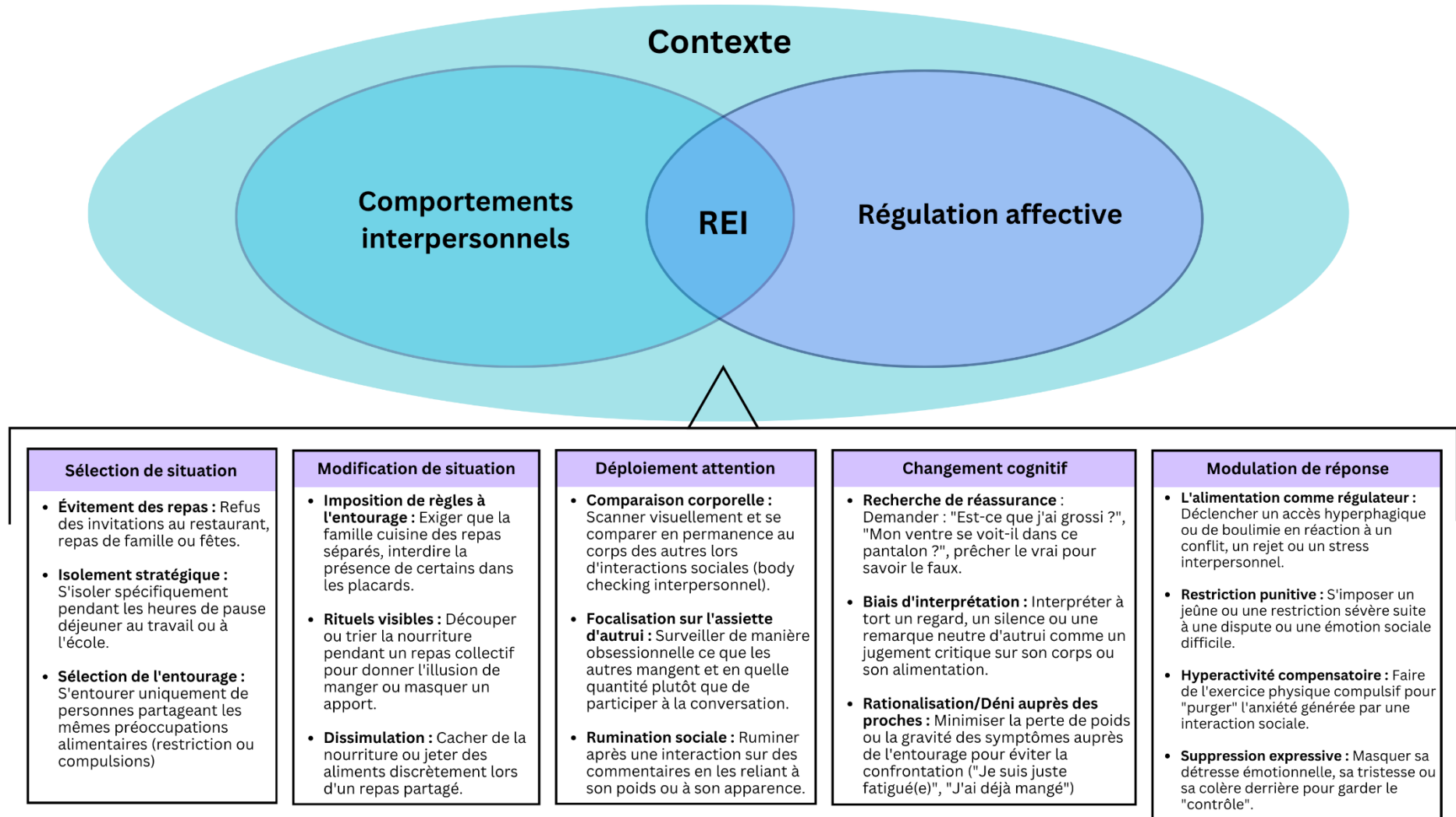
Dans le modèle transdiagnostique initial de Fairburn, Cooper et Shafran (2003), les émotions ne constituaient pas un mécanisme central de maintien des TCA. Ce n'est qu'avec l'évolution vers la version étendue du modèle (CBT-E) que l'« intolérance à l'humeur » (*mood intolerance*) a été explicitement introduite comme facteur transdiagnostique, aux côtés d'autres mécanismes transdiagnostiques (Fairburn, 2008).

Dans ce cadre, les comportements alimentaires pathologiques sont conceptualisés comme des stratégies de régulation émotionnelle à court terme, visant à atténuer des affects perçus comme intenses ou incontrôlables. Cette conceptualisation s'inscrit dans un ensemble plus large de modèles

affectivo-comportementaux, incluant la théorie de la fuite (*escape theory* ; Heatherton & Baumeister, 1991), les modèles d'auto-médication affective (Kaplan & Kaplan, 1957), ainsi que les données empiriques issues des études en *ecological momentary assessment* montrant que l'augmentation des affects négatifs précède fréquemment les accès hyperphagiques, lesquelles sont suivies d'une diminution émotionnelle transitoire (Haedt-Matt & Keel, 2011b, 2015; Svaldi et al., 2012). À partir des années 2010, plusieurs modèles ont placé la dysrégulation émotionnelle au cœur de la physiopathologie des TCA. Haynos et Fruzzetti (2011), dans une perspective inspirée de la thérapie comportementale dialectique, ont proposé que les symptômes alimentaires constituent des stratégies de coping émotionnel dysfonctionnelles en réponse à une vulnérabilité émotionnelle de trait. De manière convergente, Racine et Wildes (2015) ainsi que Lavender et al. (2015) ont montré que la dysrégulation émotionnelle est un facteur transdiagnostique majeur, associé à la sévérité symptomatique, à la fréquence des comportements alimentaires problématiques et à la persistance des troubles. Plus récemment, ce déplacement paradigmatique s'est étendu au-delà du cadre individuel. Christensen & Haynos (2020) ont proposé un modèle intégratif soulignant le rôle de la régulation émotionnelle interpersonnelle dans les TCA. Selon cette perspective, les comportements alimentaires pathologiques ne servent pas uniquement à moduler des états affectifs internes, mais peuvent également fonctionner comme des stratégies visant à influencer les réponses émotionnelles de l'environnement social (p. ex., recherche de réassurance, évitement du rejet, régulation de la proximité relationnelle). Cette approche permet d'articuler les vulnérabilités émotionnelles individuelles avec les dynamiques relationnelles dysfonctionnelles fréquemment observées chez les patients souffrant de TCA.

Figure 19.

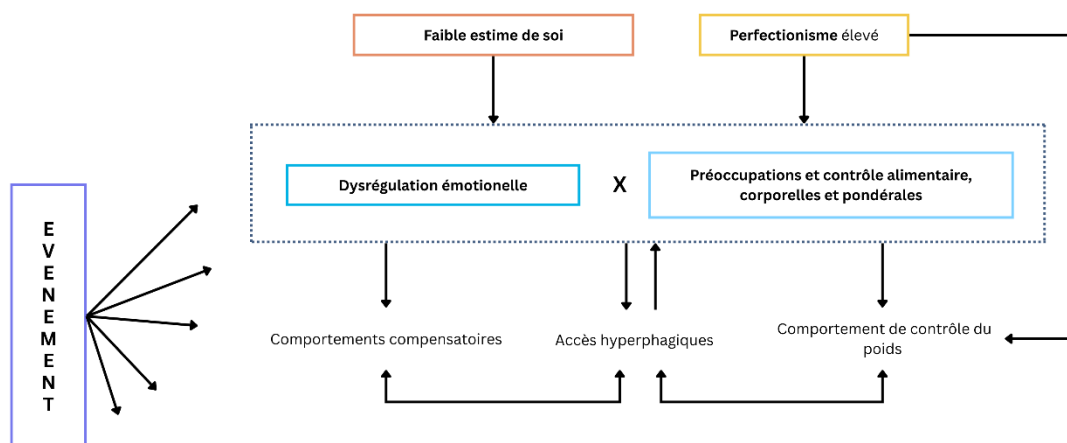
Processus et stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle dans le contexte clinique des TCA (adapté du modèle de Christensen & Haynos (2020)).



Enfin, des travaux récents ont proposé une révision explicite du modèle CBT-E en intégrant la dysrégulation émotionnelle comme facteur central de maintien, en interaction avec les préoccupations relatives au poids, l'alimentation et à la silhouette (Trompeter et al., 2021). Cette révision théorique renforce l'idée que la dysrégulation émotionnelle ne constitue pas seulement une conséquence ou encore un facteur de risque des troubles alimentaires, mais un mécanisme clé contribuant à leur développement, leur maintien et leur résistance thérapeutique.

Figure 20.

Modèle CBT-E élargi aux processus émotionnels (Trompeter et al., 2021).



La régulation émotionnelle, entendue comme l'ensemble des processus par lesquels les individus influencent la nature, l'intensité et la durée de leurs expériences émotionnelles (Gross, 1998), constitue un cadre central pour opérationnaliser cette hypothèse.

Le modèle processuel de Gross (1998, 2003, 2015)

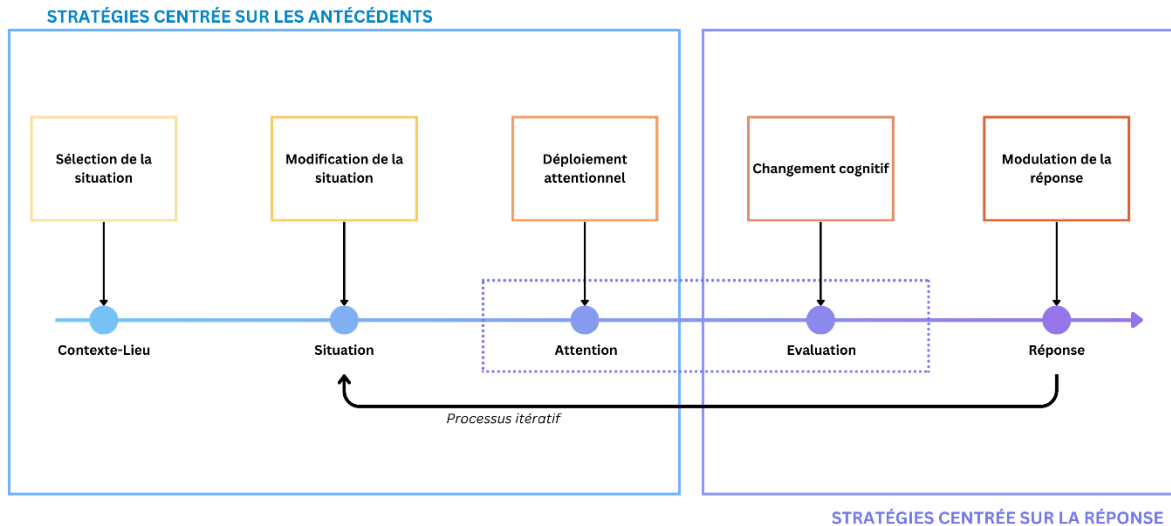
Les premiers travaux se sont principalement centrés sur des stratégies conscientes et volontaires, telles que la réévaluation cognitive (*reappraisal*), conceptualisée comme une stratégie antécédente mobilisant des ressources cognitives pour modifier la signification d'une situation émotionnelle (Gross & John, 2003). Toutefois, réduire la régulation émotionnelle à ces stratégies explicites serait conceptuellement restrictif. Le modèle processuel de Gross (1998, 2015) organise les stratégies de régulation selon leur position temporelle dans la séquence émotionnelle.

- Les stratégies antécédentes (sélection ou modification de la situation, déploiement attentionnel, réévaluation cognitive) interviennent avant la pleine activation de la réponse émotionnelle.
- Les stratégies centrées sur la réponse (suppression expressive, modulation physiologique ou comportementale) interviennent après. Les stratégies antécédentes, en particulier la réévaluation, sont généralement associées à de meilleurs résultats fonctionnels.

La version étendue du modèle (Gross, 2015) souligne que les échecs de régulation ne tiennent pas seulement au recours à certaines stratégies, mais aussi à des difficultés à détecter la nécessité de réguler, à sélectionner une stratégie adaptée ou à ajuster sa mise en œuvre. Dans les TCA, ce modèle permet de situer les conduites alimentaires comme des stratégies de modulation de la réponse : tardives dans la séquence émotionnelle, à fort rendement immédiat, mais coûteuses à long terme.

Figure 21.

Modèle processuel de la régulation émotionnelle (d'après Gross, 1998, 2015).



Le modèle multidimensionnel de Gratz et Roemer (2004)

Dans une perspective complémentaire, le modèle multidimensionnel de Gratz et Roemer (2004) conceptualise la régulation non comme une stratégie, mais comme un ensemble de capacités interdépendantes :

- Le manque de conscience émotionnelle (*Lack of emotional awareness*) : Difficulté à prêter attention et à reconnaître ses propres états émotionnels. La personne ne remarque pas qu'elle ressent quelque chose, ou ne perçoit ses émotions que tardivement, lorsqu'elles ont déjà atteint une intensité élevée. Dans les TCA, ce déficit peut expliquer pourquoi certains patients ne perçoivent pas les signaux émotionnels qui précèdent un accès hyperphagique ou une conduite compensatoire.
- Le manque de clarté émotionnelle (*Lack of emotional clarity*) : Difficulté à différencier les émotions ressenties. La personne sait qu'elle ressent quelque chose mais ne parvient pas à nommer ou comprendre précisément quoi. Cette confusion entre signaux émotionnels et signaux interoceptifs est particulièrement documentée dans les TCA et l'alexithymie.

- La non-acceptation des réponses émotionnelles (*Non-Acceptance of emotional responses*) : Tendance à réagir négativement à ses propres émotions (honte de ressentir de la colère, culpabilité de ressentir de la tristesse). Ces réactions émotionnelles secondaires amplifient la détresse initiale et renforcent le recours à des stratégies d'évitement, dont les conduites alimentaires.
- Les difficultés de contrôle des impulsions (*Impulse control difficulties*) : Difficulté à maintenir un contrôle de ses comportements lorsqu'on éprouve des émotions intenses. C'est la dimension la plus directement liée aux accès hyperphagiques et aux conduites purgatives, où l'intensité émotionnelle submerge les capacités d'inhibition.
- Les difficultés à agir de manière orientée vers des buts (*Difficulties engaging in goal-directed behavior*) : Difficulté à poursuivre des actions orientées vers des objectifs lorsque l'on est en détresse émotionnelle. L'émotion paralyse ou détourne de l'action intentionnelle (ce qu'on souhaite faire). Dans les TCA, cela se traduit par exemple par l'incapacité à suivre un plan alimentaire structuré lorsqu'un état émotionnel désagréable survient.
- L'accès limité à des stratégies de régulation perçues comme efficaces (*Limited access to emotion regulation strategies*) : Sentiment de ne pas disposer de moyens efficaces pour réguler sa détresse, ou croyance que l'émotion ressentie est incontrôlable et permanente. Cette dimension reflète un appauvrissement du répertoire régulateur, qui favorise le recours par défaut aux conduites alimentaires comme seule stratégie disponible.

Dans ce modèle, la dysrégulation émotionnelle correspond à des déficits dans une ou plusieurs de ces dimensions, conceptualisés comme des processus transdiagnostiques susceptibles de sous-tendre une large variété de présentations psychopathologiques (Gratz & Tull, 2010). Ce modèle est opérationnalisé par la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), largement utilisée dans la recherche sur les TCA et retenue comme mesure principale dans les études suivantes de cette thèse (Études 3 et 4).

Le modèle de la flexibilité régulatrice de Bonanno et Burton (2013)

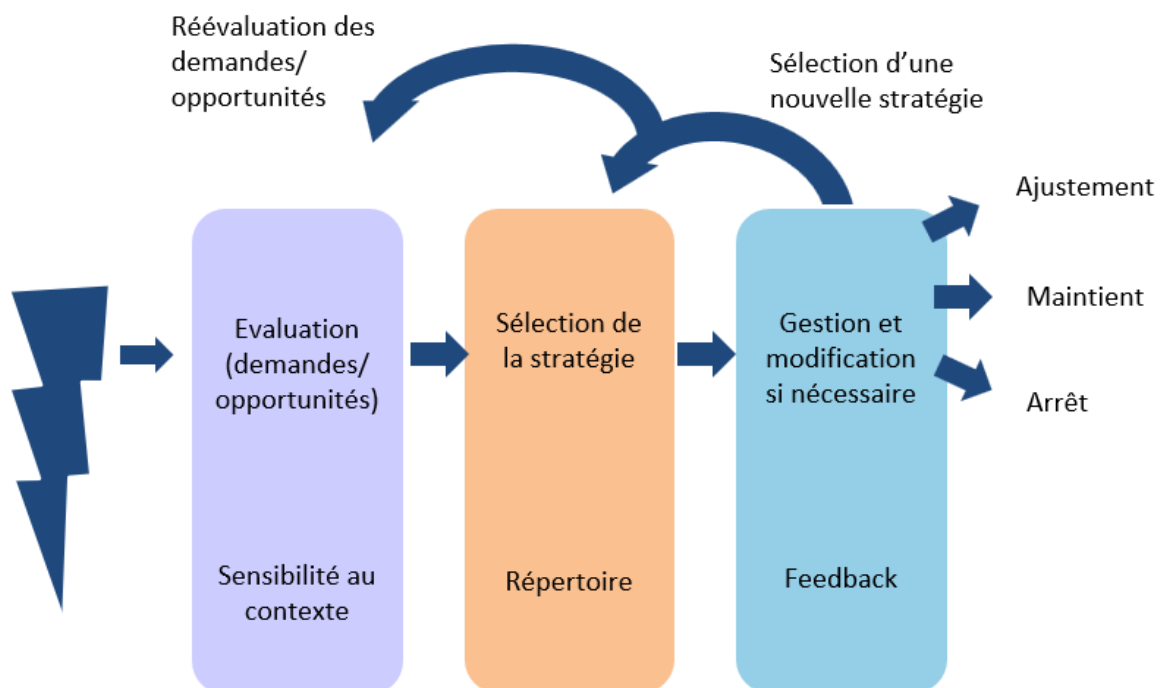
Le modèle de flexibilité régulatrice de Bonanno et Burton (2013) critique ce qu'ils nomment la *fallacy of uniform efficacy* : l'idée que certaines stratégies seraient intrinsèquement adaptatives ou maladaptatives indépendamment du contexte. Selon ce cadre, l'adaptation psychologique dépend de la capacité à ajuster ses stratégies en fonction des exigences situationnelles. Cette flexibilité repose sur trois composantes séquentielles : la sensibilité au contexte (capacité à percevoir et interpréter correctement les exigences d'une situation), le répertoire de stratégies disponibles et différenciées, et la capacité à intégrer le feedback issu des conséquences de la stratégie mobilisée.

La psychopathologie n'y est pas conceptualisée comme le recours à des stratégies dysfonctionnelles, mais comme une rigidification du processus régulateur (Aldao et al., 2015; Kashdan & Rottenberg, 2010). Appliqué aux TCA, ce modèle identifie des altérations caractéristiques à chacune de ces composantes : la sensibilité contextuelle est altérée par l'alexithymie et les déficits intéroceptifs, qui réduisent la capacité à identifier correctement la nature et l'intensité des états internes (Brewer et al., 2016; Herbert & Pollatos, 2012). Le répertoire stratégique est appauvri et centré sur les comportements alimentaires comme modalité dominante de régulation, au détriment d'alternatives plus flexibles. Enfin, le feedback est dominé par le soulagement immédiat (renforcement négatif), au détriment des coûts différés à plus long terme. C'est cette dynamique qui pourrait contribuer à la chronicisation des conduites alimentaires désordonnées (Dougherty et al., 2023). La dissociation, fréquemment observée chez les patients présentant des antécédents traumatiques, peut aggraver ce processus en réduisant encore davantage l'accès conscient aux signaux émotionnels et corporels, fragmentant ainsi la boucle perception-stratégie-feedback (Mason et al., 2017).

Ce modèle offre un cadre pertinent pour comprendre pourquoi des patients possédant par ailleurs des capacités régulatrices ne parviennent pas à les mobiliser dans les moments critiques, et constitue l'un des fondements théoriques des analyses de profils réalisées dans les Études 1 et 4 de cette thèse même si ce modèle nécessiterait un design longitudinal en contexte pour être testé concrètement.

Figure 22.

Modèle de la flexibilité régulatrice (traduit de Bonanno & Burton, 2013).



Cette conceptualisation permet de distinguer les processus régulatoires globaux de l'usage ponctuel de stratégies spécifiques. En revanche, la littérature scientifique tend encore fréquemment à appréhender la régulation émotionnelle à travers une dichotomie simplificatrice opposant des stratégies dites « adaptatives » à des stratégies qualifiées de « maladaptatives ». Cette approche présente des limites conceptuelles majeures.

- D'une part, l'efficacité d'une stratégie dépend du contexte dans lequel elle est mobilisée, de l'intensité de l'émotion, des ressources disponibles et des objectifs poursuivis, plutôt que de la stratégie elle-même (Aldao et al., 2010, 2016; Bonanno & Burton, 2013).
- D'autre part, des stratégies souvent considérées comme dysfonctionnelles, telles que l'évitement ou la suppression émotionnelle, peuvent remplir une fonction adaptative à court terme, notamment en contexte de menace ou de traumatisme, avant de devenir délétères lorsqu'elles se rigidifient ou se chronicisent (Waugh et al., 2008).

Dans cette perspective, un nombre croissant de travaux plaide pour une distinction entre l'usage ponctuel de stratégies de régulation émotionnelle et les compétences globales de régulation, entendues comme la capacité flexible à mobiliser différentes stratégies de manière contextuellement appropriée (Aldao et al., 2015; Kashdan, 2010). La psychopathologie apparaît alors moins associée à l'emploi d'une stratégie spécifique qu'à l'inflexibilité du répertoire régulatoire.

Quels liens empiriques entre dysrégulation émotionnelle et TCA

Pourquoi les patients souffrant de TCA se tournent-ils vers la nourriture face à l'émotion ? Si le modèle transdiagnostique de Fairburn et al. (2003) mentionnait « l'intolérance émotionnelle » comme un mécanisme de maintien, les recherches actuelles sont beaucoup plus précises. La littérature soutient massivement l'idée que les TCA s'accompagnent de déficits globaux de régulation émotionnelle (da Luz et al., 2023; Prefit et al., 2019). Ces difficultés ne sont pas simplement des conséquences de la dénutrition, mais souvent des adaptations acquises au cours du développement. Les études récentes, notamment l'analyse de profils latents menée par Salias et al., (2025), montrent que la sévérité des symptômes TCA est corrélée à l'usage de stratégies inadaptées : évitement, suppression, autocritique et catastrophisme. À l'inverse, les profils moins sévères mobilisent davantage la réévaluation et l'acceptation. Dans le champ des TCA, la régulation émotionnelle est désormais considérée comme un mécanisme transdiagnostique central, impliqué dans le développement et le maintien des symptômes alimentaires (Arexis, 2023; Borm et al., 2025; Félix et al., 2025; Leppanen et al., 2021).

Les individus concernés par les troubles alimentaires rapportent de manière significative et robuste (effets modérés à fort) des niveaux plus élevés d'émotions désagréable, une conscience émotionnelle réduite (p. ex., difficultés d'identification et de clarté émotionnelle), une moindre acceptation des émotions, ainsi qu'un recours plus fréquent à des stratégies de régulation coûteuses telles que l'évitement, la suppression, la rumination ou l'autodévalorisation (Brockmeyer et al., 2014 ; Svaldi et al., 2012 ; Prefit et al., 2019 ; Monell et al., 2018). Certains auteurs conceptualisent alors les symptômes alimentaires (comportements alimentaires désordonnés) comme des stratégies de coping mobilisées face à une détresse émotionnelle chronique. Dans cette perspective fonctionnelle, les comportements de restriction, de binge ou de purge peuvent servir à atténuer des symptômes associés à des troubles anxieux généralisés ou à un état de stress post-traumatique (Mitchell & Wolf, 2016). Les conduites alimentaires pathologiques seraient ainsi comprises comme des tentatives d'auto-régulation face à une hyperactivation émotionnelle persistante, notamment en contexte de trauma ou d'anxiété diffuse. Cependant, une lecture complémentaire met davantage l'accent sur un déficit de compétences régulatrices. Plutôt que de considérer les TCA uniquement comme des stratégies actives de coping, plusieurs travaux suggèrent qu'ils reflètent un accès limité à des stratégies adaptatives et une intelligence émotionnelle appauvrie.

Les individus présentant un TCA rapportent fréquemment des difficultés à identifier, comprendre et différencier leurs émotions, ainsi qu'à mobiliser des réponses régulatrices efficaces (da Luz et al., 2023).

Dans cette optique, les comportements alimentaires désordonnés émergeraient dans un contexte de vulnérabilité émotionnelle structurelle, marquée par un répertoire stratégique restreint et peu flexible. Une méta-analyse de Prefit et al. (2019) confirme l'ampleur de cette association, suggérant que l'alexithymie constitue un facteur transversal significatif dans les troubles alimentaires. Néanmoins, la question demeure de savoir si l'alexithymie représente un trait préexistant ou un état secondaire à la dénutrition et à la symptomatologie aiguë. Ainsi, deux perspectives complémentaires se dessinent : (1) les TCA comme stratégies de coping dysfonctionnelles face à une détresse émotionnelle intense ; (2) les TCA comme conséquence d'un déficit structurel de compétences émotionnelles et acquises au cours du développement, limitant l'accès à des modalités régulatrices plus adaptatives.

Ces deux approches ne sont pas mutuellement exclusives. Elles peuvent s'articuler dans un modèle développemental intégratif, où des vulnérabilités émotionnelles précoces favorisent l'apprentissage de stratégies alimentaires régulatrices initialement efficaces, puis progressivement rigidifiées. Cette conceptualisation est largement soutenue empiriquement.

La régulation émotionnelle est désormais considérée comme un mécanisme transdiagnostique central dans le développement et le maintien des troubles des conduites alimentaires (Félix et al., 2024; Leppanen et al., 2022). Les comportements alimentaires désordonnés (restriction, compensation ou accès hyperphagiques...) sont fréquemment décrits comme des stratégies de survie inadaptées visant à moduler des états affectifs perçus comme insupportables (Martyn-Nemeth et al., 2008; Mikhail, 2021). Des méta-analyses confirment que les personnes présentant un TCA rapportent des niveaux significativement plus élevés de dysrégulation émotionnelle globale comparativement aux groupes témoins (da Luz et al., 2023). L'« intolérance aux affects », entendue comme la difficulté à tolérer et moduler des états émotionnels négatifs intenses, apparaît comme un facteur de maintien central (Curzio et al., 2018; Jones et al., 2020). Les données issues de l'écological momentary assesment (EMA) soutiennent fortement ce modèle fonctionnel. Les épisodes de binge eating et de purge sont généralement précédés d'une augmentation de l'affect négatif (Berg et al., 2013 ; Smyth et al., 2007). Bien qu'ils puissent entraîner une diminution immédiate et transitoire de la détresse (Lavender et al., 2016), ils s'accompagnent ultérieurement d'une augmentation de la labilité affective, favorisant un cercle vicieux auto-renforçant (Berner et al., 2017).

Les conduites alimentaires pathologiques fonctionnent ainsi comme des stratégies de coping à court terme, mais contribuent à long terme à l'aggravation des difficultés régulatrices.

Plus largement, le développement et le maintien des TCA peuvent être conceptualisés comme le résultat d'une interaction entre vulnérabilités émotionnelles générales et facteurs biopsychosociaux (Leppanen et al., 2022).

Ces difficultés ont également des implications pronostiques : des dimensions telles que l'impulsivité sont associées à un risque accru d'abandon prématuré du traitement (Fassino et al., 2009), soulignant l'importance d'identifier précocement les profils caractérisés par une dysrégulation émotionnelle marquée.

2.3. La restriction alimentaire : une régulation suppressive et anticipatoire

La restriction alimentaire constitue un modèle clinique privilégié pour examiner la fonction régulatrice des conduites alimentaires, en raison de sa centralité dans l'anorexie mentale et de la richesse des données disponibles sur ce diagnostic. Il convient néanmoins de préciser que cette centralité ne doit pas occulter la dimension transdiagnostique du phénomène : la restriction s'observe à des degrés variables dans la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimique et de nombreux tableaux mixtes, et les hypothèses fonctionnelles développées ici ne sauraient être réduites à un seul diagnostic. Les données disponibles suggèrent que la restriction opère principalement selon une logique suppressive et anticipatoire.

L'instabilité affective précède fréquemment les épisodes de restriction, qui semblent moins répondre à une émotion aiguë qu'en prévenir l'émergence (Lavender et al., 2013). En diminuant l'arousal global et les réponses autonomes associées aux affects, la privation énergétique facilite l'évitement des états internes perçus comme incontrôlables, un mécanisme que Haynos & Fruzzetti, (2011) ont décrit comme une forme d'auto-famine régulatrice. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux de Bruch en 1973 (Green, 1974), qui soulignaient déjà les difficultés d'identification émotionnelle comme un facteur central dans l'anorexie mentale, et des modèles contemporains qui conceptualisent le contrôle alimentaire comme une tentative de maîtrise de l'expérience interne face à un sentiment d'inefficacité personnelle (Schmidt & Treasure, 2006).

Sur le plan cognitif, la restriction mobilise une charge attentionnelle considérable. Le comptage calorique, la planification alimentaire et l'hypervigilance corporelle occupent le champ cognitif de manière quasi exclusive, ce qui peut fonctionner comme un mécanisme de saturation cognitive réduisant l'accès conscient aux émotions douloureuses ou aux souvenirs traumatiques. La faim, le froid ou la fatigue deviennent alors des signaux corporels dominants, plus prévisibles et plus maîtrisables que la détresse psychique.

Cette observation rejoint les modèles de l'inférence active (Barrett, 2016a) : en inondant le champ intéroceptif de signaux physiques identifiables, la restriction altère les inférences émotionnelles que le cerveau construit à partir de l'état interne, réduisant ainsi l'intensité subjective des affects aversifs (Barca & Pezzulo, 2020).

Les sous-types de l'anorexie mentale illustrent deux modalités régulatrices distinctes. Dans les formes restrictives (AN-R), la régulation est préventive et chronique : les comportements restrictifs précèdent l'activation émotionnelle et en bloquent l'émergence, associés à un émoussement affectif, une diminution de l'expressivité émotionnelle et une conscience émotionnelle altérée (Haynos & Fruzzetti, 2011; Oldershaw et al., 2019). Dans les formes avec accès hyperphagiques et purgatifs (AN-BP), la régulation est davantage réactive : le cycle crise-purge répond à une montée affective aiguë et s'accompagne d'une diminution transitoire de l'activation affective, se rapprochant fonctionnellement des dynamiques observées dans la boulimie nerveuse. Plusieurs travaux indiquent par ailleurs que la dénutrition sévère peut, à court terme, s'accompagner d'une réduction subjective de certaines difficultés de régulation émotionnelle. Brockmeyer et al. (2012) ont montré que des patientes en phase aiguë avec un indice de masse corporelle très bas rapportaient moins de difficultés perçues de régulation. Cet effet ne reflète cependant pas une acquisition de compétences régulatrices, mais une suppression physiologique et cognitive du traitement émotionnel.

Oldershaw et al. (2019) soulignent que les difficultés de reconnaissance et d'intégration émotionnelle persistent au-delà de la phase aiguë et peuvent même se majorer lors de la renutrition, lorsque les affects jusque-là anesthésiés réémergent sans que les ressources régulatrices n'aient été renforcées. La diminution de la détresse observée en phase de dénutrition constitue ainsi une adaptation défensive à court terme, masquant des vulnérabilités affectives profondes dont le réengagement corporel et émotionnel révèle ultérieurement toute l'étendue. Schmidt et Treasure (2006), dans leur modèle cognitivo-interpersonnel de l'anorexie mentale, décrivent précisément comment le contrôle alimentaire rigidifié contribue à maintenir le trouble en renforçant des stratégies d'évitement émotionnel et relationnel, créant une boucle de maintien dans laquelle la restriction devient simultanément symptôme et stratégie de régulation.

Dans une perspective transdiagnostique, ces données invitent à conceptualiser la restriction non pas uniquement comme un symptôme spécifique de l'anorexie mentale, mais comme une stratégie de suppression émotionnelle susceptible d'être mobilisée dans différents troubles alimentaires. Les preuves empiriques robustes demeurent principalement issues de l'AN, et des études longitudinales explicitement transdiagnostiques, intégrant des mesures processuelles fines incluant l'EMA, des indices physiologiques d'arousal et des marqueurs d'intéroception, restent nécessaires pour tester la généralité de cette hypothèse fonctionnelle.

2.4. L'accès hyperphagique : une régulation réactive et déchargeante

L'accès hyperphagique peut être conceptualisé comme une stratégie de régulation émotionnelle à court terme mobilisée face à des états internes perçus comme envahissants, aversifs ou incontrôlables. Contrairement à la restriction, qui opère principalement selon une logique anticipatoire et suppressive, l'accès hyperphagique s'inscrit dans une dynamique réactive et déchargeante, survenant en réponse à une activation émotionnelle aiguë plutôt qu'en prévention de son émergence. Plusieurs modèles théoriques convergent vers cette conceptualisation.

La théorie de la fuite (*Escape Theory* ; Heatherton et Baumeister, 1991) postule que l'hyperphagie constitue une tentative d'échappement à une conscience de soi négative associée à des affects tels que la honte, l'échec ou l'autodévalorisation. Face à ces cognitions menaçantes pour l'estime de soi, l'individu opère un rétrécissement attentionnel vers des stimuli sensoriels immédiats, goût, texture, mastication, au détriment d'un traitement cognitif abstrait et auto-évaluatif. Ce déplacement attentionnel produit une réduction transitoire de la détresse liée à l'auto-conscience. La théorie du masquage (Herman et Polivy, 1988) souligne de manière complémentaire que l'épisode hyperphagique permet de réattribuer une détresse émotionnelle diffuse à une cause comportementale plus concrète et identifiable : le fait d'avoir mangé excessivement peut être perçu comme plus accessible et plus contrôlable que des stressors interpersonnels ou existentiels diffus.

Le symptôme alimentaire fonctionnerait alors comme un écran, détournant l'attention de la source initiale de la détresse.

D'autres modèles, tels que la théorie de la régulation de l'affect (Polivy et Herman, 1993) ou le modèle de l'arousal émotionnel (Cools et al., 1992), soulignent quant à eux que l'ingestion peut entraîner une amélioration transitoire de l'humeur ou une réduction de l'activation physiologique excessive, par des mécanismes neurobiologiques impliquant notamment les systèmes opioïdes et dopaminergiques.

Les données issues de l'évaluation écologique momentanée soutiennent empiriquement ce modèle fonctionnel. Les épisodes de binge eating et de purge sont précédés d'une augmentation significative de l'affect négatif (Berg et al., 2013; Smyth et al., 2007), suivie d'une diminution transitoire de la détresse pendant ou immédiatement après l'épisode (Lavender et al., 2016). Ce soulagement est toutefois de courte durée et ne constitue pas une résolution de la détresse sous-jacente. À moyen terme, les accès hyperphagiques, compensés ou non, sont associés à une augmentation de la labilité affective et des fluctuations émotionnelles négatives (Berner et al., 2017), s'inscrivant dans une dynamique de renforcement négatif dans laquelle le comportement alimentaire réduit momentanément la détresse qu'il contribue simultanément à maintenir et à aggraver.

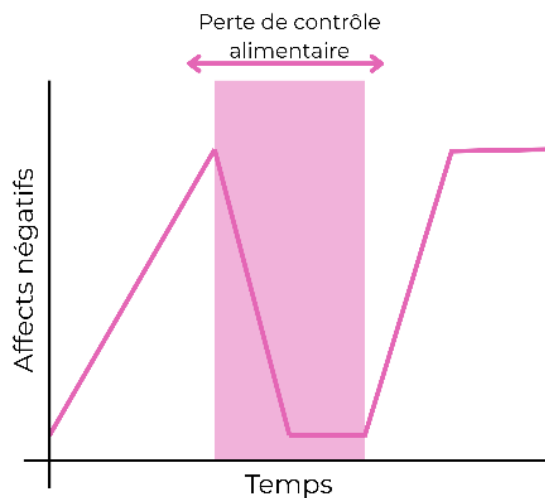
Le lien entre affect négatif et ingestion alimentaire n'est cependant ni uniforme ni universel. Les données expérimentales sont hétérogènes : chez les mangeurs restreints, certaines études rapportent une augmentation de la consommation en contexte d'affect négatif (Heatherton et al., 1991), tandis que d'autres ne retrouvent pas cet effet (Chua et al., 2004; Lowe & Maycock, 1988), suggérant que la restriction cognitive ne constitue pas une condition suffisante. Chez les individus non restreints, les émotions négatives ont été associées tantôt à une augmentation de l'ingestion, tantôt à une diminution ou à l'absence d'effet (Kenardy et al., 2003; Ruderman, 1985). Macht (2008) quant à lui, indique qu'en population générale, environ 40 % des études expérimentales montrent une augmentation de l'ingestion après induction d'affect négatif chez des sujets non restreints. Ces données plaident pour une lecture nuancée intégrant des variables modératrices telles que l'intolérance émotionnelle, l'impulsivité, la restriction cognitive, le type d'émotion induite et le contexte interpersonnel. Dans une perspective transdiagnostique, l'accès hyperphagique ne peut donc être réduit à une réponse automatique à l'affect négatif : il doit être compris comme une stratégie régulatoire dont l'activation dépend de configurations de vulnérabilité spécifiques.

La valence émotionnelle n'épuise pas non plus la complexité du phénomène. Si certaines études suggèrent qu'une induction d'humeur positive peut réduire les accès hyperphagiques dans la boulimie ou le BED (Cardi et al., 2019) et que les émotions positives pourraient exercer un effet régulateur salutogène (Arend et al., 2024), d'autres travaux montrent que la joie peut également accroître l'alimentation hédonique (Macht, 1999). Ces résultats convergent vers l'idée que ce n'est pas la nature intrinsèque d'une émotion qui détermine le comportement alimentaire, mais la capacité à mobiliser des stratégies régulatrices flexibles et adaptées au contexte (Kashdan, 2010). L'alimentation devient alors « émotionnellement instrumentale » (Macht & Simons, 2000), mobilisée comme outil de modulation interne indépendamment de la valence de l'affect déclencheur.

Les vulnérabilités développementales jouent un rôle structurant dans ces trajectoires. Une réactivité émotionnelle élevée, définie comme une sensibilité accrue à l'intensité et à la persistance des émotions (Nock et al., 2008), est associée au développement d'attitudes alimentaires désordonnées à l'adolescence (Juarascio et al., 2016). Dans un contexte de vulnérabilité développementale, cette réactivité peut favoriser l'apprentissage précoce de l'accès hyperphagique comme stratégie de régulation, un apprentissage progressivement rigidifié par renforcement négatif. L'exposition aux adversités infantiles est par ailleurs associée à des altérations du fonctionnement socio-émotionnel qui prédisposent aux conduites hyperphagiques (Meneguzzo et al., 2025), soulignant que les trajectoires hyperphagiques s'inscrivent fréquemment dans des configurations développementales marquées par l'histoire traumatique. Ainsi, à l'instar de la restriction, l'accès hyperphagique peut être conceptualisé comme l'expression d'un système régulateur rigidifié dans lequel les comportements alimentaires sont devenus la stratégie dominante de gestion d'une détresse émotionnelle chronique. Ces deux modalités partagent les mêmes caractéristiques structurelles : efficacité immédiate à court terme, coûts différés importants, autorenforcement par renforcement négatif et perte progressive de flexibilité régulatrice. Cette convergence fonctionnelle sous des phénotypes comportementaux opposés constitue l'un des arguments empiriques les plus solides en faveur d'une approche transdiagnostique des TCA, et fonde directement la pertinence des études empiriques présentées dans les chapitres suivants.

Figure 23.

Synthèse des modèles affectifs de la perte de contrôle alimentaire (Hohlstain et al., 1998; Kenardy et al., 1996; Mikhail, 2021; Ruderman, 1985)



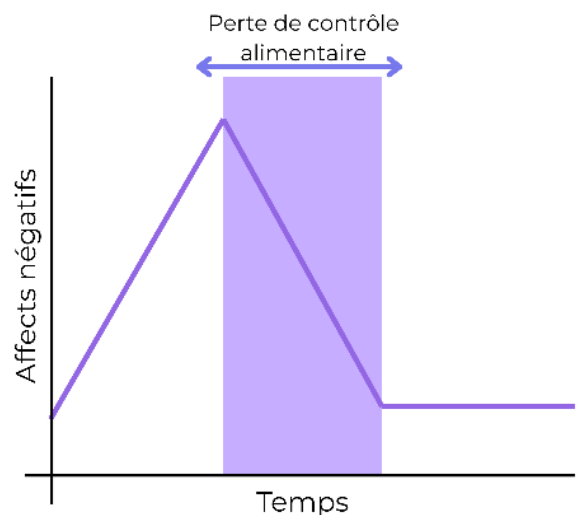
Modèle de la théorie de l'évasion (Heatherton & Baumeister, 1991)

La théorie de l'évasion suggère que la perte de contrôle alimentaire sert de distraction pour échapper non seulement aux affects négatifs généraux, mais plus spécifiquement à une conscience de soi douloureuse ou à des attributions négatives envers soi-même. Cette théorie prédit que les affects négatifs augmentent avant l'épisode et le déclenchent. Cependant, elle s'en différencie en affirmant que les émotions négatives ne diminuent que pendant la durée de l'épisode alimentaire. Une fois la crise terminée et la conscience de soi rétablie, les affects négatifs remontent à leur niveau antérieur.

Modèle standard de régulation des affects (Haedt-Matt & Keel, 2011)

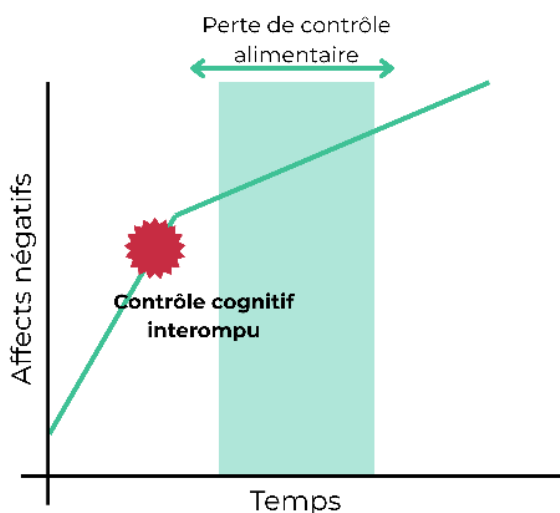
Ce modèle de base postule que la perte de contrôle alimentaire est déclenchée par une augmentation des affects négatifs.

Le comportement d'hyperphagie est maintenu par un processus de renforcement négatif : l'individu mange parce que cet acte entraîne une diminution temporaire de ses affects négatifs après l'épisode de perte de contrôle. Ainsi, de manière opérationnelle, les émotions négatives atteignent leur paroxysme juste avant la crise et diminuent par la suite.



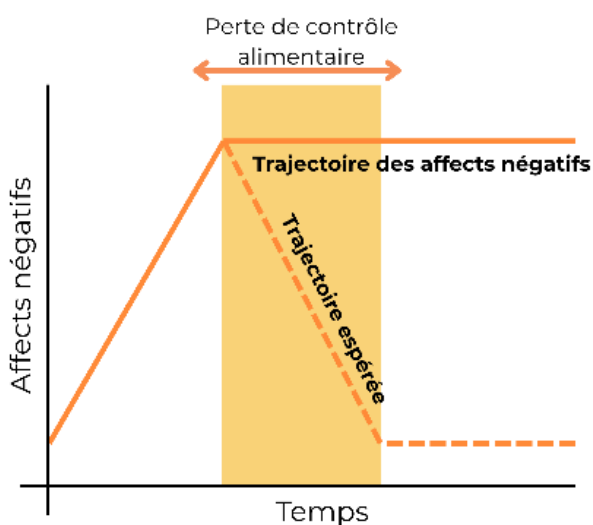
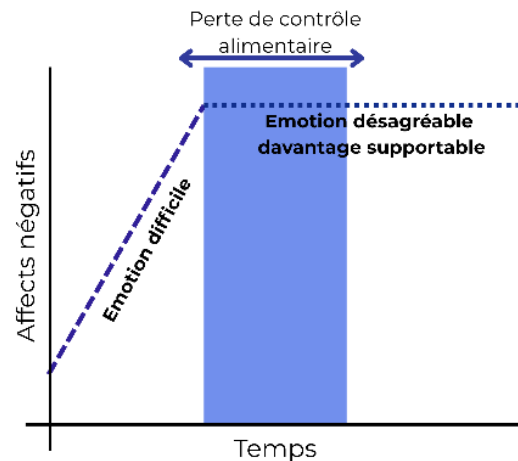
Modèle de la théorie de la restriction (Ruderman, 1986)

Plutôt que de voir l'alimentation comme un régulateur émotionnel direct, la théorie de la restriction propose que les affects négatifs perturbent temporairement le contrôle cognitif dont l'individu a besoin pour maintenir sa restriction alimentaire. Cette perturbation cognitive entraîne alors l'épisode de perte de contrôle. Dans ce contexte précis, la crise ne régule pas nécessairement les émotions, et les affects négatifs peuvent potentiellement continuer à augmenter de manière linéaire même après l'épisode.



Modèle de la théorie du compromis (Kenardy et al., 1996)

La théorie du compromis postule que la perte de contrôle alimentaire ne diminue pas nécessairement le niveau global de détresse, mais remplace plutôt une émotion désagréable hautement aversive (comme la colère) par une autre émotion désagréable plus facile à tolérer (comme la tristesse ou la culpabilité). Ainsi, l'intensité globale des affects négatifs peut rester inchangée après la crise, mais le type spécifique d'émotion ressentie subit une transition.



Modèle de la théorie de l'attente (Hohlstein et al., 1998)

Ce modèle émet l'hypothèse que ce sont les croyances de l'individu concernant les propriétés régulatrices de l'alimentation qui motivent la perte de contrôle, bien plus que les conséquences réelles de cet acte. Plus précisément, c'est l'attente ou l'anticipation qu'il se sentira mieux après avoir mangé qui pousse l'individu à utiliser l'alimentation pour soulager ses affects négatifs. Et ce, même si, en réalité, son humeur ne s'améliore pas du tout après l'épisode.

3. Comprendre les troubles alimentaires et désordres alimentaires : trauma et processus émotionnels en interaction

3.1. Nature des liens et interactions entre psychotraumatisme et processus émotionnels

Les chapitres précédents ont successivement montré que les troubles des conduites alimentaires s'inscrivent dans une structure transdiagnostique où la (dys)régulation émotionnelle, les expériences traumatiques et les phénomènes dissociatifs occupent une place déterminante. Sur le plan clinique, cette structure se présente rarement de façon isolée : un.e patient.e qui consulte pour des accès hyperphagiques rapporte fréquemment, dans le même temps, une histoire d'adversité précoce, des difficultés à identifier ou tolérer ses états émotionnels, et des expériences de déconnexion psychocorporelle associées aux épisodes alimentaires (Brewerton, 2007 ; Trottier & MacDonald, 2017). L'observation clinique intègre ce qui, dans la littérature scientifique, demeure largement compartimenté. Cette fragmentation n'est pas anecdotique. Elle opère à trois niveaux. Sur le plan disciplinaire, les travaux sur la régulation émotionnelle dans les TCA et les travaux sur le psychotraumatisme se sont développés dans des traditions de recherche distinctes, avec des auteurs, des revues et des cadres conceptuels qui se recoupent peu (Scharff et al., 2021; Wiss & Brewerton, 2020). Sur le plan méthodologique, les études ne retiennent que rarement l'ensemble des dimensions pertinentes : certaines mesurent l'exposition traumatique globale (par exemple via les *Adverse Childhood Experiences*), d'autres la symptomatologie post-traumatique globale, d'autres encore la dissociation, sans que ces trois niveaux soient examinés simultanément en relation avec les processus de régulation émotionnelle (Molendijk et al., 2017). Sur le plan théorique, plusieurs cadres explicatifs coexistent sans s'articuler explicitement comme par exemple le modèle de l'échappement de soi (Heatherton & Baumeister, 1991), le modèle de régulation de l'affect (Polivy & Herman, 1993), l'hypothèse d'auto-médication (Khantzian, 1997) ou encore les modèles développementaux-attachementaux (Tasca & Balfour, 2014). Chacun éclaire une facette du lien entre trauma, émotion et conduite alimentaire, mais aucun ne propose un modèle intégratif empiriquement validé à même de rendre compte de leur articulation conjointe.

Cette fragmentation pèse particulièrement sur la compréhension des accès hyperphagiques. Comparativement aux conduites restrictives, qui ont bénéficié de modélisations théoriques étendues (Fairburn et al., 2003), les accès hyperphagiques demeurent relativement sous-investigués sur le plan mécanistique (Bray et al., 2023; Grilo, 2024; Grilo & Pittman, 2024), alors même qu'ils constituent la conduite la plus explicitement associée à la fois aux antécédents traumatiques et aux difficultés de régulation émotionnelle (Haedt-Matt & Keel, 2011 ; Palmisano et al., 2018). L'hypothèse que l'accès hyperphagique puisse fonctionner comme une stratégie régulatoire face à une détresse d'origine traumatique et formulée de longue date sur un plan clinique (Briere & Scott, 2007), n'a pas fait l'objet d'une synthèse empirique systématique.

Cette lacune motive la revue systématique présentée dans la section suivante. Son objectif est triple : cartographier la nature des associations entre processus émotionnels et variables traumatiques dans l'explication des accès hyperphagiques ; expliciter les modèles conceptuels qui sous-tendent ces associations dans la littérature ; et dégager les implications cliniques qui en découlent. Cette revue constitue le pivot empirique de la thèse : elle clôt la partie théorique en documentant ce que la recherche a établi et ce qu'elle laisse encore ouvert, et elle fonde les choix de variables, de méthodes statistiques et d'hypothèses des études empiriques qui suivront (Études 3, 4 et 5).

3.2. Etude 2 : Emotional (dys)regulation and trauma-related mechanisms of binge eating: a systematic review

Les sections précédentes ont montré que la régulation émotionnelle constitue un mécanisme transdiagnostique central dans les troubles des conduites alimentaires (TCA), et que les expériences traumatiques précoces, leurs conséquences, sont fortement associées à leur sévérité et à leur chronicité. Les données suggèrent par ailleurs que les comportements de perte de contrôle alimentaire, en particulier les accès hyperphagiques, semblent plus étroitement liés aux variables traumatiques et aux symptômes post-traumatiques que les formes strictement restrictives. Malgré cette convergence théorique, la littérature demeure fragmentée. D'un côté, un corpus substantiel examine les difficultés de régulation émotionnelle dans les TCA ; de l'autre, un ensemble croissant d'études explore les liens entre traumatismes, adversité précoce et symptomatologie alimentaire. En revanche, peu de travaux analysent conjointement les mécanismes émotionnels et traumatiques dans l'explication spécifique des accès hyperphagiques. Par ailleurs, les études existantes sont hétérogènes quant aux échantillons, aux indicateurs traumatiques considérés (ACEs, TSPT, dissociation) et aux cadres théoriques mobilisés (coping, échappement, auto-médication, modèles développementaux, transdiagnostiques). Cette dispersion conceptuelle et méthodologique rend difficile l'identification des mécanismes centraux articulant trauma, dysrégulation émotionnelle et binge eating. Une clarification systématique s'avère donc nécessaire.

Dans cette perspective, cette seconde étude visait à réaliser une revue systématique des travaux examinant conjointement les mécanismes traumatiques et les processus de régulation émotionnelle dans l'explication de accès hyperphagiques. Le premier objectif était d'identifier et de décrire la nature des associations entre les processus émotionnels (difficultés de régulation, stratégies, compétences) et les facteurs liés au traumatisme (adversité précoce, symptômes de TSPT, dissociation) en lien avec les accès hyperphagiques. Le deuxième objectif consistait à analyser la manière dont ces associations sont conceptualisées dans la littérature, en examinant les modèles explicatifs proposés pour articuler trauma, régulation émotionnelle et accès hyperphagiques. Enfin, le troisième objectif était d'identifier les implications cliniques et les perspectives issues de ces travaux.

Cette seconde étude sert de fondation empirique à la suite de la thèse. Elle permet d'identifier précisément quels mécanismes émotionnels et traumatiques ont déjà été étudiés conjointement, lesquels restent insuffisamment explorés, et comment ils sont conceptualisés dans la littérature. Sur cette base, elle guidera le choix des variables, des modèles statistiques et des hypothèses des études suivantes. Ce travail a d'abord fait l'objet d'une communication scientifique sous forme de poster, présenté lors du 13ème congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA) à Toulouse en juillet 2025. La figure de la page suivante présente ce poster. Ce travail a ensuite donné lieu à la rédaction d'un article en préparation pour publication dans une revue à comité de lecture. Le manuscrit est présenté dans son intégralité dans la section suivante.

(Dys)régulation émotionnelle et facteurs liés au psychotraumatisme dans les accès hyperphagiques : une revue systématique PRISMA

Wilfried Symphor, Natalija Plasonja & Greg Décamps
Laboratoire de Psychologie EA 4139, Université de Bordeaux, France
Contact : wilfried.symphor@u-bordeaux.fr

Contexte

- L'accès hyperphagique (binge eating) : correspond à l'ingestion d'une quantité objectivement excessive d'aliments accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle. Ce comportement transdiagnostique survient dans l'anorexie mentale de type accès hyperphagique, la boulimie et l'hyperphagie boulimique^{1,2}.
- Les données disponibles indiquent que la **dysrégulation émotionnelle** (faibles compétences et stratégies inefficaces) prédit la **fréquence** et la **sévérité des épisodes**, surtout chez les personnes présentant une faible conscience émotionnelle^{3,4}.
- Les **expériences adverses précoces**, le **TSPT** (Trouble de Stress Post-Traumatique ; prévalence 9 à 24 % dans les troubles alimentaires) et la **dissociation** amplifient la **chronicité** et la **gravité du binge eating**^{5,6}.

Objectifs

- (1) Identifier et décrire la **nature des associations** conjointes entre **processus émotionnels** (difficultés, stratégies ou compétences) et **facteurs liés au traumatisme** (ACEs, PTSD, dissociation) rapportées dans les études portant sur le **binge-eating**.
- (2) Analyser les **cadres conceptuels** et **modèles explicatifs** mobilisés par les auteurs
- (3) Recenser les **implications cliniques** proposées.

Méthode

- **Revue systématique**, pré-enregistrée sur **PROSPERO** (CRD42024470939) et conduite selon les recommandations **PRISMA**⁷.
- Bases de données : **PubMed / PsycInfo / Scopus** (recherche par **mots-clés**.)
- Étaient **inclus** toutes les études observationnelles (transversales ou longitudinales), publiées en anglais ou français, examinant **simultanément le binge eating**, au moins **une variable de (dys)régulation émotionnelle** et au moins **un facteur traumatique** ; étaient **exclus** essais **pharmacologiques**, études **neurobiologiques** et **littérature grise**.
- Processus d'inclusion et de **sélection des articles en double aveugle (WS et NP)** => titres/résumés puis textes entiers.
- **Qualité des articles** : **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT, 2018)** appliqué indépendamment par WS & NP.

Résultats

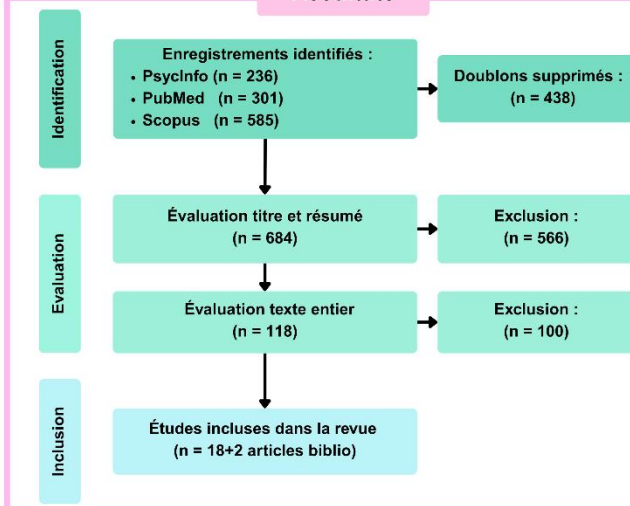


Figure 1. Diagramme de flux PRISMA pour la sélection des études éligibles

Conclusion

- Première revue systématique à croiser **dysrégulation émotionnelle** et **facteurs psychotraumatiques** dans le **binge eating**.
- **Traumatismes précoces** et **symptomatologie TSPT** altèrent la **régulation émotionnelle** ; cette dysrégulation alimente l'**évitement expérientiel** et la **dissociation**, qui à leur tour semblent renforcer la **fréquence** et la **chronicisation des accès hyperphagiques**.
- **Limites** : échantillons **hétérogènes** et mesures **disparates**.
- Les **modèles d'« escape »** et d'« **évitement expérientiel** » méritent d'être étudiés au regard du **binge eating** pour mieux comprendre la fonction régulatrice de ces comportements.

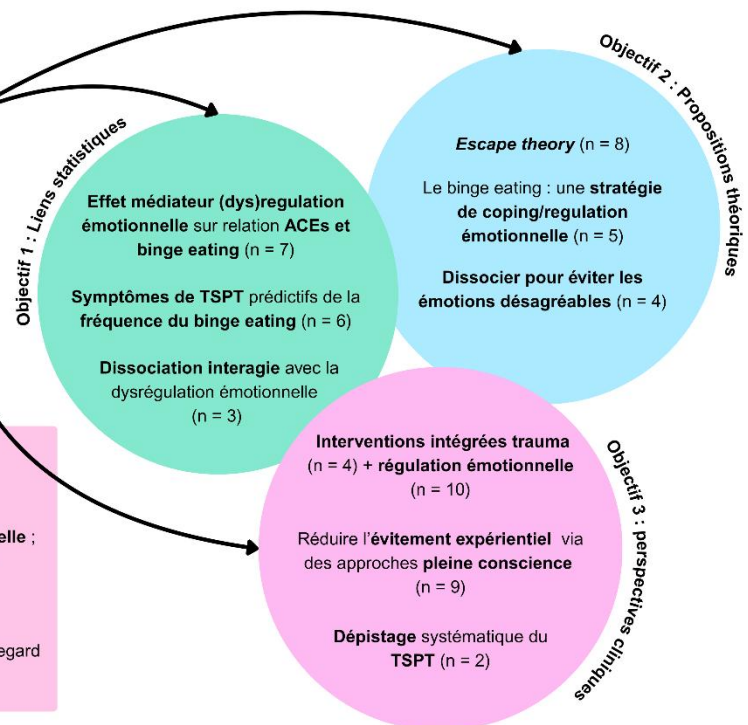


Figure 2. Synthèse des résultats

Note. "n=" correspond au nombre d'étude soulignant le résultat ;
ACEs = Adverse(s) Childhood Experiences ; TSPT = Trouble de Stress Post Traumatique

Références



Emotional (dys)regulation and trauma-related mechanisms of binge eating: a systematic review

Wilfried Symphor¹, Natalija Plasonja¹ & Greg Decamps¹

¹ UR 4139 Laboratoire de Psychologie, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

Abstract

Introduction: Many studies examine binge eating (BE) in relation to emotional and trauma-related factors, but these domains are typically investigated separately. Although both emotion-regulation (ER) difficulties and trauma exposure are associated with BE, the field still lacks an integrated account of their joint influence.

Objective: This systematic review aimed to (1) map how emotional processes and trauma-related factors (e.i., childhood adversity, post-traumatic stress disorder (PTSD), dissociation) jointly relate to BE, (2) synthesise explanatory models, and (3) summarise clinical implications.

Method: Twenty studies were included through systematic searches in PubMed, PsycArticles, PsycInfo, Psychology and Behavioral Sciences Collection, and Scopus (up to September 1, 2023). Eligible studies examined both emotional and trauma-related variables in relation to BE. Analyses followed PRISMA guidelines and PICOTS criteria.

Results: Childhood adversity, PTSD symptoms, and dissociation were consistently associated with greater BE severity. Maladaptive ER strategies recurrently emerged as linking mechanisms. Theoretical interpretations clustered around four models: developmental-attachment, transdiagnostic-cognitive, escape/avoidance, and affect regulation. Clinical recommendations emphasised systematic PTSD screening, trauma-informed care, and third-wave interventions targeting ER and avoidance.

Conclusion: Emotion dysregulation, PTSD symptoms, and dissociation appear as interrelated and potentially transdiagnostic correlates of BE. Replication in longitudinal and multivariate frameworks is warranted. Randomised trials are needed to test whether trauma-informed, ER-focused interventions can mitigate this risk pathway and improve outcomes.

Keywords: Binge eating, emotion (dys)regulation, psychological trauma, dissociation, eating disorders

Introduction

Binge eating, defined as the consumption of an objectively large amount of food within a limited time accompanied by a subjective sense of loss of control (American Psychiatric Association, 2013), is a disordered eating behaviour observed across the primary diagnostic categories of eating disorders (Mourilhe et al., 2021). Recognized as a transdiagnostic symptom, binge eating occurs across the entire body mass index (BMI) spectrum, from underweight to obesity, highlighting its diagnostic and clinical heterogeneity. Despite its significance, research specifically addressing binge eating in the context of anorexia nervosa remains limited (Elran-Barak et al., 2015). More broadly, investigations into the underlying mechanisms of binge eating across diagnostic categories remain underdeveloped compared to the extensive literature on restrictive symptomatology (Bray et al., 2023; Grilo, 2024). While emotion regulation difficulties have been extensively studied in anorexia nervosa and bulimia nervosa, particularly in relation to maladaptive strategies such as suppression, rumination, and avoidance (Prefit et al., 2019), fewer studies have provided a structured assessment of these regulatory processes in relation to binge-eating behaviour. Although some evidence does exist, this imbalance contributes to a lack of conceptual clarity regarding the specific emotion regulation competencies and strategic patterns most relevant to the emergence and persistence of binge eating across diagnostic categories (A. Dingemans et al., 2017). This gap underscores the need to move beyond general associations with negative affect and to better characterise the regulation dynamics specifically surrounding binge-eating episodes, irrespective of formal diagnosis.

Emotional dysregulation appears to be a central correlate of binge-eating behaviours. Meta-analytic evidence shows heightened emotional reactivity in individuals who engage in binge eating, and this reactivity is associated with greater eating symptom severity (Smith et al., 2017; De Sampaio et al., 2015). Within this affective context, the impulsivity facet known as negative urgency (propensity to act rashly when experiencing unpleasant affect) has been linked to binge episodes (N. R. Kelly et al., 2014; Manjrekar et al., 2015). Manjrekar and colleagues further demonstrate that low emotional awareness moderates this effect, suggesting a statistically significant interaction between dysregulated affect and impulsive tendencies in the emergence and maintenance of binge eating. Unpleasant affect is also a proximal antecedent of binge episodes: the meta-analysis by Haedt-Matt and Keel (2011) confirms that spikes in emotional distress reliably precede binge eating episodes. In line with this, transdiagnostic emotion-regulation models, maladaptive strategies such as rumination and experiential avoidance predict increased binge-eating frequency (A. Dingemans et al., 2017; Evers et al., 2010). Binge eating is therefore hypothesised to function as a compensatory behaviour aimed at dampening aversive affect and re-establishing emotional neutrality (Svaldi et al., 2019).

Supporting this hypothesis, Della Longa and De Young (2018) showed that experiential avoidance predicts binge-eating severity through learned expectancies that eating will regulate negative emotions.

Collectively, these findings position ER processes and heightened emotional reactivity as proximal mechanisms that may convey broader distal vulnerabilities.

Within this vulnerability framework, converging evidence links adverse childhood experiences (ACEs) and post-traumatic stress symptoms with eating-disorder psychopathology, including BE (Armour et al., 2016; Guillaume et al., 2016; Mitchell et al., 2021; Palmisano et al., 2018), and these exposures have been proposed to contribute to the onset and maintenance of BE (Quilliot et al., 2019). In ED services, PTSD comorbidity seems to range from 9% to 24%, depending on sampling and assessment (Rijkers et al., 2019). Among trauma subtypes, emotional neglect and abuse appear particularly implicated in symptom severity and psychiatric comorbidities (Caslini, Bartoli, Crocamo, Dakanalis Αντώνιος Ντακανάλης, et al., 2016; Molendijk et al., 2017; Pignatelli et al., 2016), especially in individuals with obesity and binge eating (Belli et al., 2019). Dissociation often conceptualised as a defensive response or consequence to trauma has emerged as a central mechanism linking childhood adversity and disordered eating and has been robustly associated with binge-eating severity (Engelberg et al., 2007; La Mela et al., 2010; Nilsson et al., 2020b). Notably, Belli et al. (2019) found that dissociation in individuals with obesity was not only predictive of binge eating, but also closely linked to childhood abuse, particularly of emotional and physical nature. This supports the hypothesis of binge eating functioning as a dissociative coping mechanism (Briere & Scott, 2007). While trauma exposure itself is a known risk factor, PTSD symptoms or diagnosis rather than exposure alone, may play a more decisive role in symptom maintenance and poorer recovery outcomes in eating disorders (T. D. Brewerton, 2007a; Convertino & Mendoza, 2023; Day, Hay, Tannous, et al., 2024; K. S. Mitchell et al., 2021a; Rijkers et al., 2019; Trottier & MacDonald, 2017).

At the same time, a growing body of evidence highlights the contribution of trauma-related mechanisms, including dissociation and PTSD symptoms, to eating pathology (T. Brewerton, 2008; Scharff et al., 2021). However, few studies have examined these mechanisms in relation to emotion regulation difficulties, which may mediate or amplify their impact on binge-eating behaviours. In this line, maladaptive emotion regulation strategies, particularly experiential avoidance, have been shown to mediate the relationship between PTSD and eating pathology (Mitchell & Wolf, 2016). Supporting this, Haedt-Matt and Keel's (2011) meta-analysis links binge eating to trauma-related factors and stress-induced mood fluctuations, while Leehr et al. (2015) suggest that binge eating may function as a regulatory strategy driven by avoidance and dissociative processes.

Despite these findings, the literature presents a fragmentation: associations between binge eating and emotional processes are typically explored separately from trauma-related factors.

Consequently, there is a lack of integration regarding how emotion regulation processes and trauma-related variables interact to maintain binge-eating behaviours, despite repeated calls for such synthesis (Palmisano et al., 2016, 2018; Wiss & Brewerton, 2020b). Moreover, many reviews remain diagnosis-specific (e.g., focusing solely on BED or BN), obscuring the transdiagnostic nature of the symptom.

The primary objective of this systematic review is to systematically identify and describe the nature of the associations between emotional processes (i.e., regulation difficulties, strategies, or competencies) and trauma-related factors (i.e., adverse childhood experiences, PTSD, dissociation) in relation to binge-eating behaviour, as reported in studies that have investigated these variables simultaneously. The second objective is to clarify how these associations are interpreted within the literature, by analysing the conceptual frameworks and explanatory models employed by the study authors. The third objective is to identify the clinical implications and perspectives proposed in these studies.

Methods

Data sources and search strategy

The review was guided by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendations (Page et al., 2021) as well as the guidelines for systematic reviews focused on observational studies (Mueller et al., 2018). The literature search was conducted from September 2023 and involved reviewing electronic databases and the bibliographic references of retrieved papers. A comprehensive literature search of English-language papers was conducted in September 2023, using the PubMed, PsycInfo, PsycARTICLE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, and Scopus databases. The present review was pre-registered with PROSPERO in January 2024 (CRD42024470939). The combination of search terms presented in Table 1 was used to query each database through title and abstract fields.

Table 1.

Combination of search terms used.

Categories of terms	Specific terms used
Terms related to binge eating episodes	"binge eating" OR "overeating" OR "hyperphagia" OR "loss of control eating" OR "compulsive eating"
AND	
Terms related to emotional (dys)regulation	"emotion*" OR "affect*" OR "emotion* regulation" OR "emotion* dysregulation" OR "regulation of emotion*" OR "emotion* regulatory" OR "affect* regulation" OR "mood regulation" OR "affect* dysregulation" OR "emotion* reactivity" OR "emotion generation" OR "acceptance" OR "awareness" OR "clarity" OR "avoidance" OR "rumination" OR "suppression" OR "coping" OR "impulsivity" OR "emotional arousal" OR "guilt" OR "sadness" OR "arousal" OR "self-regulation" OR "situation selection" OR "situation modification" OR "attention deployment" OR "cognitive change" OR "response modulation" OR "emotion focused coping" OR "hyper-reactivity" OR "hyperreactivity" OR "appraisal" OR "reappraisal" OR "emotional control" OR "emotion* belief"
AND	
Terms related to psychological trauma (dissociation, PTSD, adverse lived experiences)	"childhood trauma*" OR "childhood abus*" OR "early life trauma*" OR "adverse childhood experience*" OR "trauma*" OR "post traumatic stress disorder" OR "PTSD" OR "posttraumatic stress" OR "post traumatic stress" OR "post-traumatic stress" OR "dissociat*" OR "depersonalization" OR "derealization*" OR "abus"

Note. PTSD = Posttraumatic Stress Disorder

Inclusion and exclusion criteria (PICOTS)

The inclusion and exclusion criteria were defined according to the PICOTS criteria; see Table 2 for more information. The included studies had to focus on individuals exhibiting binge eating episodes, regardless of the population (general or clinical), specific diagnosis (anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder), or body mass index (ranging from severe undernutrition to morbid obesity). Research on other populations investigating the presence of binge eating episodes was also accepted. Only observational studies, whether cross-sectional or longitudinal, were included. Interventional studies involving medicinal or chemical therapies, as well as neurobiological observational studies, were excluded, while those examining the effects of psychotherapy were eligible. All studies, with or without comparison groups, were considered.

The variables of interest needed to focus on the links between binge eating episodes **AND** emotional (dys)regulation, **AND** dissociation and/or adverse childhood experiences and/or post-traumatic stress disorder (PTSD). Only studies in English or French, published in peer-reviewed scientific journals, were included. Books, book chapters, theses, and conference abstracts were excluded. No publication date limit was set.

Table 2.

Summary of PICOTS criteria and associated exclusion criteria.

PICOTS criteria	Définition	Exclusion criteria
Population	Individuals (adolescents or adults) exhibiting or at risk of exhibiting binge eating behaviors. General or clinical population (eating disorders, obesity...) regardless of age, sex, or ethnicity.	1. Study excluded if binge eating does not appear as a characteristic of the sample or if, regardless of the population, binge eating is not a variable investigated in the study.
Intervention	The objective of the systematic review is not to verify the efficacy of an intervention. Observational studies are included, or interventional studies focusing on the efficacy of a psychotherapy.	2. Study excluded if the research topic concerns a pharmacological or medical field testing the effect of a treatment.
Comparison	With or without a comparison group.	
Outcomes	Relationships between emotional processes and psychotrauma in the context of binge eating: - Emotional reactivity and/or regulation and/or emotional beliefs - Binge eating - Dissociation and/or adverse experiences and/or PTSD	3. Studies excluded if a variable related to emotional processes (regulation, reactivity, beliefs) does not appear in the results of the article. 4. Study excluded if a variable related to psychotrauma (adverse experiences, dissociation, traumatic symptomatology) appears neither in the results of the article nor in the characteristics of the participants (military, PTSD).
Temporality Study design	Published and peer-reviewed articles. Studies presenting a qualitative or quantitative method are included regardless of the design or type of analysis, with the exception of reviews.	5. Study excluded if the article is a review or a document other than a peer-reviewed article.
Settings	Studies written in English or French No publication date restrictions	6. Study excluded if the report is written in a language other than English or French. 7. Study excluded if not peer-reviewed or not published.

Note. PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder; Eating disorders (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating disorder)

Study selection and data extraction

The selection strategy followed the recommendations of the PRISMA framework combined with the method proposed by Mateo (2020) to ensure standardization of the article selection process. Two software programs were used: Zotero for importing and managing references, and Excel for recording decisions related to the different stages of the PRISMA method (Mateo, 2020). All titles, abstracts, and then full texts of the articles were screened independently by Wilfried Symphor (WS) and Natalija Plasonjia (NP) to verify their eligibility. Disagreements were resolved by a third author Greg Décamps (GD) if necessary. Data from the included articles were extracted by WS in a table and included (1) study design; (2) sample characteristics (number of participants, mean age, percentage of women); (3) methods and tools used for data collection for each category of variable; (4) the main findings regarding the relationships between variables; (5) the explanatory mechanisms proposed by the authors; and (6) any clinical and research perspectives. Subsequently, the second author (NP) reviewed the elements reported in the table in order to validate the data.

Quality assessment

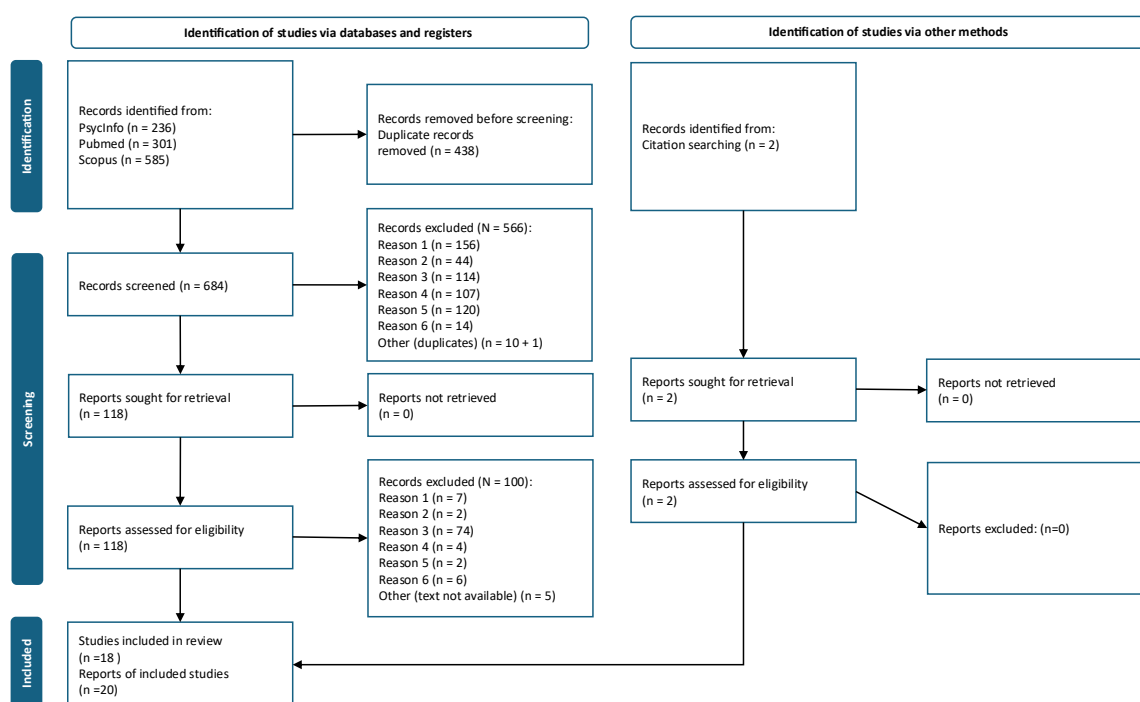
The methodological quality of the included studies was independently evaluated by the first (WS) and second author (NP) using the 2018 version of the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018). Initially developed by Pluye et al. (2009), the tool was revised in 2011 (Pace et al., 2012) and updated in 2018 based on a comprehensive literature review, user interviews, and an e-Delphi study with international experts (Hong et al., 2018). The MMAT assesses the methodological quality of five study categories: qualitative research, randomized controlled trials, non-randomized studies, quantitative descriptive studies, and mixed methods. The “Can't tell” option is used when the paper lacks sufficient or clear information to answer “Yes” or “No” to a criterion. Calculating an overall score from the criteria is discouraged. The tool applies specific sets of five criteria to each study design.

Results

The results of the article selection process are detailed in Figure 26. The initial database search identified 1,122 articles, with additional 2 articles identified through other sources. After removing duplicates, 684 articles were retained. Following title and abstract screening, 118 articles remained. Among these, after full-text review, a total of 20 articles were ultimately included.

Figure 25.

PRISMA flow diagram for the selection of eligible studies.



Source: Page et al. (2021);372:n71. BMJ doi: 10.1136/bmj.n71.

Figure 26 :
Synthèses des différentes études

Authors (Year) and Country	Sample characteristics (age, %women)	BMI	Design and analysis	Measures			Key findings	Explanatory mechanisms	Research perspectives
				Binge eating or Overeating	Emotion dysregulation	Trauma (PTSD or ACEs or Dissociation)			
1 Akkermann et al. (2012) Estonia	Participants from two waves: 1st wave: 261 girls, Mean age = 14.8 2nd wave: 251 girls, Mean age = 17.8	NA	Prospective study Analysis of variance	Self-reported questionnaire Tendency to engage in binge eating (EDI-2 bulimia subscale) at age 18	Blood analysis then genotyping Presence or absence of the s-allele	Self-reported questionnaire Adverse Life Events at age 15, including 30 negative experiences (Yes or No response)	The 5-HTTLPR moderated the impact of adverse life events on binge eating. At age 18, s-allele carriers with frequent adverse events at age 15 had higher EDI-2 Bulimia scores, especially for those who experienced sexual abuse.	Childhood abuse may lead to long-lasting sensitivities in the 5-HT system, increasing susceptibility to serotonergic dysregulation following stress. Individuals with low 5-HT activity are hypersensitive to stimuli, leading to emotional lability and impulsive behavior (Depue & Collins ; 1999). Activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in response to chronic stress can increase the prolonged actions of glucocorticoids in appetite centers, leading to binge eating (Kyrou et al., 2006).	The findings should be validated with larger samples and use objective measures of environmental adversity for greater accuracy.
2 Burns et al. (2012) United States	Psychology university students N = 1254 women Age = between 18 and 22 years old (M = 18)	NA	Cross-sectional study Structural Equation Modeling	Self-reported questionnaire Global score of eating disorders symptomatology and frequency of binge eating episodes (EDE-Q)	Self-reported questionnaire Global score of emotion dysregulation (DERS)	Self-reported questionnaire Type of adverses childhood experiences (CTQ)	Emotional abuse significantly impacts emotion dysregulation and eating disorder symptoms, with emotion dysregulation mediating (indirect effect) this relationship.	Emotional abuse can lower self-esteem, leading to weight and shape concerns. These concerns may trigger restrictive eating and dieting, which can result in binge eating and purging, as described in the cognitive behavioral model of bulimia (Fairburn et al., 1993)	Further research is needed to investigate these links in the development of eating disorder behaviors in childhood abuse context, notably longitudinal studies Trauma interventions that enhance adaptive emotion regulation strategies for child maltreatment survivors, especially those with emotional abuse histories, may help prevent the development of ED symptoms.
3 Dawson et al. (2022) Australia	N = 461 76.8% women Age = between 18 and 80 years old (M=41.42)	NA	Cross-sectional study Hierarchical regression Mediation analysis	Self-reported questionnaire Uncontrolled eating (TFEQ-R21)	Self-reported questionnaire Thought suppression (TSI -R) Cognitive reappraisal and expressive suppression (ERQ)	Self-reported questionnaire Type and severity of experienced maltreatment (CTQ-SF)	Indirect effect of cognitive reappraisal on the relationship between emotional neglect and loss of control over eating. No other indirect effects were observed with other forms of childhood maltreatment. Indirect effect of intrusive thoughts on the relationship between four types of maltreatment (physical neglect, physical abuse, emotional abuse, sexual abuse) and loss of control over eating. No indirect effect was found for thought suppression.	Children raised in volatile, stressful environments may develop passivity and an attentional bias toward uncontrollable threats, with hypervigilance serving as a short-term self-preservation mechanism (Conway et al., 2004). These deficits increase the risk of developing disordered eating behaviors. Trauma-exposed children, especially those experiencing emotional neglect or abuse, are less likely to develop adaptive emotion regulation strategies, such as cognitive reappraisal or effective thought suppression, which rely on top-down processes and similar neural networks.	Future research should explore if a broader range of emotion regulation strategies mediate the relationship between childhood maltreatment and disordered eating. Future studies should use implicit measures of emotion regulation to minimize response bias. Enhancing targeted interventions to mitigate the negative effects of maltreatment in adults is crucial.

Authors (Year) and Country	Sample characteristics (age, %women)	BMI	Design and analysis	Measures			Key findings	Explanatory mechanisms	Research perspectives
				Binge eating or Overeating	Emotion dysregulation	Trauma (PTSD or ACEs or Dissociation)			
4 Echeverri-Alvarado et al. (2020) United States	N = 360 adults exposed to at least one traumatic event 50.6% women Age range: 19 to 85 years (M = 36.6)	M = 26.2 48% with a BMI over 25	Cross-sectional study Hierarchical regression Serial mediation analysis	Self-reported questionnaire Severity and presence of binge eating episodes (BES)	Self-reported questionnaire Emotional dysregulation (DERS)	Self-reported questionnaire Severity of post-traumatic stress disorder (PCL-5) Self-reported questionnaire Childhood adverse experiences (LEC-5)	The serial mediation model demonstrated that the direct effect of PTSD symptoms on binge eating was no longer significant once the mediators (emotion regulation difficulties and emotional eating) were included in the model, indicating that the relationship between PTSD symptoms and binge eating is largely explained by these mechanisms.	Depression, due to its strong comorbidity with PTSD and its predictive role in disordered eating, may significantly impact the model. Binge eating is tied to emotion regulation difficulties, often as a means to escape negative emotions, particularly in trauma-exposed individuals (Escape theory). Emotion regulation challenges are central to the development and maintenance of eating disorders. Additionally, the severity of emotional eating is a critical factor in the occurrence of sub-threshold or clinically significant binge eating.	Research should further explore binge eating's development, and PTSD evaluations must include mental and physical health screenings. Psychoeducation is crucial for preventing trauma-related health issues. Clinicians should assess emotional and binge eating in PTSD patients and use emotion regulation strategies like DBT or mindfulness in treatment. Future studies should also objectively assess emotional changes around binge eating in trauma-exposed individuals.
5 Forbes et al. (2022) United States	Sample 1 : 349 university psychology students Age = 19.55 years old (SD = 3.60) 76.5% women Sample 2 : 443 community sample Age = 38.9 ans (SD = 12.06) 61.6% women	NA	Cross-sectional study Explonatory factor analysis (sample 1) Confirmatory factor analysis (sample 2)	Self-reported questionnaire Individuals' expectations regarding the perceived usefulness of self-destructive behaviors, including binge eating (BSBEQ) Presence of binge eating ask by : Times per (select one) day / week / month / year of binge eating.	Self-reported questionnaire Global score of emotion dysregulation (DERS) and global score of positive emotion dysregulation (DERS-P)	Self-reported questionnaire Severity of DSM-5 PTSD symptoms (PCL-5)	The BSBEQ scale includes two subscales related to emotion processing expectations: coping with emotional pain and positive emotion down-regulation. These subscales showed particularly strong correlations with the DERS and DERS-P scales during convergent validity testing. Expectations for emotional coping were especially high among individuals with PTSD symptoms, regardless of the specific type of self-destructive behavior.	NA	Future research should explore how the expectancies measured by the BSBEQ, especially those related to coping with emotional pain, are linked to other self-damaging behaviors like suicidal behavior, risky sexual behavior, and substance use. This measure could helps clinicians understand expectancies driving body-focused self-damaging behaviors, aiding in personalized treatment plans. It also supports research on the links between expectancies and behaviors, informing interventions for co-occurring self-damaging behaviors.
6 Harrington et al. (2010) United States	N=179 women from african culture Age range: 17 to 63 years (M = 29.6)	M=28 SD=7.4	Cross-sectional study Structural Equation Modeling	Self-reported questionnaire Binge eating severity (BES)	Self-reported questionnaire Emotional inhibition (CECS) Emotional dysregulation (DERS)	Self-reported questionnaire Traumatic events and associated stress (LSC-R) Sexual abuse and associated stress (SES)	Trauma exposure and distress shape how strongly the strong black woman ideology is internalized, which subsequently affects binge eating through its impact on emotion regulation and psychological eating. Difficulties in emotion regulation and using eating to address psychological needs are key pathways through which the strong black woman ideology influences binge eating in African American trauma survivors.	African American women who strongly internalize the strong black woman ideology may use binge eating as a coping strategy for negative emotions and trauma-related distress. The strong black woman ideology, which emphasizes strength, resilience, and overcoming difficulties without showing vulnerability, may lead to emotional inhibition and difficulties in emotion regulation. This emotional repression can increase the likelihood of eating for psychological reasons, leading to binge eating. This process is similar to how perfectionism can increase the risk of developing eating disorders.	Cognitive restructuring can help balance cultural ideology image, preserving its positive aspects while mitigating negative effects. Emotion regulation difficulties can be addressed through mindfulness and skills-based therapies. Additionally, treating trauma-related distress with evidence-based approaches may help manage binge eating linked to trauma. Further research is needed to explore the connections between trauma, PTSD, and binge eating in African American women.

Authors (Year) and Country	Sample characteristics (age, %women)	BMI	Design and analysis	Measures			Key findings	Explanatory mechanisms	Research perspectives
				Binge eating or Overeating	Emotion dysregulation	Trauma (PTSD or ACEs or Dissociation)			
7 Jacques-Tiura et al. (2021) United States	N=313 college student women from online survey Age range: 18 to 25 years (M = 21.52)	.	Cross-sectional study Path analyses	Self-reported questionnaire Loss of Control over Eating Scale (LOCES)	Self-reported questionnaire Emotional dysregulation (DERS)	Self-reported questionnaire Sexual victimization experiences endured since the age of 14 (SES) Victimization through intimate partner violence (CADRI)	Intimate partner violence and sexual violence increase levels of emotional dysregulation and impulsivity in victims. These emotional and impulsive difficulties, in turn, raise the likelihood of loss of control during eating, a behavior strongly linked to food addiction symptoms. There are also direct effects, where sexual violence directly leads to loss of control over eating, and emotional dysregulation directly contributes to food addiction.	Women cope with dysregulated emotions and impulsive behaviors by engaging in loss-of-control eating (Self-medication model). Over time, this cycle exacerbates symptoms of food addiction, illustrating how trauma-related emotional challenges can lead to addictive eating behaviors.	Clinicians should recognize the wide-ranging effects of victimization and commit to trauma-informed care. Future research should focus on interventions targeting emotion regulation, impulsivity, and executive functioning. Developing effective treatments and prevention programs to improve emotion regulation, manage impulsive actions, and reduce loss-of-control eating and food addiction symptoms is essential.
8 Kadriu et al. (2022) Kosovo, Berligum and Netherlands	N = 85 patients receiving treatment for eating disorders including 28 with anorexia nervosa (AN), 34 with bulimia nervosa (BN) and 19 with binge eating disorder (BED) (M age = 25.14, SD = 7.35), 94.1% female	AN (M =18.99, SD = 2.64) BN (M =25.73, SD = 4.65) BED (M = 28.87, SD = 7.78)	Cross-sectional study Analysis of variance (ANOVA, ANCOVA)	Participants characteristics Type of diagnosis (binge eating/purging subtype)	Self-reported questionnaire Content and characteristics of intrusive mental images and related vividness and emotional valence (SIQ) Autobiographical memories associated with intrusive images and related sensory experience and emotional tone (EMQ)	Self-reported questionnaire State dissociation associated with intrusive image (DSS) Severity of post-traumatic stress symptoms (PSS-SR)	Intrusive images are common and experienced by all eating disorder (ED) subgroups, including AN, BN, and BED. These images are characterized by high levels of vividness, anxiety, and negative valence. Patients with BN reported higher levels of state dissociation associated with these intrusive images compared to those with AN, but the differences were not significant after controlling for PTSD and ED severity. Only PTSD severity predicted state dissociation related to intrusive images.	Intrusive images centered on body shape, weight, and negative self-perception are consistent across all eating disorder (ED) subgroups, supporting the transdiagnostic theory of EDs. This theory posits that the overvaluation of body shape and weight is a central, unifying characteristic across different ED diagnoses. The vivid, anxiety-inducing nature of these images, particularly in patients with severe EDs, underscores their role as a transdiagnostic feature, influencing the pathology regardless of the specific ED subtype.	Future studies should utilize experimental designs or ecological momentary assessments to accurately measure intrusive images and also investigate verbal thoughts. There is a critical need for interventions that specifically target intrusive images and early memories in eating disorders. Techniques such as imagery rescripting or schema therapy could be particularly effective.
9 Kingston et al. (2010) United Kingdom	N = 290 participants from past or current psychological care (M age = 26) 86% female	NA	Cross-sectional study Structural Equation Modeling	Self-reported questionnaire Assessment of deliberate self-harm behaviors, including binge eating (CMPB)	Self-reported questionnaire Experiential avoidance (AAQ) Tendency to experience and suppress unpleasant thoughts (WBSI)	Self-reported questionnaire Measure of experienced maltreatment (CTQ-SF)	Experiential avoidance fully mediates the relationship between intense negative emotions and childhood trauma, and the development of problematic behaviors. This suggests that individuals may engage in maladaptive behaviors, such as binge eating, primarily to avoid or suppress negative emotions resulting from trauma, with experiential avoidance serving as the key mechanism in this process.	Many problematic behaviors share a common function of experiential avoidance, as outlined in Hayes' ACT model. Experiential avoidance involves avoiding, escaping, or altering unwanted private events (e.g., thoughts, feelings, memories) and the contexts that trigger them. While this strategy aims to reduce discomfort, it often leads to long-term psychological distress and perpetuates problematic behaviors by preventing proper processing and integration of these experiences.	Psychological treatment should manage experiential avoidance across all behavior patterns, especially in complex and treatment-resistant behavioral disorders. Techniques such as mindfulness and ACT (Acceptance and Commitment Therapy) are recommended to effectively manage this core issue.

	Authors (Year) and Country	Sample characteristics (age, %women)	BMI	Design and analysis	Measures			Key findings	Explanatory mechanisms	Research perspectives
					Binge eating or Overeating	Emotion dysregulation	Trauma (PTSD or ACEs or Dissociation)			
10	Lanfredi et al. (2021) Italy	<i>N</i> = 179 adolescent students presenting with non-suicidal self-injury, 38% of whom report binge eating behaviors (<i>N</i> = 68). (<i>M</i> age = 17.9, <i>SD</i> = 1) 82% female	<i>NA</i>	Cross-sectional study Clustering analysis (MCA) Analysis of variance Logistic regression Mediation analysis	Self-reported questionnaire Presence of binge eating episodes : dichotomous questionnaire (yes/no)	Self-reported questionnaire Emotional dysregulation (DERS) Emotion Regulation Strategies (cognitive reappraisal and expressive suppression) (ERQ)	Self-reported questionnaire Total score of experienced maltreatment (CTQ-SF)	MCA identified three student profile: no maladaptive behaviors (16%), NSSI and binge eating (49%), and other maladaptive behaviors (35%). The NSSI-BE group showed higher emotional dysregulation, impulsivity, depressive and anxiety symptoms, and childhood maltreatment. Emotional dysregulation and depressive symptoms were the strongest predictors of belonging to the NSSI-BE group.	The connection between self-injury and binge eating suggests these behaviors serve as emotion regulation strategies. Borderline personality traits may underlie the binge eating and self-injury profile. Trauma exposure can lead to interpersonal and attachment difficulties, hindering the development of effective emotion regulation skills, which increases the lifelong risk of psychiatric symptoms.	Explore the personality factors involved in problematic behaviors among adolescents. Acceptance-based emotion regulation group therapy and dialectical behavior therapy, along with psycho-educational early interventions, could be beneficial in potentially minimizing the risk of developing more severe forms of psychopathology.
11	Mason et al. (2017) United States	<i>N</i> = 133 women with a bulimia diagnosis 100% female Age range: 18 to 55 years (<i>M</i> = 25.3)	<i>M</i> =23.8 <i>SD</i> = 5.2	Longitudinal study (Ecological Momentary Intervention during 2 weeks) Multilevel modeling	Self-reported questionnaire Participants completing an assessment when a binge eating episode occurred. Participants were trained on the definition of a binge eating episode, which was described as consuming an excessive amount of food, either by their own judgment or that of others, accompanied by a loss of control or a compulsion to eat.	Self-reported questionnaire Negative affect was assessed using the PANAS (fear, loneliness, irritability, shame, disgust, nervousness, dissatisfaction with oneself, restlessness, sadness, distress, and anger with oneself) at fixed times (8:30 a.m., 11:10 a.m., 1:50 p.m., 4:30 p.m., 7:10 p.m., and 9:50 p.m.) and before/after the first binge eating episode of the day.	Self-reported questionnaire Dissociation was assessed using three items ("in contact with my true self," "confused as to who I am," and "disconnected from myself") at fixed times (8:30 a.m., 11:10 a.m., 1:50 p.m., 4:30 p.m., 7:10 p.m., and 9:50 p.m.) and before/after the first binge eating episode of the day.	Dissociation levels influence the trajectory of negative affect (NA) around binge eating. Higher dissociation before binge eating leads to a rapid increase in NA, while higher dissociation during binge eating results in a steeper decline in NA afterward. Episodes with higher-than-average dissociation show a pronounced rise and fall in NA, while those with lower than-average dissociation have more stable NA levels. Individuals with higher dissociation during binge eating experience a steeper decline in negative affect (NA) afterward, while those with lower dissociation have a more gradual decline in NA.	Impaired emotional regulation along with co-occurring dissociation and negative affect, significantly contribute to binge eating episodes. Dissociation, a transient cognitive mechanism, may trigger a loss of control over eating, yet it tends to dissipate post-episode, likely as physical discomfort redirects attention. The observed rapid decline in negative affect when dissociation is heightened suggests that dissociation may serve as a mechanism to evade emotional experiences by disrupting cognitive processing.	Conduct studies exploring the relationship between emotional distress and dissociation in binge eating. Investigate distinctions between loss of control during binge eating and aspects of dissociation. Further research is needed to differentiate loss of control from other dissociative experiences. Emphasize the importance of psychotherapeutic interventions that enhance adaptive emotion regulation and maintain self-awareness during emotional distress to prevent binge eating, including the use of mindfulness techniques.
12	O'Loughlen et al. (2023) Social media (Australia)	<i>N</i> = 882 participants self-reporting binge eating symptoms, including 18 with anorexia nervosa (AN), 160 with bulimia nervosa (BN), 260 with binge eating disorder (BED), and 434 with subclinical BED. 76.6% female Mean age = 28.52 years	<i>M</i> =30.85	Cross-sectional study Exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis and multiple linear regressions	Self-reported questionnaire Eating symptomatology (EDE-Q) Functions of binge eating (FBES)	Self-reported questionnaire Function of emotional regulation and expression of emotions (FBES)	Self-reported questionnaire Types of adverse experiences (ACE-Q) Function of dissociation (FBES)	Emotion regulation is the most frequently mentioned function by participants in both exploratory and confirmatory analyses. Adverse experiences, such as "mental illness in the household" and "physical neglect," respectively predict the "emotion regulation" function of the FBES. The "emotion expression" function is predicted by the "presence of mental illness in the household." The "dissociation" function is predicted by "emotional neglect."	Hedonic hunger (the desire for tasty foods) is linked to a milder form of binge eating and is more common in the general population than among those with eating disorders. Patients with binge eating disorder exhibit a higher number of functions related to binge eating behaviors.	Study FBES in bulimia nervosa to identify relevant functions. Explore food insecurity in BED as a contributing factor. Combine Trauma and Emotion-Focused Interventions to address binge eating linked to adverse experiences (DBT, mindfulness). Apply Trauma-Focused Therapies like CBT, schema therapy, and EMDR for eating disorders.

	Authors (Year) and Country	Sample characteristics (age, %women)	BMI	Design and analysis	Measures			Key findings	Explanatory mechanisms	Research perspectives
					Binge eating or Overeating	Emotion dysregulation	Trauma (PTSD or ACEs or Dissociation)			
13	Pak et al. (2021) United States	N = 478 undergraduates at a large public university 73.2% female Age range: 18 to 27 years (M = 19.05)	NA	Cross-sectional study Mixture modeling Analysis of variance (ANOVA)	Self-reported questionnaire Presence of binge eating episodes in the past month (EDE-Q) : - Objective binge eating episodes - Subjective binge eating episodes	Self-reported questionnaire Difficulties in Emotion Regulation (DERS) Positive/negative urgency (UPPS)	Self-reported questionnaire Total score of adverses childhood experiences (CTQ)	Class 1: Low levels of psychopathology, better emotion regulation, and fewer adverse childhood experiences. Class 2: Moderate levels of coping motives for non-suicidal self-injury, objective binge eating episodes, and non-suicidal self-injury. Class 3: High levels of coping motives for non-suicidal self-injury, subjective binge eating episodes, and non-suicidal self-injury. Comparison: Class 1 shows fewer difficulties in emotion regulation and less exposure to childhood trauma compared to Classes 2 and 3. There is no significant difference between Classes 2 and 3 in terms of emotion regulation difficulties and adverse childhood experiences. No difference between group about positive or negative urgency.	Eating disorder behaviors are associated with other forms of pathology in emerging adults. In particular, nonsuicidal self-injury (NSSI) and eating disorder symptoms appear to have a bidirectional relationship, where each can exacerbate the other. These behaviors are also linked to affect regulation functions, indicating that they are often used to manage or escape intense negative emotions.	Focus on both emotion dysregulation and beliefs about NSSI benefits in treatment. Clients who rely on NSSI as a primary coping strategy may find it effective short-term. Expanding coping strategies could reduce reliance on NSSI. Dialectical behavior therapy may address both NSSI and eating disorder symptoms simultaneously.
14	Pedrini et al. (2022) Italy	N = 153 adolescents predominantly high school students 71.16% female Age range : 14 to 18 years (M = 16.09)	NA	Prospective observational study Cluster analysis Multimodal logistic regression	Self-reported questionnaire Frequency and intensity of maladaptive behaviors, including binge eating (CIB)	Self-reported questionnaire Difficulties in Emotion Regulation subscales (DERS)	Self-reported questionnaire Total score of adverses childhood experiences (CTQ)	Adolescents with the highest pre-pandemic scores tended to show improvement post-pandemic, while those with lower initial scores often worsened. Although childhood trauma, family functioning, personality traits, and emotional regulation skills were linked to mental health symptoms, these factors did not influence the trajectory of psychological symptoms over time. Instead, maladaptive behaviors such as binge eating, self-harm, and binge drinking were the only variables consistently associated with changes in mental health status.	The increase in maladaptive behaviors from baseline to follow-up can be understood as an attempt by adolescents to manage heightened emotional activation and reduce emotional distress. This pattern highlights the crucial role of emotion regulation strategies; limited access to these adaptive strategies emerged as a significant risk factor for the rise in psychological stress observed after the pandemic.	Interventions aimed at strengthening adaptive emotional regulation can help reduce psychological stress and mitigate maladaptive behaviors, particularly in adolescents.
15	Racine et al. (2015) United States	N = 188 female participants with Anorexia Nervosa (AN) AN binge/purge subtype: n = 105 (55.9%) Mean age = 26.44 years (SD = 10.03)	M = 15.69 SD = 1.83	Cross-sectional study Correlations analysis Mediation and moderation analysis	Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID-I), Anorexia nervosa binge purge subtype	Self-reported questionnaire Difficulties in Emotion Regulation total score (DERS)	Self-reported questionnaire Type of adverses childhood experiences (CTQ-SF)	Emotion dysregulation mediated the relationship between childhood emotional abuse and anorexia nervosa symptoms, with no significant differences in the mediation effect across AN subtypes (as tested through moderation).	Growing up in an emotionally invalidating environment may be especially harmful, further exacerbating these issues. This suggests a model where childhood emotional abuse leads to emotion dysregulation, which in turn contributes to the development and maintenance of anorexia nervosa symptoms due to their role in regulating emotions.	Encourage a broader assessment of emotion regulation, including experimental paradigms and psychophysiological measures. Focus on individuals across the spectrum of Anorexia Nervosa (AN) severity. Consider that patients with a history of emotional abuse may benefit most from treatments targeting emotion regulation difficulties. Targeting emotion dysregulation in AN treatments could reduce the impact of perceived or experienced CEA.

	Authors (Year) and Country	Sample characteristics (age, %women)	BMI	Design and analysis	Measures			Key findings	Explanatory mechanisms	Research perspectives
					Binge eating or Overeating	Emotion dysregulation	Trauma (PTSD or ACEs or Dissociation)			
16	Sarin & Nolen-Hoeksema (2010) United States	N = 603 community participants 51.2% female Age range = 25 to 75 years	NA	Longitudinal study T-tests	Self-reported questionnaire Consumptive coping behaviors (in T3) (Adult Emotion-Focused Coping Measure)	Self-reported questionnaire Rumination (RSQ) (in T2)	Self-reported questionnaire Childhood sexual abuse (in T3) Participants were asked, “In your lifetime, has anyone ever tried to pressure or force you to have sexual contact? By sexual contact, I mean their touching your sexual parts, your touching their sexual parts, or sexual intercourse?” Participants who answered this question in the affirmative were then asked at what age.	Individuals with a history of childhood sexual abuse (CSA) reported significantly higher consumption of food, chocolate, coffee, and engagement in binge eating, as well as greater alcohol and drug use, compared to those without CSA histories. Additionally, those with CSA histories experienced significantly more distress and engaged in higher levels of rumination when distressed. The relationship between CSA histories and coping through consumption was partly mediated by increased levels of distress and rumination.	Childhood sexual abuse survivors often resort to maladaptive behaviors like binge eating as coping mechanisms for distress and rumination, which can lead to psychopathology. These behaviors are negatively reinforced by temporary emotional relief, increasing their recurrence. Rumination, involving self-critical thoughts, may drive "escapist" behaviors such as bingeing, purging, or alcohol use, which can eventually become automatic responses and contribute to clinically significant psychopathology.	Investigate the link between abuse and maladaptive consumptive behaviors using advanced, objective, and comprehensive methods. Focus on experimental and longitudinal designs with high-risk and clinical samples of abuse survivors. Study factors contributing to resilience in CSA survivors. Examine emotional functioning in CSA survivors who avoid adverse psychological outcomes. Explore mechanisms by which CSA leads to internalizing versus externalizing disorders. Analyze motivations for consumptive coping and fluctuating self-awareness through observational and experimental methods.
17	Scharff et al. (2021) United States	N = 699 female patients with eating disorders (TCA) 100% female Age range = 14 to 75 years (M = 25.27 ; SD = 10.89)	No Trauma group (M = 20.4) Trauma group (M = 22.9) PTSD group (M = 25.1)	Cross-sectional study Analysis of variance	Diagnostic Interview Type of eating disorder assessed through a clinical interview according to DSM-5 criteria	Self-Reported questionnaire Experiential Avoidance (BEAQ) Mindfulness (SMQ)	Pre-admission interviews conducted by trained social workers, covering topics such as emotional, physical, and sexual abuse. Semi-structured interviews administered by psychiatric practitioners to assess the presence of PTSD according to DSM-5 criteria	Binge-eating disorder was more common, and the AN-restricting subtype was less common in the trauma and PTSD groups compared to the no trauma group. Patients with any trauma history, including those with PTSD, showed higher eating disorder symptoms, greater severity of depressive and anxiety symptoms, higher experiential avoidance, and lower mindfulness than those without trauma history. Patients with current PTSD had even more severe eating disorder symptoms and lower mindfulness compared to those with a trauma history but without PTSD. While experiential avoidance was similar between the trauma and PTSD groups, it was less important in the no trauma group.	Among younger individuals, avoidance may aid in maintaining better psychological functioning when coping with trauma. These findings, supported by Elzy et al. (2013), indicate that avoidance following trauma could serve as a temporarily adaptive strategy.	Investigate the impact of trauma history and PTSD on the effectiveness of transdiagnostic ED treatments. Research outcomes for ED patients with trauma or PTSD receiving emotion-focused treatments, like the unified protocol, to determine if their specific needs are addressed. Assessing current PTSD symptoms in eating disorder (ED) patients is crucial. ED patients with a trauma history may need targeted interventions for emotional functioning. High experiential avoidance and low mindfulness may require additional therapeutic support.
18	Witte et al. (2018) United States	N = 898 undergraduate students 73.4% female Mean age = 18.84 (SD = 1.06)	N/A	Cross-sectional study Bivariate Correlations Linear Regression Logistic Regression	Self-reported questionnaire Binge eating frequency (EDDS)	Self-reported questionnaire Difficulties in Emotion Regulation subscales (DERS) One follow-up question was added to the EDDS to measure mental escape features : During the times when you ate an unusually large amount of food, did you experienced a period of mental escape, almost like you were numb or mentally absent, only to ‘wake up’ to realize how much you have eaten?	Self-reported questionnaire PTSD Symptom Scale (PSS)	PTSD symptoms were significant predictors of both binge eating frequency and the experience of mental escape during binge episodes, even after controlling for emotion regulation deficits and other established factors. Additionally, certain emotion regulation deficits (impulsivity and lack of emotional awareness) independently predicted binge behaviors, including the frequency of binge episodes and mental escape, regardless of weight or shape-related concerns and PTSD symptoms.	Binge eating is often used as a coping mechanism for trauma-related symptoms, particularly PTSD, as a way to escape overwhelming emotions aligning with the escape theory by Heatherston and Baumeister (1991). Impulse control deficits and lack of emotional awareness intensify this behavior, making binge eating a method to numb emotional pain and avoid distressing thoughts.	Future research should use more reliable and valid measures of mental escape during binge eating. Studies on trauma, dissociation, emotion regulation, and binge behaviors should focus on clinical populations with bulimia nervosa or binge eating disorder. Research should explore the link between sexual assault, dissociation, and binge eating in individuals with a history of sexual assault and eating disorders. Mindfulness therapy could benefit patients with trauma and eating disorders who experience high levels of dissociation.

	Authors (Year) and Country	Sample characteristics (age, %women)	BMI	Design and analysis	Measures			Key findings	Explanatory mechanisms	Research perspectives
					Binge eating or Overeating	Emotion dysregulation	Trauma (PTSD or ACEs or Dissociation)			
19	Wooldridge et al. (2021) United States	N = 89 U.S. military veterans with overweight/obesity 22.5% female Mean age = 55.97 (SD = 10.86)	M = 37.5 SD = 7.3	Cross-sectional study Bivariate correlations Hierarchical linear regression Mediation analysis	Self-reported questionnaire Severity of binge eating episodes (BES)	Self-reported questionnaire Experiential avoidance (AAQ-II)	Self-reported questionnaire Post-Traumatic Stress Disorder symptoms (PCL-C)	Increased PTSD symptoms were linked to more severe binge-eating symptoms and a lower quality of life related to obesity. While experiential avoidance mediated the connection between PTSD symptoms and obesity-related quality of life, it did not mediate the relationship between PTSD symptoms and binge-eating symptoms	PTSD symptoms can lead to a decline in quality of life by causing individuals to withdraw from valued activities. Experiential avoidance related to PTSD can worsen the impact of obesity on quality of life in veterans. Binge eating in military personnel may develop as an adaptive response to service demands, but it may also be driven by factors like impulsivity, which is linked to both PTSD and binge eating behaviors.	Longitudinal studies with larger samples are needed to clarify the relationships between PTSD symptoms, obesity-related factors, and experiential avoidance. Further development and testing of tailored interventions are necessary to address comorbid eating and trauma-related concerns. Third-wave psychotherapies, such as ACT, are promising for treating comorbid PTSD and obesity-related issues. Mindfulness and acceptance skills can help manage PTSD-related internal events and support adaptive weight management behaviors.
20	Zeidan et al. (2019) Lebanon	N = 806 adult participants 66.5 % female Mean age = 27.59 SD = 11.76	M = 24.35 SD = 5.28	Cross-sectional study Factor analysis Regression analyses Bivariate analyses	Self-reported questionnaire Severity of binge eating episodes (BES)	Self-reported questionnaire Tendency to regulate their emotions : Cognitive reappraisal and expressive suppression (ERQ)	Self-reported questionnaire Have you been insulted, have you been physically abused, have you been Sexually abused	A history of sexual abuse was linked to higher BES scores. Higher expressive suppression and cognitive reappraisal was associated with lower binge eating scores.	The cycle of binge eating/overeating reduces awareness of thoughts and emotions, serving as a way to escape negative emotions linked to trauma. People with Binge eating disorder often suppress and ruminate on their undesirable emotions, leading to increased psychopathological beliefs and symptoms.	Comprehensive treatments should target both the psychological triggers and the resulting effects of binge eating

Note. SPI = Schéma Prococes Inadaptés ; PTSD = Post Traumatic Stress Disorder ; ED = Eating Disorders . AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II ; ACE-Q = Adverse Childhood Experiences - Questionnaire ; BEAQ = Brief Experiential Avoidance Questionnaire ; BES = Binge Eating Scale ; BIS-11 = Barratt Impulsiveness Scale-11 ; BSBEQ = Body-focused Self-damaging Behavior Expectancies Questionnaire ; CADRI = Conflicts in Adolescent Dating Relationships Inventory ; CECS = Courtauld Emotional Control Scale ; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire ; CTQ-SF = Childhood Trauma Questionnaire-Short Form ; DEBQ = Dutch eating behavior questionnaire ; DERS = Difficulties in emotion regulation scale ; DSS = Dissociative State Subscale ; EDDS : Eating Disorder Diagnostic Scales ; EDE-Q = Eating Disorder Examination - Questionnaire ; EDI-2 = Eating Disorder Inventory ; EMQ = Early Memory Questionnaire ; EPSI = Eating Pathology Symptoms Inventory ; ERQ = Emotion Regulation Questionnaire ; EVE = French life Events Questionnaire ; FEBS = Functions of Binge Eating Scale ; LEC-5 = Modified life event checklist for DSM-5 ; LSC-R = Life Stressors Checklist-Revised ; MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview ; PCL-5 = PTSD checklist for DSM-5 ; PCL-C = PTSD Checklist-Civilian ; PID-5 = Personality Inventory for DSM-5 ; PNAS = Positive and Negative Affect Schedule ; PSS = PTSD Symptom Scale ; PSS-SR = PTSD Symptoms Scale-Self Report ; RSE : Rosenberg Self-Esteem scale ; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-IV ; SES = Sexual Experience Survey ; SF-36 = 36-Item Short Form Health ; SIQ = Spontaneous Images Questionnaire ; TFEQ-R211 = Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-item ; UPPS = Impulsivity Behaviour Scale. M = Mean ; SD= Standard Deviation ; BMI= Body Mass Index

	3. Quantitative non-randomized					4. Quantitative descriptive				
	3.1. Are the participants representative of the target population?	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	3.3. Are there complete outcome data?	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	4.2. Is the sample representative of the target population?	4.3. Are the measurements appropriate?	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?
Akkermann et al. (2012)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes					
Burns et al. (2012)						Yes	No	Yes	Yes	Yes
Dawson et al. (2022)	Yes	Yes	No	Yes	Yes					
Echeverri-Alvarado et al. (2020)						Yes	No	Yes	No	?
Forbes et al. (2022)						Yes	No	Yes	Yes	Yes
Harrington et al. (2010)						Yes	No	No	?	No
Jacques-Tiura et al. (2021)						No	No	No	?	?
Kadriu et al. (2022)	Yes	No	?	No	Yes					
Kingston et al. (2010)						No	No	Yes	Yes	?
Lanfredi et al. (2021)	No	No	Yes	No	Yes					
Mason et al. (2017)	No	Yes	?	No	Yes					
O’Loghlen et al. (2023)						Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Pak et al. (2021)	No	Yes	?	No	Yes					
Pedrini et al. (2022)	?	Yes	?	Yes	Yes					
Racine et al. (2015)						Yes	Yes	Yes	?	Yes
Sarin & Nolen-Hoeksema (2010)	Yes	Yes	yes	yes	Yes					
Scharff et al. (2021)	Yes	yes	Yes	Yes	Yes					
Witte et al. (2018)						No	No	Yes	?	Yes
Wooldridge et al. (2021)						Yes	No	Yes	Yes	Yes
Zeidan et al. (2019)						Yes	Yes	Yes	?	Yes

Note. ? = Cannot tell; MMAT=Mixed Methods Appraisal Tool

Characteristics of included studies

Design

The studies included in this review, all published in English between 2010 and 2023, span various countries, with the majority conducted in the United States ($n = 12$). Additional studies were based in Italy ($n = 2$), Australia ($n = 2$), Estonia ($n = 1$), the United Kingdom ($n = 1$), and Lebanon ($n = 1$), alongside a multicentre study conducted across Belgium, Kosovo, and the Netherlands ($n = 1$). Sample sizes ranged widely, from 85 participants, including patients receiving treatment for eating disorders (Kadriu et al., 2022), to 1,254 participants (Burns et al., 2012). Most studies employed a cross-sectional design ($n = 16$), while four followed a longitudinal approach. One of these (Mason et al., 2017) incorporated Ecological Momentary Assessment (EMA) for collecting daily life data. The studies primarily focused on adults ($n = 17$), while two examined adolescents and one included a mixed-age group.

Samples/populations

Six studies specifically investigated individuals with eating disorders. The screening procedure varied across investigations: three studies recruited patients from specialised eating-disorder clinics (Kadriu et al., 2022; Racine & Wildes, 2015; Scharff et al., 2021), two relied on online recruitment of individuals reporting a current or past eating disorder (Dawson et al., 2022; O’Loughlen et al., 2023), and one employed a mixed recruitment strategy combining online and clinic-based sampling (Mason et al., 2017). Most of the remaining studies drew on general-population samples, chiefly university students or, when minors were involved, adolescents recruited in educational settings (Akkermann et al., 2012; Burns et al., 2012; Forbes et al., 2022; Harrington et al., 2010; Jacques-Tiura et al., 2021; Lanfredi et al., 2021; Pak et al., 2021; Pedrini et al., 2022; Sarin & Nolen-Hoeksema, 2010; Witte et al., 2018; Zeidan et al., 2019). One study utilised a mixed sample (online and on-site recruitment) comprising individuals with reported psychological difficulties (Kingston et al., 2010). Finally, one investigation focused on military veterans (Wooldridge et al., 2021). With respect to gender, the study samples were primarily composed of women, who generally accounted for 75% of the participants. More precisely, seven studies included samples consisting exclusively of female participants (Akkermann et al., 2012; Burns et al., 2012; Harrington et al., 2010; Jacques-Tiura et al., 2021; Mason et al., 2017; Racine & Wildes, 2015; Scharff et al., 2021). Only Wooldridge et al. (2021) included a predominantly male sample, composed of 77.5% men and 22.5% women. Two studies had a balanced distribution between men and women, with approximately equal representation (Echeverri-Alvarado et al., 2020; Sarin & Nolen-Hoeksema, 2010). Further methodological details are presented in Table 3.

Quality rating

The quality appraisal conducted using the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018) highlighted a main limitation across studies: the lack of representativeness in the sample selection. Specifically, 11 studies lacked representative samples (Burns et al., 2012; Echeverri-Alvarado et al., 2020; Forbes et al., 2022; Harrington et al., 2010; Jacques-Tiura et al., 2021; Kingston et al., 2010; Lanfredi et al., 2021; Mason et al., 2017; Pak et al., 2021; Witte et al., 2018; J. S. Wooldridge et al., 2021). For more specific information the quality assessment results are summarized in Table 3.

Link between trauma related factors, emotion (dys)regulation and binge eating

Adverse experiences, emotion (dys)regulation, and binge eating

Thirteen studies explored the impact of Adverse Childhood Experiences (ACEs) on binge eating through the lens of emotional dysregulation (Akkermann et al., 2012; Burns et al., 2012; Dawson et al., 2022; Harrington et al., 2010; Jacques-Tiura et al., 2021; Kingston et al., 2010; Lanfredi et al., 2021; O’Loughlen et al., 2023; Pak et al., 2021; Pedrini et al., 2022; Racine & Wildes, 2015; Sarin & Nolen-Hoeksema, 2010; Zeidan et al., 2019). Across diverse statistical frameworks (e.i. including regression analyses, mediation models, latent profile analyses, and gene-environment interactions) emotion dysregulation consistently emerged as a central mechanism linking early adversity to disordered eating.

Predictive models: ACEs as direct determinants of binge eating. Regression-based analyses identified specific ACEs as direct predictors of binge eating. Sarin & Nolen-Hoeksema (2010) demonstrated that individuals exposed to childhood sexual abuse exhibited significantly more binge eating episodes and ruminative responses under distress. Similarly, Zeidan et al. (2019) found that a history of sexual abuse was associated with elevated binge eating scores, while the use of adaptive emotional regulation strategies predicted lower severity. O’Loughlen et al. (2023) differentiated the functional roles of specific ACEs: household mental illness and physical neglect predicted the emotion regulation function of binge eating, whereas emotional neglect predicted its dissociative function. Pedrini et al. (2022) highlighted those current maladaptive behaviours (like binge eating), rather than the original trauma exposure, were more predictive of long-term mental health symptoms.

Mediating mechanisms: Emotion dysregulation as explanatory pathway. Several mediation and structural equation modeling (SEM) studies underscore emotion dysregulation as a central explanatory pathway between adverse childhood experiences (ACEs) and binge-type eating behaviours. Burns et al. (2012) identified that emotion dysregulation partially mediated the effect of emotional abuse on binge eating symptoms within a sample characterized by bulimic pathology. Extending this to other eating disorder presentations, Racine and Wildes (2015) found that emotional

dysrégulation also mediated the link between emotional abuse and anorexia nervosa, specifically in its binge-purge subtype, underscoring the transdiagnostic relevance of this mechanism. Harrington et al. (2010) introduced a sociocultural dimension by showing that emotional suppression mediated the association between trauma exposure and binge eating in Black women, with the "Strong Black Woman" schema posited as a cultural factor exacerbating emotional constraint. Additional findings support this pathway through more complex modeling. Jacques-Tiura et al. (2021), using path analysis, reported both direct and indirect effects of sexual and partner violence on loss-of-control eating, with emotion dysregulation and impulsivity acting as mediators. Similarly, Dawson et al. (2022) conducted mediation analyses and found that intrusive thoughts significantly mediated the relationship between several forms of childhood maltreatment (emotional, physical, and sexual abuse, as well as physical neglect) and uncontrolled eating, a core feature of binge eating. In contrast, other emotion regulation strategies (emotional suppression and cognitive reappraisal) only showed partial mediation effects, particularly in the case of emotional neglect. Finally, Kingston et al. (2010) proposed that experiential avoidance, rather than specific emotional states per se, fully mediated the relationship between childhood trauma and a cluster of problem behaviours, including binge eating, highlighting the central role of avoidance-based regulatory processes in the aftermath of trauma.

Latent class and profile analyses: typologies of dysregulation and ACEs. Two studies used latent class analyses to uncover subgroups based on ACEs and emotional dysregulation. Pak et al. (2021) identified three latent classes, among which the group with the highest ACE exposure and emotion dysregulation also showed the most severe binge eating and non-suicidal self-injury (NSSI). Lanfredi et al. (2021) similarly reported that adolescents who exhibited both binge eating and NSSI belonged to a high-risk subgroup characterized by impulsivity, ACE exposure, and emotional instability.

Genetic moderation: interaction between 5-HTTLPR and ACEs. Akkermann et al. (2012) introduced a gene–environment interaction perspective, demonstrating that individuals with the short allele of the 5-HTTLPR serotonin transporter gene were more vulnerable to developing binge eating symptoms in the context of multiple adverse life events. This finding supports the integration of genetic moderators within biopsychosocial frameworks of binge eating.

Post-traumatic stress disorder, emotion (dys)regulation and binge eating

A consistent body of evidence from six studies (Echeverri-Alvarado et al., 2020; Forbes et al., 2022; Kadriu et al., 2022; Scharff et al., 2021; Witte et al., 2018; J. S. Wooldridge et al., 2021) highlights the pivotal role of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in the development and maintenance of binge eating behaviours through emotional dysregulation and avoidance processes. Despite methodological diversity, findings converge around three analytical lenses: direct effects, mediated pathways, and clinical comparisons. Two studies identified direct effects of PTSD symptoms on binge eating. Witte et al. (2018) showed that PTSD severity predicted both binge frequency and the subjective experience of mental escape during episodes, independent of BMI and emotion regulation deficits. Forbes et al. (2022) complemented this by showing that PTSD symptom severity was positively associated with maladaptive expectancies regarding the emotion-regulatory function of binge eating. Conversely, two studies applied mediation models to unpack indirect effects. Echeverri-Alvarado et al. (2020) proposed a serial pathway in which PTSD symptoms influenced binge eating severity via emotion regulation difficulties, followed by emotional eating, rendering the direct effect non-significant. In a sample of U.S. veterans, Wooldridge et al. (2021) found that experiential avoidance mediated the relationship between PTSD symptoms and obesity-related quality of life, but not binge eating, suggesting outcome-specific pathways. Finally, group comparison studies underscore the clinical burden of PTSD comorbidity. Scharff et al. (2021) reported that individuals with co-occurring PTSD and eating disorders displayed heightened experiential avoidance, reduced mindfulness, and more severe binge eating than trauma-exposed individuals without PTSD. Similarly, Kadriu et al. (2022) observed that although patients with bulimia nervosa showed higher state dissociation in response to intrusive imagery than those with anorexia, this difference was no longer significant after adjusting for PTSD severity, only PTSD symptoms remained predictive, suggesting dissociation may reflect trauma load rather than eating disorder subtype.

Dissociation in the interplay between trauma, emotion regulation, and binge eating

Three studies (Kadriu et al., 2022; Mason et al., 2017; O’Loghlen et al., 2023) provide converging evidence on the role of dissociation in the complex interplay between trauma exposure, emotional (dys)regulation, and binge eating behaviours. Despite employing distinct methodological approaches, all three studies converge on the notion that dissociation may serve as a key intermediary mechanism in the aetiology and maintenance of binge eating, particularly in trauma-exposed individuals. First, using Ecological Momentary Assessment (EMA), Mason et al. (2017) showed that higher levels of trait dissociation predicted a steeper rise in negative affect immediately before binge episodes and a more pronounced decrease afterward both within and between individuals.

Through a psychometric framework, O'Loughlen et al. (2023) found that distinct functional dimensions of binge eating, as measured by the Functions of Binge Eating Scale (FBES), were differentially associated with cumulative adverse childhood experiences (ACEs). Specifically, physical neglect and parental mental illness predicted the emotional regulation function of binge eating, whereas emotional neglect uniquely predicted its dissociative function. Finally, Kadriu et al. (2022) reported that while individuals with bulimia nervosa exhibited higher levels of state dissociation in response to intrusive trauma-related imagery than those with anorexia nervosa, this group difference became non-significant after controlling for the severity of PTSD and eating disorder symptoms. Notably, only PTSD symptom severity remained a significant predictor of state dissociation. This suggests that trauma-related dissociative responses may transcend diagnostic eating disorder subtypes.

Theoretical frameworks and explanatory mechanisms proposed by authors

A substantial number of studies included in this review frame binge eating as an emotion regulation strategy developed in response to traumatic or emotionally dysregulating environments. While theoretical frameworks vary, they consistently converge on the notion that trauma-related distress disrupts self-regulatory processes, thereby fostering maladaptive coping mechanisms such as binge eating. Additionally, attentional processes and dissociation emerge as salient cognitive-affective mechanisms mediating the interplay between trauma exposure and eating pathology.

Developmental mechanisms of vulnerability

Four studies (Akkermann et al., 2012; Dawson et al., 2022; Lanfredi et al., 2021; Racine & Wildes, 2015) converge on a developmental framework, positing that early adverse environments disrupt emotional self-regulation capacities and predispose individuals to later binge eating behaviours. These environments marked by neglect, invalidation, or insecure attachment interfere with neurobiological and affective development, heightening stress sensitivity and impulsivity. This dysregulatory pathway is theorized to facilitate the emergence of binge eating as a maladaptive affect regulation strategy. Extending this developmental model beyond early life, Wooldridge et al. (2021) propose that intense emotional disruption in adulthood such as that experienced in military contexts can similarly impair emotion regulation and promote disordered eating.

Transdiagnostic and cognitive-affective explanatory mechanisms

Two studies (Burns et al., 2012; Kadriu et al., 2022) adopt a transdiagnostic framework rooted in Fairburn's cognitive-behavioural model of eating disorders, suggesting that trauma contributes to psychopathology not through disorder-specific pathways, but by disrupting core psychological processes such as self-concept, affect regulation, and cognitive control.

Escape theory and dissociative avoidance

Nine studies converge toward a unified functional model where binge eating serves as a primary mechanism for experiential avoidance and mental escape. Eight studies (Echeverri-Alvarado et al., 2020; Kingston et al., 2010; Mason et al., 2017; Pak et al., 2021; Sarin & Nolen-Hoeksema, 2010; Scharff et al., 2021; Witte et al., 2018; Zeidan et al., 2019) align with the escape theory, conceptualizing binge eating as a strategy aimed at alleviating aversive self-awareness and emotional distress. In this framework, individuals use binge episodes to temporarily narrow their attentional field, disengage from painful internal states, and interrupt negative self-referential processing. This avoidance mechanism is intimately linked to dissociation, which four studies (Mason et al., 2017; O’Loughlen et al., 2023; Witte et al., 2018; Zeidan et al., 2019) highlight as a transient mechanism to manage affective overload, particularly when rooted in early trauma. Within this specific scope, binge episodes are viewed as state-altering experiences that allow individuals to disengage from intolerable content. For instance, Mason et al. (2017) suggest that dissociative tendencies facilitate avoidance by modulating attentional focus both before and after episodes, while Witte et al. (2018) describe binge eating as a strategy to specifically numb traumatic memories and affective distress. Reinforcing this avoidant pattern, Zeidan et al. (2019) and Scharff et al. (2021) underscore how limited emotional clarity and mindfulness potentiate these behaviors, confirming binge eating as a maladaptive regulatory strategy in trauma-affected individuals.

Coping and emotion (dys)regulation

Across nine studies (Harrington et al., 2010; Jacques-Tiura et al., 2021; Lanfredi et al., 2021; Pak et al., 2021; Pedrini et al., 2022; Racine & Wildes, 2015; Sarin & Nolen-Hoeksema, 2010; Scharff et al., 2021; Witte et al., 2018), binge eating is most often conceptualized within the framework of coping and emotion (dys)regulation. The explanatory models differ, however, in their emphasis: Sarin and Nolen-Hoeksema (2010) describe a cognitive–affective pathway in which ruminative thought patterns intensify emotional distress and increase the likelihood of disinhibited eating as an affective escape strategy; Witte et al. (2018) conceptualize binge eating as a short-term emotional buffer that temporarily reduces sensitivity to trauma-related cues; Racine and Wildes (2015) highlight the role of chronic emotion dysregulation, rooted in early relational invalidation, in predicting disordered eating symptoms; and Harrington et al. (2010) emphasize sociocultural factors that shape emotion suppression strategies and their link to binge eating. Taken together, these contributions suggest that, despite heterogeneous theoretical framings, binge eating is recurrently described as an emotionally motivated coping strategy, although the specific explanatory mechanisms remain unique to each study and are not systematically replicated elsewhere.

Clinical perspectives and recommendations

Cumulative evidence underscores the imperative to tailor clinical care for individuals with eating disorders (EDs) who also present trauma histories, and to embed trauma-sensitive procedures into routine practice.

Trauma-informed screening and referral.

Five investigations (25 %) advocate integrated treatment pathways that target post-traumatic stress symptoms and ED psychopathology concurrently (Dawson et al., 2022; Harrington et al., 2010; Jacques-Tiura et al., 2021; Kadriu et al., 2022; J. S. Wooldridge et al., 2021). Kadriu et al. (2022) further recommend interventions focused on emotional memory and intrusive imagery, such as imagery rescripting or schema therapy, to re-process trauma memories and attenuate their impact on eating behaviour. Two additional studies call for systematic PTSD screening at intake to ensure early referral to combined trauma-and-ED programmes (Echeverri-Alvarado et al., 2020; Scharff et al., 2021). Consistent with these proposals, Jacques-Tiura et al. (2021) highlights the importance of a trauma-informed care framework that recognises the pervasive influence of trauma, equips staff through targeted training, and integrates this orientation across all stages of the care pathway.

Emotion-regulation and experiential-avoidance interventions

Nearly half of the studies reviewed (45 %) support the value of third-wave cognitive-behavioural approaches (e.g. Dialectical Behaviour Therapy, mindfulness-based protocols, and Acceptance and Commitment Therapy), for reducing experiential avoidance and enhancing affect tolerance in trauma-affected ED populations (Echeverri-Alvarado et al., 2020; Harrington et al., 2010; Kingston et al., 2010; Lanfredi et al., 2021; Mason et al., 2017; O’Loughlen et al., 2023; Pak et al., 2021; Witte et al., 2018; J. S. Wooldridge et al., 2021). A further five studies (25 %) recommend transdiagnostic emotion-skills protocols, notably the Unified Protocol, to strengthen regulatory capacity (Burns et al., 2012; Pedrini et al., 2022; Racine & Wildes, 2015; Scharff et al., 2021; Zeidan et al., 2019).

Prevention

Although prevention is occasionally flagged in the “perspectives” sections, it is weakly theorised and rarely operationalised. Only two studies (10%) explicitly recommended emotion-focused initiatives for violence-exposed populations (Burns et al., 2012; Jacques-Tiura et al., 2021), yet they did not specify target mechanisms implementation perspective.

Discussion

Whereas earlier reviews addressed separately emotional (dys)regulation (Haedt-Matt & Keel, 2011c; Leppanen et al., 2021b; Prefit et al., 2019; Puttevils et al., 2021) or trauma-related dimensions of eating pathology separately (Caslini, Bartoli, Crocamo, Dakanalis Αντώνιος Ντακανάλης, et al., 2016; Convertino & Mendoza, 2023; Day, Hay, Tannous, et al., 2024; Molendijk et al., 2017; Pignatelli et al., 2016; Quilliot et al., 2019), no synthesis has yet integrated these domains to examine their joint involvement in binge-eating behaviours. By collating evidence across 20 studies with diverse designs and samples, this systematic review examines binge eating through the combined prism of emotional (dys)regulation and trauma-related factors, conceptualising it as a transdiagnostic behaviour spanning eating-disorder subtypes and the normal-pathological spectrum. This perspective is timely as trauma exposure and PTSD are known to shape eating-disorder outcomes yet remain under-addressed in practice guidance (T. D. Brewerton, 2019; Convertino & Mendoza, 2023; Trottier & MacDonald, 2017), while emotion dysregulation is recognised as a transdiagnostic vulnerability across mental disorders (Monell et al., 2018).

Across the reviewed studies, our findings highlight emotion dysregulation as a central process linking adverse childhood experiences (ACEs) and post-traumatic stress symptoms (PTSD) to binge eating. Specifically, maladaptive regulation strategies, such as rumination, emotional suppression, and experiential avoidance, emerge as key vectors facilitating the association between trauma exposure and disordered eating behaviours (Burns et al., 2012; Dawson et al., 2022; Harrington et al., 2010; Jacques-Tiura et al., 2021; Kingston et al., 2010; Racine & Wildes, 2015). This convergence supports a process-based understanding of eating disorders, shifting the focus from diagnostic categories to underlying psychological mechanisms. However, given the heterogeneity of methodologies and the predominantly observational nature of the data, these associations should be interpreted as functional relationships rather than causal pathways.

Across the reviewed studies, PTSD was most often operationalised using global severity scores, reflecting prevailing measurement practices in the field. Within this framework, the few studies that examined PTSD symptom clusters suggest that avoidance and hyperarousal are more consistently associated with binge-eating maintenance, likely through heightened emotion-regulation difficulties (Witte et al., 2018), whereas intrusive re-experiencing and negative alterations in cognitions and mood appear less systematically related to binge-eating outcomes in the available models. Importantly, this pattern does not appear uniform across populations: in specific contexts, particularly military samples, these associations were not observed (Wooldridge et al., 2021), pointing to population-specific configurations potentially shaped by trauma type, chronicity, or comorbidity profiles.

Beyond PTSD symptom dimensions, considering complex PTSD (C-PTSD) provides a complementary lens to characterise the organisation and severity of eating-disorder psychopathology. Disturbances in self-organization (DSO) (including chronic emotion dysregulation, negative self-concept, and interpersonal difficulties) are strongly associated with symptom burden, and approximately one third of individuals with eating disorders meet criteria for C-PTSD (Cloitre et al., 2011; Brewerton, 2019; Day et al., 2024). Rather than introducing an additional diagnostic category, identifying C-PTSD may help capture clinically meaningful differences in regulatory and relational functioning, thereby informing functional severity and therapeutic sequencing beyond PTSD symptom presence alone.

In parallel, specific forms of adverse childhood experiences (ACEs) appear to differentially shape the functions of binge eating. Emotional neglect is more frequently associated with dissociative functions, whereas physical neglect or parental psychopathology are more closely linked to emotion-modulatory functions (O’Loughlen et al., 2023). These findings extend classical views of dissociation: beyond an acute defensive response to threat, dissociation may represent a learned regulatory strategy in chronically emotionally deprived environments. Consistent with this perspective, dissociation has been described as an affective hypermodulation process facilitating disengagement from internal and external distress (Cavicchioli et al., 2021). Ecological momentary assessment studies further support this functional role, showing that higher dissociation amplifies negative affect prior to binge episodes and alters post-binge emotional trajectories (Mason et al., 2017). PTSD symptom severity appears to modulate this dynamic, with dissociation reflecting trauma load rather than eating-disorder subtype (Kadriu et al., 2022). Taken together, these findings position dissociation as a potential bridging mechanism linking ACEs, emotion dysregulation, and binge eating, an hypothesis that remains largely correlational and warrants testing through mechanistic models integrating mediation and moderation effects.

The theoretical frameworks proposed across the reviewed studies can be organised into several complementary families rather than competing accounts. Developmental and attachment-based models emphasise the role of early invalidating environments, which disrupt the maturation of emotion-regulation capacities and orient individuals toward external, short-term relief strategies (Akkermann et al., 2012; Racine & Wildes, 2015; Lanfredi et al., 2021). Transdiagnostic cognitive-behavioural models extend this perspective by highlighting how adverse experiences shape early maladaptive schemas and dysfunctional self-beliefs (e.g., inefficacy, low self-worth), thereby maintaining cycles of restriction and binge eating (Fasolato et al., 2024; Young, 1999).

At a more proximal level, escape theory and experiential avoidance models conceptualise binge eating as an attentional narrowing strategy aimed at reducing painful self-awareness (Heatherton & Baumeister, 1991), while coping and dissociative models describe it as a means of avoiding trauma-related affects and memories through states of detachment or emotional numbing.

Importantly, these frameworks are not isolated. Insecure attachment increases reliance on external regulation strategies (Han & Kahn, 2017), and early maladaptive schemas mediate the association between trauma exposure and eating-disorder symptomatology (Fasolato et al., 2024). Familial and sociocultural influences further reinforce these vulnerabilities: emotional invalidation, minimisation of internal needs, and appearance-focused norms shape maladaptive beliefs and risk behaviours (Arroyo & Andersen, 2016; Kay & Lamont, 2024; Quiles Marcos et al., 2013; Stice, 1998). Such intergenerational transmissions help explain why similar adverse developmental trajectories do not systematically lead to eating disorders, but rather increase the likelihood of relying on dysfunctional regulatory strategies (Ringer & Crittenden, 2007; Talmon & Tsur, 2021).

At a more mechanistic level, attentional processes emerge as a central node linking these frameworks. Trauma-exposed individuals show heightened threat-related attentional biases and reduced attentional control, which increase emotional reactivity and reliance on avoidance strategies (Gratz et al., 2007; Zinchenko et al., 2017). This observation converges with Gross's emotion-regulation model, which identifies attentional deployment as a key regulatory stage (Gross, 1998, 2015). From this perspective, binge eating can be understood as an attentional shift away from trauma-related affect toward the act of eating and its immediate sensory consequences (Mason et al., 2017). Although this shift may provide short-term relief, it interferes with adaptive cognitive processing (Kashdan et al., 2006) and reinforces expectations that eating regulates distress (Della Longa & De Young, 2018). Taken together, these models delineate a continuum from distal developmental vulnerabilities to proximal attentional and avoidance–dissociative processes, converging on the role of attention as a key bridge between adverse experiences, emotion dysregulation, and binge eating.

Clinical care and prevention

The findings of this review highlight the relevance of adapting care practices for individuals presenting with binge eating in the context of trauma exposure. Across studies, results converge toward the value of a trauma-informed and transdiagnostic, process-based framework, in which clinical reasoning is guided by the mechanisms involved rather than by eating-disorder diagnoses alone. From an assessment perspective, reliance on global PTSD severity scores appears insufficient to capture clinically meaningful heterogeneity.

Several studies suggest that a more differentiated evaluation of PTSD symptom clusters (intrusions, avoidance, hyperarousal, dissociation), combined with an assessment of emotion-regulation capacities (e.g., emotional clarity, acceptance, impulse control), may improve functional understanding of binge eating. Identifying whether binge eating primarily serves an emotion-modulatory function or a dissociative disengagement function may help refine clinical formulation and therapeutic priorities. In this regard, systematic PTSD screening at intake has been recommended to facilitate early identification of trauma-related needs and appropriate orientation within care pathways (Brewerton, 2019; Trottier & MacDonald, 2017).

At the intervention level, nearly half of the reviewed studies support the relevance of third-wave cognitive-behavioural approaches, including Dialectical Behaviour Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, mindfulness-based protocols, and the Unified Protocol (Barlow, 2011). These interventions appear particularly suited to targeting experiential avoidance, strengthening emotional tolerance, and modifying maladaptive expectancies that binge eating regulate distress. Once a sufficient level of stabilisation is achieved, several authors suggest that trauma-focused interventions (e.g., imagery rescripting or EMDR) may be integrated, especially in individuals presenting with marked dissociative symptoms. In such cases, grounding techniques and sensorimotor or interoceptive approaches may contribute to restoring bodily anchoring and reducing dissociative responding (Mason et al., 2017; Zeidan et al., 2019). Importantly, these perspectives challenge rigid treatment sequencing models (e.g., “eating disorder first, trauma second”), by conceptualising binge eating itself as a potential post-traumatic coping strategy. Nevertheless, given the predominantly observational nature of the evidence, these clinical implications should be interpreted cautiously until tested in controlled trials directly examining treatment mechanisms, sequences, and outcomes.

Beyond treatment, this review underscores that prevention remains weakly theorised and rarely operationalised in the literature on binge eating and trauma-related processes. However, the mechanisms identified across studies offer preliminary directions for prevention-oriented research. At the level of primary prevention, intervening early on disrupted developmental trajectories associated with adverse environments may be particularly relevant. This includes family and educational practices aimed at strengthening internal emotion-regulation capacities, such as parental emotional validation (Gottman et al., 1996), non-violent and non-coercive educational approaches, and food-related environments that minimise weight- and appearance-focused communication (Arroyo & Andersen, 2016; Stice, 1998). At the level of secondary prevention, for individuals already exposed to adverse childhood experiences (ACEs), targeting emotion dysregulation, identified in this review as a key process linking trauma and disorganised eating, may help reduce the likelihood that binge eating becomes established as a dissociative or escape-based coping strategy.

In this regard, prevention-oriented initiatives inspired by third-wave approaches (e.g., DBT, ACT), which aim to enhance emotional tolerance and reduce experiential avoidance, appear theoretically aligned with the mechanisms highlighted in this review (Dvir et al., 2014). These perspectives remain hypothetical and call for dedicated studies explicitly testing trauma-informed, mechanism-focused preventive interventions.

Limits

Despite its contributions, this review should be interpreted considering several methodological and conceptual limitations, primarily related to sampling, study design, and measurement heterogeneity. First, the generalisability of the findings is constrained by sampling and selection biases. The exclusion of grey literature and non-English or non-French publications may have limited the inclusion of relevant data, particularly from non-Western cultural contexts. Moreover, men were markedly underrepresented across studies, restricting conclusions regarding gender-specific processes in binge eating. In addition, most studies did not account for key trauma-related contextual variables, such as age at exposure, chronicity, or severity, thereby limiting the identification of potential sensitive developmental periods. That said, the heterogeneity of included samples (clinical vs. community; adolescents vs. adults), while complicating direct comparisons, also supports a degree of external validity by suggesting that emotion dysregulation remains relevant across diverse populations.

Second, the predominance of cross-sectional designs (16 out of 20 studies) represents a major limitation. This precludes inferences about temporal ordering and causal directionality between trauma exposure, emotion dysregulation, and binge eating. Whether the observed associations reflect vulnerability factors, maintenance processes, or reciprocal dynamics therefore remains unresolved, underscoring the need for longitudinal and process-oriented designs.

Third, conceptual and methodological heterogeneity limits the precision of the explanatory models. Variability in trauma definitions and measurement tools complicates synthesis across studies.

Finally, PTSD was most often assessed using global severity scores, limiting examination of the specific roles of avoidance and hyperarousal in binge eating. Similarly, the added value of identifying complex PTSD (C-PTSD), beyond PTSD alone, has not been systematically tested, despite consistent associations between disturbances in self-organization (DSO) and symptom severity.

Conclusion

This review highlights the complex relationship between emotional dysregulation and trauma-related factors in the development and manifestation of binge eating. Trauma appears to significantly disrupt emotional regulation capacities, often prompting the use of binge eating as a maladaptive coping mechanism to suppress or avoid distressing emotions and trauma-related cues.

While variability in study designs, measurement tools, and findings poses challenges to definitive conclusions, a consistent pattern emerges underscoring the critical role of trauma exposure and emotion (dys)regulation. Despite these limitations, the findings identify key directions for future research and clinical interventions aimed at improving care for individuals with eating disorders

Chapitre 2 - Psychotraumatisme, dysrégulation émotionnelle et troubles des conduites alimentaires

1. Adversité, événement traumatique et psychotraumatisme : trois niveaux à distinguer

Les expériences adverses précoces (ACEs), les événements potentiellement traumatiques et les remaniements post-traumatiques constitués (TSPT, TSPT-C) renvoient à des niveaux distincts de réalité psychopathologique, dont l'articulation détermine la trajectoire clinique. Dans les TCA, c'est moins la nature isolée d'un événement que sa chronicité, sa précocité et l'adéquation des ressources d'adaptation disponibles qui prédisent l'émergence du trouble (Brewerton, 2007 ; Felitti et al., 1998 ; McLaughlin et al., 2017).

70 % de la population mondiale est exposée à au moins un événement potentiellement traumatique au cours de la vie ; 3,9 % développe un TSPT (Kessler et al., 2017 ; Koenen et al., 2017)

3. Restriction et accès hyperphagique : deux modes fonctionnels de (dys)régulation émotionnelle

Les conduites alimentaires désordonnées peuvent être lues comme des stratégies de régulation émotionnelle à court terme. La restriction opère comme une régulation suppressive et anticipatoire : elle vise à prévenir l'émergence d'affects difficiles en réduisant l'exposition aux stimuli (alimentaires, corporels, sociaux). L'accès hyperphagique agit comme une régulation réactive et déchargeante : il intervient en réponse à un débordement affectif déjà installé. Ces deux modes coexistent fréquemment au sein des trajectoires cliniques et sont sous-tendus par les mêmes vulnérabilités émotionnelles, notamment l'alexithymie, le manque de clarté émotionnelle et la faible tolérance à la détresse (Fairburn et al., 2003 ; Haedt-Matt & Keel, 2011 ; Treasure et al., 2020).

Le TSPT-Complexe associe explicitement aux symptômes post-traumatiques classiques des perturbations durables de la régulation émotionnelle, de l'image de soi et des relations interpersonnelles -> dimensions qui recoupent ce que l'on observe dans les TCA (CIM-11 ; Cloitre et al., 2013)

2. La dissociation : un mécanisme charnière entre trauma et conduites alimentaires

La dissociation ne constitue pas un simple corrélat clinique du trauma dans les TCA : elle joue un rôle entre expériences adverses précoces et symptomatologie alimentaire, à travers ses dimensions de détachement (dépersonnalisation, déréalisation, absorption) et de compartimentation. Sur le plan fonctionnel, elle pourrait agir comme une stratégie d'évitement expérientiel : les accès hyperphagiques peuvent remplir une fonction dissociative en court-circuitant temporairement la conscience d'affects envahissants, tandis que dans l'anorexie mentale elle module la présence subjective de la « voix anorexique » (Hazzard et al., 2021 ; Rabito-Alcón et al., 2021 ; Wooldridge, 2022).

L'un des principaux médiateurs entre traumatismes de l'enfance et psychopathologie alimentaire (Rabito-Alcón et al., 2021)

4. Étude 2 - Une revue systématique souligne la chaîne « trauma → dysrégulation émotionnelle → accès hyperphagiques »

La revue systématique (20 études incluses) montre que l'exposition traumatique perturbe les capacités de régulation émotionnelle, qui interviennent à leur tour dans le déclenchement et le maintien des accès hyperphagiques utilisés comme stratégie d'évitement ou d'apaisement d'affects intolérables. Le pattern est observé tant en population clinique qu'en population communautaire, suggérant une certaine validité externe. Trois limites importantes nuancent les conclusions : la prédominance des designs transversaux (16/20), l'hétérogénéité des mesures de trauma, et l'évaluation majoritaire du TSPT par scores globaux qui masque le rôle spécifique du TSPT-Complexe)

Au-delà de l'hétérogénéité méthodologique, un pattern convergent ressort : la dysrégulation émotionnelle apparaît comme un mécanisme intermédiaire central entre exposition traumatique et accès hyperphagiques

CHAPITRE 3.

ETUDES PROCESSUELLE, TYPOLOGIQUE ET INTERVENTIONNELLE DES TROUBLES ET DESORDRES ALIMENTAIRES

1. Présentation du projet de recherche EMOTRAC (ÉMOtions, TRAuma et Comportement alimentaire)

Les deux premiers chapitres de cette thèse ont permis de poser les jalons théoriques et conceptuels nécessaires à la compréhension des troubles des conduites alimentaires (TCA) sous un angle novateur. Le Chapitre 1 a proposé de conceptualiser le comportement alimentaire non plus comme une entité binaire (sain versus pathologique), mais comme un continuum de flexibilité. Cette approche, validée par une première étude empirique en clusters, a démontré la pertinence d'identifier des profils basés sur des processus psychologiques transversaux plutôt que sur des étiquettes diagnostiques strictes. Le Chapitre 2 a, quant à lui, mis en lumière les liens étroits entre la dysrégulation émotionnelle, les antécédents et répercussions psychotraumatiques et le maintien des TCA.

Si la revue de littérature confirme que ces variables constituent des processus impliqués dans les TCA caractérisés par des accès hyperphagiques, plusieurs questions fondamentales subsistent sur la manière dont ces processus interagissent dynamiquement au sein de populations présentant des parcours de soins différents. C'est dans ce contexte que le programme de recherche EMOTRAC (ÉMOtions, TRAuma et Comportement alimentaire) a été élaboré dès le début de ce travail doctoral pour répondre à ces problématiques. Ce projet de recherche multicentrique postule que la compréhension fine des mécanismes de maintien nécessite d'explorer la symptomatologie alimentaire sous une approche transdiagnostique, tant dans sa forme clinique avérée que dans ses manifestations précoces ou infracliniques.

1.1. Méthodologie du projet EMOTRAC

Une population clinique multicentrique. Cette cohorte est composée de patients présentant une symptomatologie sévère et souvent chronique, recrutés au sein de centres de soins spécialisés dans les TCA ou l'obésité bénéficiant donc d'une prise en charge spécifique. Au cours de la première année de doctorat, un réseau de recrutement a été constitué en sollicitant divers établissements via la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB). Ce travail a permis de structurer un projet impliquant le recrutement consécutif de patients au sein de neuf centres partenaires : Le Centre Spécialisé de l'Obésité du CHU de Bordeaux, le CHU de Rouen Normandie, le CHU de Montpellier, le CHU de Limoges, le CHU d'Orléans, la Clinique Château Caradoc, le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, La clinique de la Sauvegarde à Lyon et l'Hôpital Louis-Mourier (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris). Le recrutement, initié en octobre 2024, est actuellement toujours en cours. Pour les besoins du présent manuscrit de thèse, une extraction intermédiaire des données a été réalisée afin de mener les analyses empiriques. La collecte finale se clôturera fin 2026, ouvrant la voie à une phase de concertation avec les différents partenaires en vue de publications scientifiques communes.

Note méthodologique : Initialement conçu avec un design longitudinal intégrant deux temps de mesure, le protocole a été réajusté en cours d'étude vers une approche transversale. En effet, un taux d'attrition majeur (faible taux de réponse lors des relances de suivi) menaçait la puissance statistique et la validité interne des données. Ce recentrage méthodologique a été jugé indispensable pour garantir la robustesse des analyses présentées dans cette thèse mais aussi pour atténuer la logistique le coût bénéfice étant négatif.

Une population générale (communautaire). Parallèlement, une population générale a été recrutée en ligne. Cet échantillon est composé d'individus présentant des désordres alimentaires, identifiés et catégorisés grâce à un dépistage systématique utilisant le questionnaire de dépistage SCOFF (*Sick, Control, One stone, Fat, Food* ; Morgan et al., 1999).

Groupe de travail clinique. La finalité ultime du projet EMOTRAC était de construire et d'éprouver empiriquement une intervention psychothérapeutique directement issue des résultats de nos modélisations (Études 3 et 4). Si les contraintes temporelles inhérentes au format doctoral n'ont pas permis l'évaluation clinique complète de cette intervention sur le terrain, nous avons néanmoins tenu à faire aboutir cette démarche translationnelle. Ainsi, nous présenterons l'élaboration du protocole d'intervention BASED (*Body Awareness and Safety for Eating Disorders*). Ce protocole clinique, fruit d'un travail collaboratif rigoureux mené durant une année complète avec un groupe d'experts composé de six psychologues clinicien.es, est rédigé sous le format standardisé d'un article de protocole d'intervention clinique. Le déploiement effectif de ce protocole a été confronté aux défis structurels et administratifs inhérents à la recherche clinique interventionnelle en France. Une soumission auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) était planifiée pour mars 2025. Toutefois, la qualification du protocole en Recherche Impliquant la Personne Humaine de catégorie 2 (RIPH 2) (impliquant des interventions non justifiées par la prise en charge habituelle) a soulevé des obstacles logistiques majeurs. D'une part, l'Université de Bordeaux ne pouvait se porter promoteur de cette catégorie de recherche institutionnelle estimant qu'il était à la structure de mise en place de le faire. D'autre part, la clinique privée partenaire (Clinique Château Caradoc) ne disposait pas de l'ingénierie administrative requise pour assumer le rôle de promoteur et piloter les démarches sur la plateforme nationale SI-RIPH. Par conséquent, la phase d'évaluation empirique est actuellement en suspens. Ce projet n'est toutefois pas abandonné : cette clinique, ainsi que d'autres centres du réseau, demeurent des sites pilotes expressément ciblés pour la mise en place future de cette intervention, une fois le portage administratif sécurisé.

Afin de pallier ce contretemps réglementaire et d'illustrer concrètement l'applicabilité clinique ainsi que les leviers d'action thérapeutiques du protocole BASED, ce chapitre propose une mise en pratique projective et hypothétique, structurée selon la méthodologie éprouvée de l'étude de cas unique (Single Case Study).

Cadre éthique et recueil des données

Les données des deux populations ont été récoltées de manière dématérialisée et sécurisée via la plateforme Limesurvey. Le projet répond à de strictes exigences éthiques et réglementaires. Pour le volet clinique, le projet EMOTRAC a fait l'objet d'une qualification en Recherche Impliquant la Personne Humaine de catégorie 3 (RIPH3) avec l'obtention d'un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP), complété par une analyse d'impact et gestion des données RGPD validée par l'Université de Bordeaux. Concernant l'échantillon en ligne issu de la population générale, une approbation spécifique a été sollicitée auprès du Comité d'Éthique de la Recherche (CER) de l'Université de Bordeaux. Les supports de communication (flyers de recrutement) utilisés pour ces deux études sont insérés dans la suite de ce chapitre, et les autorisations réglementaires (CPP, CER) sont consultables en annexes.

1.2. Objectifs de la suite des travaux

Cette double approche (clinique et populationnelle) offre l'opportunité de saisir la complexité des mécanismes psychologiques à différents stades d'évolution de la pathologie. La suite de ce travail doctoral s'articule autour de trois objectifs majeurs, constituant les prochains chapitres :

- (1) Identifier l'hétérogénéité clinique (Étude 3) : À l'aide d'une analyse en profils latents (*Latent Profile Analysis*), nous chercherons à vérifier l'existence de sous-groupes homogènes de patients, fondés sur leurs niveaux de vulnérabilité émotionnelle. Une approche comparative permettra ensuite de caractériser cliniquement ces profils sur la base des variables associées au psychotraumatisme.
- (2) Modéliser les liens entre les processus (Étude 4) : À travers une analyse en réseau (*Network Analysis*), nous étudierons comment les facteurs traumatiques et les difficultés de régulation émotionnelle s'articulent dynamiquement avec la symptomatologie alimentaire pour maintenir le trouble.
- (3) Proposer une réponse thérapeutique ciblée (Etude 5) : Sur la base des résultats obtenus lors des modélisations précédentes, nous présenterons l'élaboration et l'évaluation préliminaire (via une méthodologie en cas unique ou *Single Case Study*) du protocole d'intervention BASED (*Body Awareness and Safety for Eating Disorders*). Ce protocole est conçu pour restaurer la sécurité corporelle et traiter les processus identifiés comme centraux dans le maintien de la pathologie.

C'est cette progression logique, allant de l'approche centrée sur les personnes à la modélisation statistique des processus puis à l'application clinique des résultats, que nous allons explorer dans les chapitres suivants.

1.3. Etude 3: Emotional vulnerability profiles in eating disorders: A latent profile approach to emotional reactivity, dysregulation and psychotraumatic burden

Introduction

Si la dysrégulation émotionnelle fait aujourd'hui consensus comme facteur transdiagnostique de vulnérabilité et de maintien dans les troubles des conduites alimentaires (TCA) (Lavender et al., 2015 ; Prefit et al., 2019 ; Puttevils et al., 2021), une question demeure largement ouverte : tous les patients présentent-ils la même forme de vulnérabilité émotionnelle, ou existe-t-il des configurations qualitativement distinctes que la description dimensionnelle moyenne tend à effacer ? Cette question n'est pas seulement statistique : elle engage la manière dont on conçoit le lien entre émotion et conduite alimentaire désordonnée, et, en aval, la pertinence d'interventions homogènes vs. stratifiées.

Le modèle multidimensionnel de Gratz et Roemer (2004), cadre de référence qui postule que les difficultés de régulation émotionnelles peuvent émerger indépendamment les unes des autres sur six dimensions : non-acceptation des émotions, engagement dans des comportements dirigés vers un but, contrôle des impulsions, conscience émotionnelle, accès aux stratégies et clarté émotionnelle. Ce postulat d'indépendance relative ouvre la possibilité de profils hétérogènes, mais il demeure rarement exploité dans sa dimension configurationnelle : la plupart des travaux continuent à traiter la dysrégulation comme un score global, masquant ainsi d'éventuelles asymétries entre dimensions. Une seconde limite fréquente tient à la confusion entre dysrégulation et réactivité émotionnelle : la première renvoie aux capacités d'autorégulation en aval de l'activation affective, la seconde à la disposition à répondre aux stimuli émotionnels avec une sensibilité, une intensité et une persistance accrues (Nock et al., 2008). Ces deux construits sont empiriquement dissociables (Becerra et al., 2020), et leur couplage est pourtant déterminant : une hyperréactivité peut s'accompagner ou non d'une défaillance régulatoire, et certaines configurations alexithymiques associent au contraire un déficit de conscience émotionnelle à une faible réactivité rapportée (Westwood et al., 2017).

Pour saisir cette hétérogénéité interindividuelle, les approches centrées sur la personne (person-centered) offrent un complément méthodologique précieux aux approches centrées sur les variables, qui estiment des relations moyennes à l'échelle de l'échantillon (Howard & Hoffman, 2018). Parmi ces approches, l'analyse en profils latents (*Latent Profile Analysis*, LPA) constitue un modèle de mélange fini permettant d'identifier des sous-groupes latents homogènes de participants sur la base de patterns de réponses à un ensemble de variables continues (Spurk et al., 2020; Williams & Kibowski, 2015). Contrairement aux analyses de regroupement classiques, la LPA repose sur un cadre inférentiel probabiliste permettant d'évaluer statistiquement la plausibilité de solutions en k classes (Nylund-Gibson & Choi, 2018).

Plusieurs études ont appliqué cette méthodologie au champ des TCA avec des résultats convergents mais encore partiels. Eichler et al. (2023), dans un large échantillon communautaire allemand (N = 2391), ont identifié quatre profils distingués par leurs capacités d'autorégulation cognitive et émotionnelle (e.g. High-Functioning, Moderate-Functioning, Dysregulated et Alexithymic) associés de manière différentielle à la symptomatologie alimentaire et aux comorbidités dépressives, anxieuses et de personnalité. Nordgren et al. (2022), à partir d'un factor mixture model appliqué aux sous-échelles de la DERS sur un échantillon clinique suédois (N = 857), ont distingué trois classes de sévérité croissante de dysrégulation émotionnelle, la classe la plus sévère se caractérisant par une surreprésentation des comportements hyperphagiques, des vomissements, des conduites auto-agressives et de la comorbidité psychiatrique. Riddle et al. (2023), sur les six sous-échelles de la DERS chez 315 patients avec TCA et perte de contrôle alimentaire, ont pour leur part identifié deux profils (haut vs. bas en dysrégulation), concluant à un fonctionnement plutôt unitaire de la dysrégulation émotionnelle dans leur échantillon. Plus récemment, deux études ont élargi le périmètre des indicateurs de dysrégulation émotionnelle. O'Loughlen et al. (2025) ont identifié par LPA quatre profils fonctionnels du binge eating (Emotion avoidance, Classic, Emotion reactivity, Complex), la classe Complex cumulant les scores les plus élevés en expériences adverses de l'enfance, en détresse psychologique et en honte corporelle. Salias et al. (2025) ont pour leur part extrait huit profils de stratégies de régulation émotionnelle, les patterns les plus « maladaptatifs » expliquant une proportion non négligeable de la variance des préoccupations alimentaires (16.8 %) mais une proportion nettement moindre des conduites de restriction (8.9 %), suggérant que les processus émotionnels modulent préférentiellement les dimensions cognitivo-affectives de la pathologie alimentaire plutôt que les comportements observables eux-mêmes.

Malgré la richesse de ces travaux, trois limitations justifient la poursuite de l'investigation. Premièrement, la majorité des études existantes reposent souvent sur des indicateurs dérivés de la DERS ou l'ERQ, ce qui peut limiter la finesse de la structure latente extraite : l'inclusion conjointe de dimensions de dysrégulation et de dimensions de réactivité (sensibilité, intensité, persistance émotionnelles) pourrait permettre de discriminer des configurations qu'une seule mesure laisse indistinctes comme par exemple le profil alexithymique à faible réactivité rapportée mis en évidence par Eichler et al. (2023). Deuxièmement, la validation externe des profils a rarement intégré simultanément les dimensions traumatiques et dissociatives, alors même que les liens cliniques et empiriques entre trauma, dissociation et TCA du spectre hyperphagique sont désormais bien documentés (Brewerton et al., 2026; Convertino et al., 2022; Molendijk et al., 2017).

Les expériences adverses de l'enfance et le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C ; Complex PTSD de la CIM-11) partagent des perturbations de l'organisation soi (dysrégulation émotionnelle, altérations de la perception de soi, difficultés relationnelles) qui recoupent directement les construits mesurés dans les profils de vulnérabilité émotionnelle (Cloitre et al., 2013 ; Maercker et al., 2022). Examiner dans quelle mesure les profils émotionnels latents identifiés dans les TCA s'associent différemment au TSPT simple vs. au TSPT complexe constitue une question susceptible d'éclairer les mécanismes par lesquels le vécu traumatique participe à la structuration des vulnérabilités émotionnelles dans les TCA. Troisièmement, la plupart des études disponibles reposent sur des échantillons strictement cliniques ou strictement communautaires, ce qui limite la transférabilité dimensionnelle des profils identifiés à l'ensemble du spectre des conduites alimentaires désordonnées.

Objectifs et hypothèses de l'étude

Dans ce contexte, cette étude poursuit trois objectifs. Le premier est d'identifier, par une analyse en profils latents conduite dans un échantillon transdiagnostique combinant participant.e.s cliniques et communautaires présentant une symptomatologie alimentaire cliniquement significative, des sous-groupes homogènes sur la base de leurs configurations conjointes de dysrégulation et de réactivité émotionnelles. Le second est de caractériser la validité externe de ces profils au regard de la sévérité de la symptomatologie alimentaire (préoccupations cognitivo-affectives, conduites hyperphagiques, comportements compensatoires) et des expériences dissociatives. Le troisième est d'examiner la spécificité de l'association entre l'appartenance aux profils et le statut diagnostique post-traumatique, en distinguant TSPT simple et complexe selon les critères de la CIM-11.

Nous formulons les hypothèses suivantes. (H1) Conformément aux données méta-analytiques (Prefit et al., 2019) et aux études LPA antérieures (Eichler et al., 2023b; Nordgren et al., 2022), nous anticipons l'émergence de profils organisés selon un gradient de vulnérabilité émotionnelle globale, tout en présentant des configurations qualitativement distinctes (incluant a minima un profil à fonctionnement émotionnel « préservé », un profil de sévérité intermédiaire, et un profil de dysrégulation sévère combinée à une forte réactivité. (H2) En cohérence avec les observations d'Eichler et al. (2023), nous nous attendons à identifier un profil de configuration alexithymique, caractérisé par un déficit marqué de conscience émotionnelle associé à une faible réactivité rapportée, mais présentant néanmoins une vulnérabilité sur les variables de validation externe.

(H3) Enfin, nous faisons l'hypothèse que l'association entre les profils de vulnérabilité émotionnelle et la symptomatologie post-traumatique sera spécifique du TSPT complexe plutôt que du TSPT simple, étant donné le recouvrement conceptuel entre les dimensions de dysrégulation émotionnelle et les perturbations de l'auto-organisation de la CIM-11 (Cloitre et al., 2013; Maercker et al., 2022).

Méthode

Participants et Procédure

Cette recherche s'appuie sur un design transversal impliquant deux échantillons indépendants : une population clinique de patients pris en charge pour un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA) et une population communautaire présentant des conduites alimentaires désordonnées. Le recueil des données s'est effectué de manière numérisée via la plateforme sécurisée *LimeSurvey*, avec un temps de passation estimé à environ 30 minutes pour l'ensemble des questionnaires et des données sociodémographiques. Pour être inclus dans l'étude (clinique ou communautaire), les participants devaient être âgés d'au moins 18 ans et maîtriser la langue française. Les critères de non-inclusion comprenaient : faire l'objet d'une mesure de protection légale (tutelle, curatelle), une grossesse en cours, ainsi que la présence d'une obésité d'origine génétique ou syndromique. Afin de garantir la robustesse des analyses statistiques, aucune méthode d'imputation des données manquantes n'a été appliquée ; seules les données des participants ayant intégralement complété le protocole ont été conservées pour les analyses finales. Tous les participants ont consenti électroniquement à l'étude après avoir été informés de ses objectifs.

Échantillon clinique. Le premier échantillon (n = 120) a été recruté dans le cadre d'une étude multicentrique entre octobre 2024 et janvier 2026 au sein de plusieurs centres français spécialisés dans la prise en charge des TCA ou de l'obésité (unités d'hospitalisation complète et ou d'hôpital de jour). L'inclusion reposait sur la présence d'accès hyperphagiques, diagnostiqués lors d'un entretien clinique basé sur les critères du DSM-5, mené ou supervisé par un médecin psychiatre. La procédure de recrutement a été facilitée par les équipes soignantes qui identifiaient les patients éligibles et leur remettaient un flyer d'information muni d'un QR code redirigeant vers l'étude. Cette phase de la recherche a été menée dans le respect de la déclaration d'Helsinki et a reçu l'approbation préalable du Comité de Protection des Personnes (CPP) (24.01401.000304).

Échantillon communautaire (Population générale). Le second échantillon (n = 415), a été recruté via une campagne de diffusion de flyers numériques sur les réseaux sociaux. Pour être inclus dans l'échantillon final, les participants devaient présenter une symptomatologie alimentaire cliniquement significative.

Ce dépistage a été standardisé par le croisement de deux seuils validés : un score supérieur à 16 à la *Binge Eating Scale* (BES), témoignant de la présence d'accès hyperphagiques, associé à un score supérieur ou égal à 2 au questionnaire *SCOFF* (*Sick, Control, One stone, Fat, Food* ; Morgan et al., 1999), confirmant un risque probable de TCA. Cette seconde phase de l'étude a reçu l'avis favorable du Comité d'Éthique de la Recherche (CER) de l'Université de Bordeaux (*CER-UB-2025-2B*).

Tableau 8.
Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des participants par échantillon et au niveau global.

Caractéristiques	Échantillon Total (N=535)	Échantillon Clinique (n=120)	Échantillon Communautaire (n=415)
Variables continues : Moyenne (SD)			
Âge (années) ^a	33.0 (10.6)	37.7 (14.9)	32.4 (9.8)
Indice de Masse Corporelle (IMC) ^b	28.8 (8.7)	35.5 (9.9)	26.53 (7.9)
Variables catégorielles : %			
Genre			
Femme	92.3 %	87.5 %	93.7 %
Homme	5.8 %	11.7 %	4.1 %
Non binaire	1.3 %	0.0 %	1.7 %
Situation conjugale			
Célibataire	45.8 %	39.2 %	47.7 %
En couple	30.7 %	23.3 %	32.8 %
Marié.e ou pacsé.e	17.2 %	21.7 %	15.9 %
Divorcé.e ou séparé.e	5.4 %	14.2 %	2.9 %
Veuf/Veuve	0.4 %	0.8 %	0.2 %
Catégorie socio-professionnelle			
En emploi	58.8 %	56.6 %	59.6 %
Étudiant.e	20.2 %	5.0 %	24.6 %
Sans emploi ou activité	14.2 %	16.6 %	13.5 %
Retraité.e	3.4 %	13.3 %	0.5 %
Inactivité pour raison de santé	3.1 %	8.3 %	1.7 %
Aidant(e) familial(e)	0.2 %	0.0 %	0.2 %
Antécédent de chirurgie bariatrique^c			
Non	82.1 %	36.7 %	95.2 %
Oui	4.9 %	5.0 %	4.8 %
Diagnostic auto-rapporté			
Doute ou pas sûre	31.0 %	31.7 %	30.8 %
Aucun	25.2 %	0.0 %	32.5 %
Hyperphagie boulimique	23.6 %	38.3 %	19.3 %
Anorexie mentale avec accès hyperphagiques	13.3 %	15.8 %	12.5 %
Boulimie	5.8 %	13.3 %	3.6 %

Note. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison des valeurs manquantes (NA) ou des arrondis. ^a En raison d'un amendement éthique (au préalable catégoriel), l'âge numérique a été calculé sur l'échantillon partiel l'ayant renseigné (n = 464 au global, dont n = 50 pour la clinique). ^b L'IMC a été calculé sur n = 533 au global. ^c La modalité de recueil de cette variable a engendré 13.1 % de données manquantes au niveau global (majoritairement issues de l'échantillon clinique).

Données collectées

Dissociation (DES) : La Dissociative Experiences Scale (DES ; Bernstein et al., 1986), dans sa version validée en langue française (Darves-Bornoz et al., 1999), est un auto-questionnaire de 28 items évaluant la fréquence d'apparition de divers symptômes dissociatifs. Cet instrument permet d'explorer le continuum de la dissociation à travers trois dimensions cliniques (Carlson & Putnam, 1993) : l'amnésie dissociative, la dépersonnalisation/déréalisation, et l'absorption dissociative. Pour chaque proposition, les participants sont invités à indiquer le pourcentage du temps où ils vivent cette expérience au quotidien, sur une échelle allant de 0 % (« Jamais ») à 100 % (« Toujours »), par paliers de 10 %. La validation francophone a démontré de bonnes qualités psychométriques, tant en population générale qu'auprès d'échantillons cliniques. Bien que la littérature psychométrique récente débattenne parfois de la structure factorielle optimale de l'outil ; certains auteurs privilégiant un modèle unidimensionnel ou bifactoriel en raison de la forte corrélation entre les items, l'extraction des trois sous-dimensions distinctes a été volontairement conservée pour cette étude après vérification du modèle factoriel via une analyse factorielle confirmatoire. La consistance interne de s'est avérée très bonne à excellente, tant pour le score total ($\omega = .94$) que pour les trois sous-dimensions : amnésie dissociative ($\omega = .82$), dépersonnalisation/déréalisation ($\omega = .84$) et absorption dissociative ($\omega = .88$).

Trouble de stress post traumatique simple et complexe (ITQ) : L'International Trauma Questionnaire (ITQ ; Cloitre et al., 2018), dans sa version validée en langue française (Peraud et al., 2022), est un auto-questionnaire de 18 items élaboré pour évaluer les symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et du TSPT Complexe (TSPT-C) selon les critères diagnostiques de la 11e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Cet instrument distingue la dimension classique du TSPT (qui regroupe la reviviscence, l'évitement et le sentiment de menace) des perturbations de l'organisation du soi propres au TSPT-C (comprenant la dysrégulation émotionnelle, la perception négative de soi et les difficultés relationnelles). Les participants évaluent la sévérité de ces symptômes au cours du mois écoulé sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 (« Pas du tout ») à 4 (« Extrêmement »). La validation francophone a démontré de très bonnes propriétés psychométriques. Outre l'évaluation dimensionnelle de la sévérité, l'ITQ intègre un algorithme de cotation spécifique permettant un dépistage catégoriel. Un symptôme est considéré comme cliniquement significatif s'il est coté >2 (« Modérément »). Un dépistage positif au TSPT requiert la présence d'au moins un symptôme dans chacun de ses trois symptômes centraux, associée à une altération fonctionnelle significative (ex. : impact sur la vie sociale ou professionnelle). Le dépistage du TSPT-C exige de remplir l'intégralité des critères du TSPT, auxquels s'ajoute la présence d'au moins un symptôme dans chacun des trois domaines des perturbations de l'organisation du soi, ainsi qu'une altération fonctionnelle qui leur est spécifiquement imputable.

Conformément aux directives nosographiques de la CIM-11, ces profils sont mutuellement exclusifs : si les critères du TSPT-C sont remplis, ce diagnostic prime sur celui du TSPT classique. Dans la présente étude, la consistance interne des dimensions globales s'est avérée satisfaisante, avec un ω de McDonald de .81 pour la dimension classique du TSPT (6 items) et de .81 pour les perturbations de l'organisation du soi (DSO, 6 items). La fidélité des sous-dimensions, évaluée par le coefficient de Spearman-Brown (rsb) particulièrement adapté aux échelles à deux items, s'est révélée adéquate à excellente pour la perception négative de soi (rsb = .93), le sentiment de menace (rsb = .87), les difficultés relationnelles (rsb = .82), la reviviscence (rsb = .75) et l'évitement (rsb = .72). En revanche, la cohérence interne de la sous-dimension de dérégulation affective apparaît faible (rsb = .12). Ce résultat est toutefois conforme aux observations de Cloitre et al. (2018) et de Brewin et al. (2017), qui soulignent que ces deux items capturent volontairement des facettes opposées de la dysrégulation (l'hyperactivation et l'hypoactivation émotionnelle).

Dépistage des Troubles des Conduites Alimentaires (SCOFF) : Le questionnaire SCOFF (*Sick, Control, One stone, Fat, Food* ; (Morgan et al., 1999), dans sa version validée en langue française (Garcia et al., 2010), est un instrument de dépistage des troubles des conduites alimentaires (TCA). Il se compose de cinq questions à réponse dichotomique (Oui / Non) explorant les pensées et comportements caractéristiques de ces pathologies (tels que la perte de poids sévère, les vomissements provoqués ou les distorsions corporelles). Chaque réponse affirmative se voit attribuer un point, générant un score total compris entre 0 et 5. Un score seuil supérieur ou égal à 2 indique un dépistage positif et une forte probabilité clinique de TCA. Cet outil a largement démontré sa validité, tant en population clinique qu'en population générale. La robustesse de ses qualités psychométriques a d'ailleurs été confirmée par une récente méta-analyse (Kutz et al., 2020) établissant sa sensibilité globale à 0.86 et sa spécificité à 0.83. Dans le cadre de la présente recherche, ce seuil de positivité (>2) a été utilisé comme critère standardisé pour l'inclusion des participants issus de l'échantillon communautaire. Le questionnaire est cependant limité quant au dépistage de l'hyperphagie boulimique (Kutz et al., 2020).

Sévérité des accès hyperphagiques (BES) : La *Binge Eating Scale* (BES ; Gormally et al., 1982), dans sa version validée en langue française (Brunault et al., 2016), est un auto-questionnaire de 16 items conçu pour évaluer la présence et la sévérité des accès hyperphagiques. Cet instrument permet non seulement de quantifier l'intensité des symptômes (en capturant à la fois les aspects comportementaux et les composantes cognitivo-émotionnelles liées aux accès hyperphagiques), mais constitue également un outil de dépistage de référence pour l'hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder ; Decroix et al., 2019). Pour chaque item, les participants sont invités à lire un groupe d'affirmations et à sélectionner la formulation qui correspond le mieux à leur situation actuelle.

Un score total élevé reflète une symptomatologie hyperphagique sévère. Dans cette étude la fidélité interne de l'échelle était suffisante (ω McDonald = .87).

Symptomatologie alimentaire (EDE-Q) : L'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q ; Fairburn & Beglin, 1994), dans sa version validée en langue française (Carrard et al., 2015) est un auto-questionnaire de 28 items conçu pour évaluer la présence et la sévérité de la symptomatologie associée aux troubles des conduites alimentaires au cours des 28 derniers jours. Cet instrument de référence se structure autour de quatre sous-dimensions cliniques mesurant les attitudes et préoccupations des patients : (1) la restriction alimentaire, (2) les préoccupations concernant l'alimentation, (3) les préoccupations concernant la forme du corps, et (4) les préoccupations concernant le poids. Les participants évaluent la fréquence ou la sévérité de ces attitudes sur une échelle de Likert en 7 points, allant de 0 (« Jamais » ou « Pas du tout ») à 6 (« Tous les jours » ou « Extrêmement »). Outre ces composantes cognitivo-comportementales, l'EDE-Q comprend des items spécifiques évaluant quantitativement la fréquence d'apparition de comportements alimentaires désordonnés (ex. : nombre d'accès hyperphagiques objectifs, de vomissements provoqués, d'utilisation de laxatifs ou d'épisodes d'exercice physique compulsif). Un score dimensionnel élevé, associé à la présence de ces comportements, reflète une psychopathologie alimentaire sévère. L'échelle démontre d'excellentes qualités psychométriques, avec une forte cohérence interne tant en population clinique qu'en population communautaire. Dans cette étude, la consistance interne de l'échelle, évaluée par le ω de McDonald, s'est avérée excellente pour le score global (ω = .92). Les indices de fidélité pour les sous-dimensions se sont également révélés satisfaisants à très bons : Préoccupations concernant la forme du corps (ω = .87), Restriction alimentaire (ω = .82), Préoccupations concernant l'alimentation (ω = .77) et Préoccupations concernant le poids (ω = .75).

Dysrégulation émotionnelle (DERS) : La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS ; Gratz & Roemer, 2004), dans sa version validée en langue française (Dan-Glauser & Scherer, 2013), est un auto-questionnaire de 36 items conçu pour évaluer de manière multidimensionnelle les déficits de régulation émotionnelle. L'échelle se structure autour de six dimensions cliniques distinctes : (1) la non-acceptation des réponses émotionnelles, (2) l'incapacité à s'engager dans des comportements dirigés vers un but lors d'affects négatifs, (3) les difficultés de contrôle des impulsions, (4) le manque de conscience émotionnelle, (5) l'accès limité aux stratégies de régulation, et (6) le manque de clarté émotionnelle. Les participants évaluent la fréquence de ces expériences sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (« Presque jamais ») à 5 (« Presque toujours »). Un score global ou dimensionnel élevé reflète des difficultés importantes à réguler ses émotions dans la compétence concernée.

Dans cette étude, la consistance interne de l'échelle, évaluée par le ω de McDonald, s'est avérée suffisante pour le score total ($\omega = .94$) ainsi que pour l'ensemble des dimensions : Non-acceptation ($\omega = .92$), Buts dirigés ($\omega = .89$), Impulsivité ($\omega = .88$), Conscience ($\omega = .88$), Stratégies ($\omega = .88$) et Clarté ($\omega = .85$).

Réactivité émotionnelle (ERS) : L'*Emotion Reactivity Scale* (ERS ; Nock et al., 2008), dans sa version validée en langue française (Lannoy et al., 2014), est un auto-questionnaire conçu pour évaluer le niveau et les caractéristiques des réponses émotionnelles d'un individu face aux événements de vie. L'outil se compose de 21 items permettant de générer un score global de réactivité émotionnelle, qui se décline en trois dimensions : la sensibilité, l'intensité et la persistance émotionnelle. Les participants évaluent chaque proposition sur une échelle en 5 points, allant de 0 (« Ne me correspond pas du tout ») à 4 (« Me correspond tout à fait »). Un score total élevé indique une réactivité émotionnelle importante. Sur le plan psychométrique, cette échelle a démontré de solides qualités, incluant une bonne validité convergente, discriminante et de critère. Dans cette étude la consistance interne de l'échelle était de $\omega = .90$ pour la sensibilité émotionnelle ; $\omega = .83$ pour l'intensité émotionnelle ; $\omega = .86$ pour la persistance émotionnelle et avec un coefficient de $\omega = .93$ pour le score total.

Statistiques

Les analyses ont été réalisées sous R. Une analyse de profils latents (*Latent Profile Analysis, LPA*) a été conduite afin d'identifier des sous-groupes homogènes de participants à partir de dimensions continues de dysrégulation émotionnelle et de réactivité émotionnelle. Afin de rendre les indicateurs comparables malgré leurs métriques différentes, les variables utilisées pour estimer les profils ont été standardisées en scores z avant l'analyse. Ainsi, les profils latents reflètent des positions relatives des participants sur les différentes dimensions émotionnelles, exprimées en écarts-types par rapport à la moyenne de l'échantillon. Deux paramétrisations de modèles ont été comparées, avec des solutions allant de 1 à 8 classes. Le choix du modèle final ne reposait pas sur un seul indice d'ajustement, mais sur une évaluation conjointe de plusieurs critères : log-vraisemblance, AIC, BIC, SABIC, entropie, probabilités postérieures moyennes, taille minimale des classes et interprétabilité clinique. Le modèle 2 a été retenu car il offrait le compromis le plus satisfaisant entre ajustement statistique, précision de classification, parcimonie et cohérence clinique. Bien que certains indices d'information continuaient à s'améliorer dans des solutions plus complexes, celles-ci s'accompagnaient d'une diminution de la taille minimale des classes et d'un risque de sur-extraction. La solution finale retenue était une solution à 5 profils, jugée la plus pertinente sur les plans statistique et substantif.

Après extraction des profils, des analyses descriptives ont été réalisées afin de caractériser chaque classe. Les variables internes, c'est-à-dire les dimensions émotionnelles ayant servi à estimer les profils, ont été examinées au moyen d'analyses de variance à un facteur (ANOVA), suivies de comparaisons post hoc avec correction de Tukey. Ces analyses n'avaient pas pour objectif de constituer une validation indépendante des profils, puisque ces variables participaient directement à leur estimation, mais de décrire la configuration interne de la solution latente et de faciliter son interprétation clinique. Les résultats sur ces indicateurs internes ont été présentés sous forme de moyennes, écarts-types, statistiques F et comparaisons post hoc, comme indices de caractérisation descriptive des profils.

Les variables externes continues, non incluses dans l'estimation de la LPA, ont également été comparées entre profils à l'aide d'ANOVA à un facteur, suivies de tests post hoc de Tukey lorsque l'effet global était significatif. Ces variables comprenaient les dimensions des troubles des conduites alimentaires, les indicateurs dissociatifs, ainsi que les dimensions symptomatiques du trauma. Les résultats sont présentés sous forme de moyennes et écarts-types par profil, avec les statistiques F et les valeurs de p associées. Pour faciliter la lecture des comparaisons multiples, les sous-groupes homogènes ont été indiqués par des indices alphabétiques : les profils partageant au moins une lettre ne différaient pas significativement entre eux, tandis que des lettres distinctes indiquaient une différence significative à $p < .05$.

Les variables catégorielles externes ont été examinées à l'aide de tests du χ^2 d'indépendance. Lorsqu'une association globale était observée, l'interprétation reposait sur l'examen des résidus standardisés ajustés, afin d'identifier les catégories sur- ou sous-représentées dans chaque profil. La force de l'association était quantifiée à l'aide du V de Cramer. Les analyses portant sur les variables internes ont ainsi été interprétées comme une caractérisation descriptive de la structure latente, tandis que les analyses conduites sur les variables cliniques, dissociatives et traumatiques non incluses dans l'estimation des profils ont été considérées comme des analyses de validation externe.

Corrélations (rho de Spearman) entre les variables des Études 3 et 4

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Âge	—																							
2. DERS Conscience	-.06	—																						
3. DERS Clarté	-.14**	.62***	—																					
4. DERS Non-acceptation	-.06	.25***	.44***	—																				
5. DERS Impulsivité	-.12*	.10*	.33***	.47***	—																			
6. DERS Buts	-.11*	-.01	.26***	.47***	.59***	—																		
7. DERS Stratégies	-.12*	.12**	.39***	.64***	.68***	.71***	—																	
8. ERS Sensibilité	-.06	-.04	.21***	.42***	.56***	.46***	.58***	—																
9. ERS Intensité	-.11*	-.08	.20***	.45***	.59***	.51***	.59***	.85***	—															
10. ERS Persistance	.02	-.05	.20***	.46***	.49***	.52***	.63***	.71***	.70***	—														
11. ITQ Reviviscence	-.20***	.05	.21***	.31***	.30***	.24***	.34***	.27***	.34***	.29***	—													
12. ITQ Évitement	-.11*	.06	.27***	.33***	.27***	.31***	.38***	.31***	.34***	.31***	.45***	—												
13. ITQ Sentiment de menace	-.06	.09*	.31***	.41***	.34***	.33***	.45***	.41***	.43***	.40***	.43***	.43***	—											
14. ITQ Dérégulation affective	-.10*	.17***	.36***	.36***	.38***	.41***	.51***	.36***	.36***	.38***	.24***	.33***	.41***	—										
15. ITQ Perception de soi	-.15**	.27***	.38***	.44***	.30***	.28***	.43***	.35***	.38***	.33***	.29***	.32***	.41***	.39***	—									
16. ITQ Difficultés relationnelles	-.09	.23***	.42***	.37***	.33***	.35***	.47***	.35***	.36***	.31***	.26***	.29***	.44***	.53***	.53***	—								
17. EDE-Q Restriction	-.11*	.12**	.15***	.16***	.17***	.06	.20***	.16***	.16***	.16***	.20***	.18***	.18***	.06	.25***	.21***	—							
18. EDE-Q Préc. forme	-.14**	.12**	.17***	.26***	.31***	.19***	.32***	.28***	.29***	.26***	.28***	.23***	.24***	.16***	.38***	.18***	.52***	—						
19. EDE-Q Préc. poids	-.09	.11*	.19***	.25***	.27***	.19***	.28***	.22***	.24***	.21***	.30***	.21***	.25***	.12**	.37***	.17***	.44***	.83***	—					
20. EDE-Q Préc. alimentaire	-.10*	.21***	.30***	.35***	.34***	.23***	.36***	.26***	.24***	.24***	.30***	.22***	.23***	.16***	.37***	.25***	.48***	.67***	.61***	—				
21. BES Hyperphagie	.00	.09*	.20***	.24***	.30***	.23***	.29***	.22***	.22***	.23***	.18***	.23***	.16***	.16***	.21***	.19***	.30***	.50***	.43***	.64***	—			
22. DES Amnésie	-.19***	.10*	.25***	.23***	.29***	.28***	.26***	.25***	.29***	.15***	.34***	.24***	.24***	.27***	.28***	.28***	.12**	.22***	.21***	.22***	.19***	—		
23. DES Dépersonnalisation	-.32***	.16***	.40***	.37***	.35***	.31***	.40***	.34***	.38***	.29***	.37***	.33***	.38***	.37***	.42***	.42***	.24***	.32***	.28***	.31***	.25***	.51***	—	
24. DES Absorption	-.36***	.05	.26***	.34***	.33***	.34***	.39***	.40***	.41***	.30***	.45***	.39***	.36***	.33***	.36***	.37***	.20***	.29***	.27***	.29***	.24***	.62***	.69***	—

Note. DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale ; ERS = Emotion Reactivity Scale ; ITQ = International Trauma Questionnaire ; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire ; BES = Binge Eating Scale ; DES = Dissociative Experiences Scale.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Résultats

Sélection du modèle

Les indices d'ajustement des solutions de 1 à 8 classes sont présentés dans le Tableau 9. L'ensemble des tests BLRT était significatif ($p < .01$), indiquant que chaque solution à k classes améliorait significativement l'ajustement par rapport à la solution à $k - 1$ classes. Les indices d'information (AIC, BIC, SABIC) décroissaient de manière continue avec l'augmentation du nombre de classes, sans point d'inflexion net. La solution à 5 profils a été retenue sur la base d'une évaluation conjointe de plusieurs critères. D'un point de vue statistique, elle présentait une réduction substantielle du BIC par rapport à la solution à 4 classes ($\Delta\text{BIC} = -41$), une entropie satisfaisante (0.842) et des probabilités postérieures moyennes comprises entre .868 et .956, indiquant une bonne précision de classification. Bien que les solutions à 6 et 7 classes amélioraient marginalement les indices d'information, elles s'accompagnaient d'une diminution de la taille minimale des classes en deçà du seuil de 10 % de l'échantillon (6.5 % et 6.1 % respectivement), augmentant le risque de sur-extraction et limitant la fiabilité des comparaisons inter-profils. La solution à 5 profils, dont la classe la plus petite regroupait 12.6 % des participants ($n = 60$), a ainsi été jugée optimale au regard du compromis entre ajustement statistique, parcimonie et interprétabilité clinique, conformément aux recommandations de Nylund-Gibson & Choi (2018).

Tableau 9.

Indices d'ajustement des modèles de profils latents selon les différentes solutions en classes.

	AIC	BIC	SABIC	Entropy	BLRT	p	Prob. min	Prob. max	Class min	Class max
1	12159.00	12234.00	12177.00	1.000	—	—	1.000	1.000	1.000	1.000
2	10755.00	10909.00	10792.00	0.875	1442.0	< .01	0.958	0.963	0.495	0.505
3	10357.00	10590.00	10412.00	0.872	436.00	< .01	0.936	0.949	0.225	0.467
4	10203.00	10516.00	10278.00	0.875	192.00	< .01	0.887	0.944	0.137	0.423
5	10084.00	10475.00	10177.00	0.842	157.00	< .01	0.868	0.956	0.126	0.267
6	9992.00	10463.00	10104.00	0.853	130.00	< .01	0.864	0.950	0.065	0.261
7	9939.00	10489.00	10070.00	0.861	91.40	< .01	0.843	0.950	0.061	0.255
8	9870.00	10499.00	10020.00	0.870	107.00	< .01	0.809	0.953	0.059	0.204

Caractérisation interne des profils

Les cinq profils se distinguent de manière hautement significative sur l'ensemble des neuf dimensions émotionnelles utilisées pour l'estimation (tous les $F > 49.6$, tous les $p < .001$; Tableau 10). Les tailles d'effet sont systématiquement élevées, en particulier pour l'accès limité aux stratégies de régulation ($F = 268.0$), l'intensité émotionnelle ($F = 222.0$), la sensibilité émotionnelle ($F = 220.0$) et les difficultés de contrôle des impulsions ($F = 138.0$).

Tableau 10.
Caractéristiques internes des profils latents sur les dimensions émotionnelles.

Variable	Profil 1 (n = 85)	Profil 2 (n = 124)	Profil 3 (n = 79)	Profil 4 (n = 127)	Profil 5 (n = 60)	F	p
Non-acceptation	15.4 (4.90) ^c	21.9 (5.08) ^b	24.1 (5.62) ^a	15.9 (6.21) ^c	9.92 (3.42) ^d	88.3	< .001
Manque de clarté émotionnelle	15.1 (3.18) ^a	16.3 (4.02) ^a	16.0 (4.71) ^a	11.5 (3.25) ^b	8.50 (1.87) ^c	69.5	< .001
Manque de conscience émotionnelle	23.1 (3.64) ^a	20.4 (5.29) ^b	18.5 (6.04) ^c	16.4 (5.18) ^d	12.6 (3.93) ^e	49.6	< .001
Difficulté engager comportements	12.8 (4.27) ^d	19.6 (2.98) ^b	21.7 (2.97) ^a	15.6 (3.71) ^c	11.8 (4.06) ^d	115.0	< .001
Difficultés contrôle des impulsions	11.7 (3.37) ^d	18.1 (4.60) ^b	21.8 (5.06) ^a	13.3 (3.23) ^c	8.98 (1.99) ^e	138.0	< .001
Accès limité aux stratégies	19.8 (4.66) ^d	29.6 (3.57) ^b	33.3 (4.00) ^a	22.1 (4.06) ^c	14.8 (4.11) ^e	268.0	< .001
Intensité émotionnelle	9.21 (3.75) ^c	18.5 (4.44) ^b	24.9 (2.34) ^a	17.6 (4.06) ^b	9.68 (4.29) ^c	222.0	< .001
Persistance émotionnelle	6.81 (2.87) ^d	11.6 (2.52) ^b	14.7 (1.35) ^a	10.7 (2.49) ^c	6.92 (2.73) ^d	143.0	< .001
Sensibilité émotionnelle	14.1 (5.08) ^c	25.2 (5.01) ^b	34.0 (3.52) ^a	25.2 (5.49) ^b	13.6 (6.04) ^c	220.0	< .001

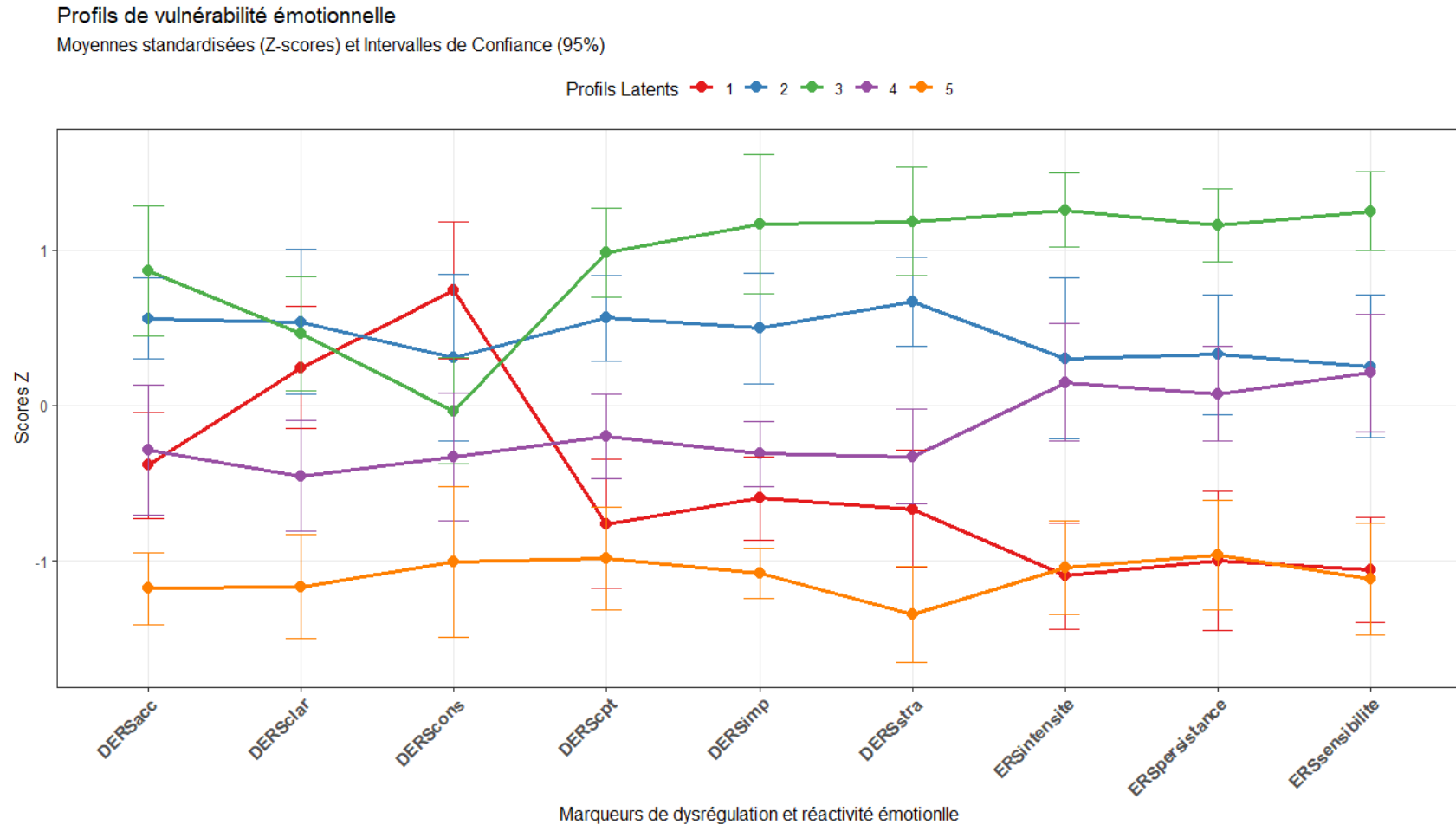
Note. Les valeurs sont exprimées en moyenne (écart-type). Les indices alphabétiques issus des comparaisons post hoc de Tukey indiquent les sous-groupes homogènes : deux profils partageant au moins une lettre (p. ex., ab et b) ne diffèrent pas significativement, tandis que deux profils ne partageant aucune lettre diffèrent significativement à $p < .05$.

Comme l'illustre la Figure 27, les profils s'organisent selon un gradient de vulnérabilité émotionnelle globale, tout en présentant des configurations qualitativement distinctes sur certaines dimensions.

- **Le profil 5 ($n = 60$, 12.6 %)** présente les scores les plus bas sur la quasi-totalité des dimensions de dysrégulation (DERS) et de réactivité émotionnelle (ERS). Il se caractérise par un accès satisfaisant aux stratégies de régulation ($M = 14.8$), un bon contrôle des impulsions ($M = 8.98$) et une faible intensité émotionnelle ($M = 9.68$). Ce profil correspond à un fonctionnement émotionnel comparativement préservé et sera désigné comme le profil « résilient émotionnel ».
- **Le profil 4 ($n = 127$, 26.7 %)** présente des niveaux modérés de dysrégulation émotionnelle, avec des scores intermédiaires sur les dimensions d'accès limité aux stratégies ($M = 22.1$), de difficultés d'engagement vers les buts ($M = 15.6$) et de contrôle des impulsions ($M = 13.3$). Il se distingue du profil 5 par une sensibilité émotionnelle plus élevée ($M = 25.2$ vs 13.6) et une persistance émotionnelle accrue ($M = 10.7$ vs 6.92), tout en maintenant des niveaux de non-acceptation émotionnelle relativement contenus ($M = 15.9$). Ce profil sera désigné comme « réactif modéré ».
- **Le profil 1 ($n = 85$, 17.8 %)** présente une configuration singulière, caractérisée par le score le plus élevé de l'échantillon sur le manque de conscience émotionnelle ($M = 23.1$), nettement supérieur à tous les autres profils. En revanche, l'intensité émotionnelle ($M = 9.21$) et la sensibilité émotionnelle ($M = 14.1$) sont comparables à celles du profil 5 (profil le moins symptomatique). Ce profil associe donc un déficit de conscience intéroceptive et émotionnelle à une faible réactivité émotionnelle rapportée, configuration évocatrice d'un fonctionnement marqué par l'émoussement ou le désinvestissement émotionnel plutôt que par l'hyperactivation. Il sera désigné comme le profil « alexithymique / hyporéactif ».
- **Le profil 2 ($n = 124$, 26.1 %)** se caractérise par des scores élevés sur l'ensemble des dimensions de dysrégulation et de réactivité, en particulier l'accès limité aux stratégies ($M = 29.6$), la non-acceptation émotionnelle ($M = 21.9$), la sensibilité émotionnelle ($M = 25.2$) et l'intensité émotionnelle ($M = 18.5$). Ce profil reflète une vulnérabilité émotionnelle marquée et diffuse, avec un retentissement sur les capacités d'autorégulation. Il sera désigné comme « dysrégulé réactif ».
- **Le profil 3 ($n = 79$, 16.6 %)** présente les scores les plus élevés sur l'ensemble des dimensions, avec des élévations particulièrement marquées sur la sensibilité émotionnelle ($M = 34.0$), l'intensité émotionnelle ($M = 24.9$), la persistance émotionnelle ($M = 14.7$), les difficultés de contrôle des impulsions ($M = 21.8$) et l'accès limité aux stratégies ($M = 33.3$). Ce profil correspond à une vulnérabilité émotionnelle sévère et pervasive, caractérisée par une hyperréactivité émotionnelle combinée à un déficit majeur des capacités régulatrices. Il sera désigné comme le profil « hyperréactif dysrégulé ».

Figure 27.

Profils latents de vulnérabilité émotionnelle : moyennes standardisées sur les dimensions de dysrégulation et de réactivité émotionnelles.



Note.

Les points représentent les moyennes standardisées (z-scores) observées pour chaque profil latent sur les variables indicatrices de la solution, les barres d'erreur correspondent aux intervalles de confiance à 95 %. Les dimensions incluent des dimensions aux échelles de dysrégulation émotionnelle (DERS) et de réactivité émotionnelle (ERS). Les différences observées relèvent de la caractérisation interne des profils latents.

Validation externe : symptomatologie alimentaire et dissociation

Les cinq profils différaient significativement sur la majorité des dimensions de la symptomatologie alimentaire et sur l'ensemble des indicateurs dissociatifs. Les préoccupations alimentaires ($F = 20.6, p < .001$), les préoccupations relatives à la silhouette ($F = 14.0, p < .001$) et au poids ($F = 11.8, p < .001$), le score total de la BES ($F = 12.0, p < .001$) et la fréquence des accès hyperphagiques ($F = 4.51, p = .001$) variaient significativement entre profils. En revanche, les comportements compensatoires (vomissements, $F = 1.61, p = .171$; laxatifs, $F = 1.20, p = .312$; exercice physique, $F = 1.75, p = .137$) ne différaient pas significativement entre les profils. Ce pattern suggère que la vulnérabilité émotionnelle est davantage associée aux dimensions cognitivo-affectives de la pathologie alimentaire (préoccupations, perte de contrôle) qu'aux comportements compensatoires eux-mêmes, observation cohérente avec la lecture fonctionnelle proposée par Fairburn et al. (2003) et Waller (2008). Les comparaisons post-hoc révèlent une gradation parallèle à celle observée sur les variables internes : le profil 5 (résilient) présentait systématiquement les scores les plus bas de sévérité alimentaire, tandis que les profils 2 (dysrégulé réactif) et 3 (hyperréactif dysrégulé) présentaient les scores les plus élevés, sans se distinguer significativement entre eux sur les préoccupations alimentaires et les accès hyperphagiques.

Sur le plan dissociatif, les différences entre profils étaient particulièrement marquées pour l'absorption dissociative ($F = 29.6, p < .001$), la dépersonnalisation ($F = 24.6, p < .001$) et l'amnésie dissociative ($F = 12.3, p < .001$). Le profil 3 (hyperréactif dysrégulé) présentait le score d'absorption le plus élevé de l'échantillon ($M = 57.9$), significativement supérieur à celui du profil 2 (dysrégulé réactif) ($M = 44.8$), qui se distinguait lui-même des profils 1, 4 et 5. La dépersonnalisation et l'amnésie suivaient un pattern similaire, les profils 2 et 3 se distinguant conjointement des trois autres profils.

Tableau 11.*Comparaison des profils latents sur les variables externes liées aux TCA et à la dissociation.*

Variable	Profil 1 (n = 85)	Profil 2 (n = 124)	Profil 3 (n = 79)	Profil 4 (n = 127)	Profil 5 (n = 60)	F	p
EDE-Q Restriction	2.13 (1.60) ^{abcd}	2.28 (1.67) ^{ab}	2.72 (1.80) ^b	2.01 (1.73) ^{acd}	1.37 (1.25) ^{cd}	6.14	< .001
EDE-Q Shape concern	4.08 (1.24) ^a	4.60 (1.31) ^b	4.83 (1.05) ^b	4.23 (1.24) ^{ab}	3.38 (1.49) ^c	14.0	< .001
EDE-Q Weight concern	3.90 (1.29) ^{ab}	4.31 (1.33) ^{ac}	4.59 (1.11) ^c	3.79 (1.27) ^{bd}	3.27 (1.40) ^d	11.8	< .001
EDE-Q Eating concern	2.38 (1.38) ^a	3.07 (1.44) ^b	3.19 (1.50) ^b	2.35 (1.38) ^a	1.39 (0.98) ^c	20.6	< .001
EDE-Q14 accès hyperphagiques	7.82 (8.41) ^{ab}	10.4 (9.66) ^a	11.8 (11.9) ^a	9.43 (13.8) ^a	4.70 (5.80) ^b	4.51	.001
EDE-Q16 (vomissement)	1.29 (4.51) ^a	3.78 (11.7) ^a	3.49 (12.7) ^a	2.87 (10.1) ^a	0.70 (2.38) ^a	1.61	.171
EDE-Q17 (laxatifs)	1.15 (4.60) ^a	0.93 (3.86) ^a	1.84 (5.99) ^a	0.99 (4.50) ^a	0.23 (1.11) ^a	1.20	.312
EDE-Q18 (activité physique)	6.11 (9.05) ^a	5.94 (8.83) ^a	6.29 (8.90) ^a	4.50 (7.52) ^a	3.38 (6.87) ^a	1.75	.137
BES total	23.0 (7.88) ^{ab}	27.7 (9.16) ^c	27.9 (8.81) ^c	23.9 (10.4) ^a	19.3 (8.58) ^b	12.0	< .001
DES Absorption	28.7 (18.5) ^a	44.8 (23.4) ^b	57.9 (21.5) ^c	38.9 (22.8) ^b	24.2 (16.7) ^a	29.6	< .001
DES Dépersonnalisation	17.0 (18.4) ^a	31.2 (23.0) ^b	35.4 (24.3) ^b	17.5 (16.4) ^a	9.92 (10.5) ^a	24.6	< .001
DES Amnésie	7.43 (9.52) ^a	15.1 (16.1) ^b	18.1 (16.0) ^b	9.99 (13.1) ^a	5.53 (8.65) ^a	12.3	< .001

Note. Les valeurs sont exprimées en moyenne (écart-type). Les lettres issues des comparaisons post hoc de Tukey indiquent les sous-groupes homogènes : deux profils partageant au moins une lettre ne diffèrent pas significativement, tandis que deux profils ne partageant aucune lettre diffèrent significativement à $p < .05$.

Validation externe : symptomatologie post-traumatique

Les profils différaient significativement sur l'ensemble des dimensions de l'ITQ (tous les $F > 20.7$, tous les $p < .001$). Les scores les plus élevés étaient systématiquement observés dans le profil 3 (hyperréactif dysrégulé), suivi du profil 2 (dysrégulé réactif), tant pour les symptômes cardinaux du TSPT (reviviscence, évitement, sentiment de menace) que pour les perturbations de l'organisation de soi caractéristiques du TSPT complexe (dysrégulation émotionnelle, perception négative de soi, déficits relationnels).

Le score total de TSPT complexe (ITQ CPTSD) montrait une gradation significative entre les cinq profils : profil 5 ($M = 13.3$) < profils 1 et 4 ($M \approx 20.3$ – 21.2) < profil 2 ($M = 28.8$) < profil 3 ($M = 34.0$), $F = 80.9$, $p < .001$.

Tableau 12.

Comparaison des profils latents sur les dimensions de la symptomatologie traumatique.

Variable	Profil 1 (n = 85)	Profil 2 (n = 124)	Profil 3 (n = 79)	Profil 4 (n = 127)	Profil 5 (n = 60)	F	p
Reviviscence	3.06 (2.19) c	4.10 (2.15) b	5.22 (2.03) a	3.11 (2.09) c	2.47 (2.00) c	20.7	< .001
Évitement	3.27 (2.21) cd	4.99 (2.17) b	5.90 (2.02) a	3.84 (2.28) c	2.81 (1.97) d	27.1	< .001
Menace	3.71 (2.59) c	5.71 (2.18) b	6.78 (1.52) a	4.06 (2.56) c	3.08 (2.47) c	35.4	< .001
Dysrégulation émotionnelle	3.19 (1.79) c	3.98 (1.67) b	4.91 (1.55) a	3.13 (1.59) c	1.78 (1.19) d	37.7	< .001
Perception négative de soi	3.64 (2.59) b	5.03 (2.61) a	5.86 (2.45) a	3.59 (2.76) b	1.59 (1.86) c	29.9	< .001
Déficits relationnels	3.44 (2.28) b	4.97 (2.28) a	5.34 (2.10) a	3.44 (2.24) b	1.56 (1.56) c	36.0	< .001
ITQ TSPT total	10.0 (5.47) cd	14.8 (4.73) b	17.9 (3.67) a	11.0 (5.10) c	8.37 (5.25) d	49.7	< .001
ITQ DSO total	10.3 (5.10) c	14.0 (4.95) b	16.1 (4.48) a	10.2 (5.01) c	4.93 (3.06) d	59.9	< .001
ITQ CPTSD total	20.3 (8.32) c	28.8 (8.09) b	34.0 (6.25) a	21.2 (8.39) c	13.3 (6.82) d	80.9	< .001

Note. Les valeurs sont exprimées en moyenne (écart-type). Les lettres issues des comparaisons post hoc de Tukey indiquent les sous-groupes homogènes : deux profils partageant au moins une lettre ne diffèrent pas significativement, tandis que deux profils ne partageant aucune lettre diffèrent significativement à $p < .05$.

Association avec l'estimation diagnostique de TSPT(c)

La distribution du statut diagnostique différait significativement entre les profils, $\chi^2(8) = 125.32$, $p < .001$, $V = .364$. Le TSPT complexe était fortement surreprésenté dans les profils les plus sévères : 68.4 % des participants du profil 3 et 49.2 % du profil 2 présentaient un diagnostic de TSPT complexe, contre 13.1 % dans le profil 1, 15.0 % dans le profil 4 et 3.4 % dans le profil 5. Inversement, l'absence de diagnostic était nettement surreprésentée dans le profil 5 (84.7 %) et le profil 4 (67.7 %). La proportion de TSPT simple était relativement stable entre les profils (10.1 % à 17.3 %), sans surreprésentation marquée dans aucun groupe. Les résidus standardisés ajustés confirmaient une surreprésentation significative du TSPT complexe dans les profils 2 et 3, et une surreprésentation de l'absence de diagnostic dans les profils 1, 4 et 5.

Tableau 13.

Distribution du statut diagnostique ITQ selon les profils latents.

Variable	Modalité	Profil 1 (n = 84)	Profil 2 (n = 124)	Profil 3 (n = 79)	Profil 4 (n = 127)	Profil 5 (n = 59)	$\chi^2(df)$	p	V de Cramer
ITQ diagnostic	Absence de diagnostic	60 (71.4%)	46 (37.1%)	17 (21.5%)	86 (67.7%)	50 (84.7%)	125.32 (8)	< .001	.364
	TSPT	13 (15.5%)	17 (13.7%)	8 (10.1%)	22 (17.3%)	7 (11.9%)			
	TSPT complexe	11 (13.1%)	61 (49.2%)	54 (68.4%)	19 (15.0%)	2 (3.4%)			

Note. Les pourcentages sont calculés au sein de chaque profil. Les résidus standardisés ajustés indiquent une surreprésentation du TSPT complexe dans les profils 2 et 3, et une surreprésentation de l'absence de diagnostic dans les profils 1, 4 et 5. ITQ = International Trauma Questionnaire.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'identifier, à l'aide d'une analyse en profils latents, des sous-groupes homogènes de participants présentant des troubles des conduites alimentaires sur la base de leurs dimensions de dysrégulation émotionnelle (DERS) et de réactivité émotionnelle (ERS), puis d'examiner la validité externe de ces profils au regard de la symptomatologie alimentaire, des expériences dissociatives et du statut post-traumatique. La solution retenue à cinq profils met en évidence une hétérogénéité émotionnelle substantielle au sein des TCA, organisée selon un gradient de vulnérabilité globale mais présentant des configurations qualitativement distinctes dont les implications cliniques et théoriques dépassent une simple lecture en termes de sévérité.

Cette granularité est notablement plus fine que celle rapportée dans les études antérieures utilisant des approches similaires. Riddle et al. (2023), dans une LPA conduite sur les six sous-échelles de la DERS chez 315 patients souffrant de TCA avec perte de contrôle alimentaire, n'ont identifié que deux profils (haut vs bas en dysrégulation), concluant que la dysrégulation émotionnelle opère de manière unitaire plutôt que multidimensionnelle dans cette population.

Nordgren et al. (2022), avec un *factor mixture model* sur un échantillon plus large (N = 857), ont distingué trois classes, dont une caractérisée par un profil « à haut risque » associé à une comorbidité psychiatrique accrue. L'identification de cinq profils dans la présente étude peut s'expliquer par deux facteurs méthodologiques : l'inclusion conjointe de la dysrégulation (DERS) et de la réactivité émotionnelle (ERS) comme indicateurs de la LPA, ce qui enrichit l'espace latent et permet de capturer des dimensions que la seule DERS ne discrimine pas, notamment la conscience émotionnelle et la sensibilité émotionnelle ; et l'hétérogénéité de l'échantillon, composé d'individus issus de contextes cliniques et communautaires, ce qui élargit la variance et favorise l'émergence de profils plus nuancés.

Un profil de déconnexion émotionnelle : un angle mort clinique

Le résultat le plus original de cette étude concerne le profil 1 (17.8 % de l'échantillon), caractérisé par une configuration dissociée entre les dimensions de conscience émotionnelle et les dimensions de réactivité. Ce profil présente le score le plus élevé de l'ensemble de l'échantillon sur le manque de conscience émotionnelle (M = 23.1), nettement supérieur à tous les autres profils, y compris au profil 3 (le plus sévère). En revanche, l'intensité émotionnelle (M = 9.21) et la sensibilité émotionnelle (M = 14.1) sont comparables à celles du profil 5 (le plus préservé).

Ce découplage ne reflète pas un fonctionnement émotionnel intact : sur les variables de validation externe, le profil 1 se distingue du profil 5 par des scores significativement plus élevés de sévérité alimentaire (préoccupations alimentaires, insatisfaction corporelle), de dissociation (absorption, dépersonnalisation) et de symptomatologie post-traumatique (13.1 % de TSPT complexe vs 3.4 % dans le profil 5).

Cette configuration est évocatrice d'un fonctionnement alexithymique au sens où le déficit de conscience émotionnelle ne signifie pas une absence de vulnérabilité, mais une possible incapacité à percevoir et rapporter la détresse émotionnelle qui accompagne néanmoins la psychopathologie. Cette interprétation est cohérente avec les données méta-analytiques montrant que l'alexithymie et en particulier la difficulté à identifier les sentiments, est élevée dans l'ensemble du spectre des TCA, avec des tailles d'effet moyennes à grandes (Westwood et al., 2017), et avec les modèles proposant que l'alexithymie constitue un facteur de risque de la psychopathologie alimentaire via son impact délétère sur les capacités de régulation émotionnelle (Muir et al., 2024). De manière convergente, Aloi et al. (2024), dans une LPA transdiagnostique sur les capacités métacognitives chez des patients TCA, ont identifié un profil de « faible fonctionnement métacognitif » associé à des traits de détachement et à la sévérité des TCA, suggérant que les déficits de monitoring affectif constituent un facteur de vulnérabilité transversal.

Sur le plan clinique, ce profil représente un angle mort potentiel : ces individus pourraient être sous-identifiés en termes de besoins thérapeutiques, leur faible expressivité émotionnelle étant interprétée à tort comme un fonctionnement préservé mais questionne aussi la comorbidité très fréquente des troubles alimentaires avec le trouble du spectre de l'autisme (Westwood & Tchanturia, 2017). Les approches thérapeutiques ciblant spécifiquement la conscience intéroceptive et émotionnelle, telles que les interventions basées sur la pleine conscience corporelle ou les composantes de conscience émotionnelle du MANTRA (Treasure & Schmidt, 2013) pourraient être particulièrement pertinentes pour ce sous-groupe.

Dysrégulation réactive et hyperréactivité dysrégulée : un gradient quantitatif masquant une spécificité qualitative

Les profils 2 (dysrégulé réactif, 26.1 %) et 3 (hyperréactif dysrégulé, 16.6 %) partagent des élévations marquées sur la plupart des dimensions de dysrégulation et de réactivité émotionnelle, le profil 3 présentant systématiquement des scores supérieurs. Cependant, l'examen des variables de validation externe révèle un pattern plus complexe qu'un simple gradient de sévérité. Sur les dimensions alimentaires, les deux profils ne se distinguent pas significativement sur les préoccupations alimentaires (3.07 vs 3.19), les accès hyperphagiques (10.4 vs 11.8) ni la BES (27.7 vs 27.9).

En revanche, ils divergent nettement sur les indicateurs dissociatifs et post-traumatiques : l'absorption dissociative passe de 44.8 à 57.9 (profil 2 vs profil 3, $p < .001$), et le TSPT complexe de 49.2 % à 68.4 %. Ce pattern (un « plafond » de sévérité alimentaire coexistant avec une escalade traumatique et dissociative) suggère que les deux profils correspondent à des organisations processuelles qualitativement distinctes plutôt qu'à des degrés différents d'un même continuum. Dans le profil 2, la dysrégulation émotionnelle est active et se traduit par une sévérité alimentaire élevée ; les comportements alimentaires fonctionnent encore, au moins partiellement, comme des stratégies régulatrices. Dans le profil 3, l'intensité et la persistance émotionnelle dépassent les capacités d'autorégulation, et la dissociation émerge comme un mécanisme d'évitement complémentaire lorsque les stratégies alimentaires ne suffisent plus à contenir la détresse. Cette interprétation est compatible avec le modèle de la cascade défensive de Schauer & Elbert, (2010), selon lequel la dissociation constitue une réponse ultime de déconnexion face à une activation émotionnelle devenue intolérable. Elle converge également avec les travaux récents de Eibl & Nicoleta Turliuc (2025), qui ont montré dans un échantillon clinique d'anorexie mentale que les symptômes dissociatifs médient entièrement la relation entre TSPT complexe et symptomatologie alimentaire, soulignant le rôle de la dissociation comme mécanisme explicatif de l'articulation entre trauma et conduite alimentaire.

La spécificité du TSPT complexe : convergences avec la CIM-11

Un résultat particulièrement saillant de cette étude est la spécificité de l'association entre les profils de vulnérabilité émotionnelle et le TSPT complexe, plutôt que le TSPT simple. La proportion de TSPT simple reste relativement stable entre les profils (10.1 % à 17.3 %), sans pattern discriminant. En revanche, le TSPT complexe présente une gradation dramatique, passant de 3.4 % dans le profil 5 à 68.4 % dans le profil 3 ($\chi^2 = 125.32$, $V = .364$). Cette spécificité est cohérente avec la conceptualisation de la CIM-11, qui distingue le TSPT complexe du TSPT simple précisément par la présence de perturbations de l'organisation de soi (dysrégulation émotionnelle, perception négative de soi, déficits relationnels ; Cloitre et al., 2013 ; Maercker et al., 2022), des dimensions qui recouvrent directement les variables internes des profils les plus sévères identifiés dans la présente analyse. Ce résultat va au-delà de la simple comorbidité TCA-TSPT documentée dans la littérature (Brewerton et al., 2025 ; Day et al., 2024). Il montre que l'association n'est pas uniforme mais spécifique : ce n'est pas la dysrégulation émotionnelle en tant que dimension globale qui prédit le TSPT complexe, mais la combinaison d'une hyperréactivité émotionnelle (sensibilité et intensité élevées) et d'un déficit majeur des capacités régulatrices (accès limité aux stratégies, contrôle des impulsions défaillant) qui identifie les individus les plus à risque.

Cette observation renforce l'argument en faveur d'un dépistage systématique du TSPT complexe chez les patients TCA présentant un profil émotionnel de type hyperréactif dysrégulé, conformément aux recommandations récentes de Brewerton (2023) pour une intégration des évaluations traumatiques dans les pratiques courantes de prise en charge des TCA. Par ailleurs, les résultats de Hyland et al. (2024) qui ont identifié en population générale, par analyse en classes latentes, une classe « TSPT complexe + dissociation » distincte d'une classe TSPT complexe sans dissociation, éclairent la distinction entre nos profils 2 et 3. Le profil 2, caractérisé par un TSPT complexe élevé mais une dissociation modérée, pourrait correspondre à la classe CPTSD de Hyland, tandis que le profil 3, cumulant TSPT complexe et absorption dissociative très élevée, correspondrait à leur classe CPTSD + dissociation. Si cette correspondance était confirmée, elle suggérerait que les profils émotionnels identifiés dans les TCA reflètent des organisations post-traumatiques plus larges, documentées également en dehors du champ des troubles alimentaires.

Les comportements compensatoires : une dissociation entre forme et fonction

L'absence de différence significative entre les profils sur les comportements compensatoires (vomissements, $p = .171$; laxatifs, $p = .312$; exercice physique, $p = .137$) contraste avec les différences hautement significatives observées sur les dimensions attitudinales (préoccupations alimentaires, $p < .001$; insatisfaction corporelle, $p < .001$; sévérité de l'hyperphagie mesurée par la BES, $p < .001$).

Ce pattern indique que la vulnérabilité émotionnelle module la signification et l'intensité subjective des symptômes alimentaires, en particulier les préoccupations, la perte de contrôle et la détresse associée plutôt que les comportements alimentaires désordonnés eux-mêmes. Ce résultat converge avec ceux d'O'Loughlen et al. (2025), qui ont montré par LPA que les profils fonctionnels du binge eating se distinguent principalement sur les dimensions émotionnelles et traumatiques plutôt que sur la fréquence comportementale pure, le profil « Complexe » de leur étude étant caractérisé par des fonctions d'évitement émotionnel et de gestion traumatique du binge eating. Il rejoint également les données de Salas et al. (2025) montrant que les profils de stratégies de régulation émotionnelle expliquent une proportion substantielle de la variance des préoccupations corporelles et pondérales (16.8 %) mais une proportion nettement moindre de la restriction (8.9 %). Sur le plan clinique, ces données soutiennent l'idée que la prise en charge devrait cibler les processus émotionnels sous-jacents plutôt que les seuls comportements alimentaires observables, en cohérence avec les approches processuelles contemporaines (Hayes & Hofmann, 2019).

Profils émotionnels à sévérité modérée : vulnérabilité contenue mais non absente

Les profils 4 (réactif modéré, 26.7 %) et 5 (résilient émotionnel, 12.6 %) se situent à l'extrémité basse du gradient de vulnérabilité. Le profil 5, en particulier, présente les scores les plus bas sur toutes les dimensions de dysrégulation et de réactivité, ainsi que la plus faible prévalence de TSPT complexe (3.4 %) et les scores les plus bas de sévérité alimentaire. Le profil 4, bien que présentant une sensibilité et une persistance émotionnelle plus élevées que le profil 5, maintient un accès satisfaisant aux stratégies de régulation et un contrôle des impulsions préservé. Ces deux profils regroupent à eux seuls près de 40 % de l'échantillon, rappelant que la dysrégulation émotionnelle sévère, bien que fortement associée aux TCA, n'en constitue pas un corrélât universel. Ce résultat est cohérent avec les données de Riddle et al. (2023), qui ont identifié un sous-groupe substantiel de patients souffrant de TCA avec perte de contrôle alimentaire ne présentant pas d'élévation clinique de la dysrégulation émotionnelle. Il souligne la nécessité de ne pas réduire les TCA à une pathologie de la régulation émotionnelle et d'envisager des trajectoires multiples vers le désordre alimentaire, incluant des voies davantage cognitives ou socioculturelles (Fairburn et al., 2003 ; Stice, 2002).

Intégration théorique : vers un modèle configurationnel de la vulnérabilité émotionnelle dans les TCA

Pris ensemble, ces résultats soutiennent une lecture configurationnelle plutôt que dimensionnelle de la vulnérabilité émotionnelle dans les TCA. Le gradient de sévérité émotionnelle n'est pas linéaire : il est modulé par des présentations de configurations spécifiques de déconnexion émotionnelle (profil 1), dysrégulation active (profil 2), dissociation par débordement (profil 3) qui entretiennent des relations différenciées avec la symptomatologie alimentaire et post-traumatique. Cette lecture est compatible avec les modèles processuels de la psychopathologie (Borsboom, 2017 ; Hayes & Hofmann, 2019), selon lesquels les troubles résultent de l'activation mutuelle de processus interconnectés plutôt que de l'élévation linéaire d'un facteur unique. Le fait que les configurations émotionnelles les plus sévères soient associées non pas tant à une aggravation de la symptomatologie alimentaire en elle-même qu'à une charge post-traumatique et dissociative accrue a une implication théorique importante : il suggère que les processus émotionnels ne sont pas seulement des facteurs de maintien des TCA, mais des indicateurs de la complexité psychopathologique sous-jacente sous-entendant la probabilité d'une organisation post-traumatique comorbide. Cette perspective ouvre sur une conception stratifiée du soin dans les TCA, où l'évaluation de la vulnérabilité émotionnelle ne constitue pas un complément facultatif mais un outil de dépistage clinique permettant d'orienter l'intensité et la nature des interventions (Brewerton, 2023 ; Trottier & MacDonald, 2017).

Limites

Plusieurs limites doivent être soulignées. Premièrement, le design transversal ne permet pas d'établir de liens de causalité entre les profils de vulnérabilité émotionnelle et la symptomatologie alimentaire ou post-traumatique. Il n'est pas possible de déterminer si les configurations émotionnelles identifiées constituent des facteurs de vulnérabilité préexistants, des conséquences de la chronicisation des troubles, ou les deux simultanément. D'autres analyses et des données longitudinales sont nécessaires pour examiner la stabilité temporelle des profils et leur valeur prédictive sur l'évolution clinique. Deuxièmement, l'ensemble des mesures repose sur des auto-questionnaires, ce qui pose un problème spécifique dans le contexte de cette étude : les participants caractérisés par un déficit important de conscience émotionnelle (profil 1) sont précisément ceux dont les réponses aux questionnaires évaluant la réactivité émotionnelle risquent d'être les moins fiables, un paradoxe méthodologique inhérent à l'évaluation auto-rapportée de l'alexithymie (Westwood et al., 2017).

Des mesures complémentaires écologiques (*Ecological Momentary Assessment*), comportementales ou physiologiques permettraient possiblement de distinguer une faible réactivité émotionnelle réelle d'une faible conscience de cette réactivité. Troisièmement, bien que l'entropie de la solution à 5 profils soit satisfaisante (0.842), la taille de la plus petite classe (profil 5 : $n = 60$, 12.6 %) limite la puissance des comparaisons impliquant ce profil et la précision des estimations des paramètres de cette classe. Quatrièmement, les variables de la LPA sont exclusivement émotionnelles ; d'autres dimensions potentiellement pertinentes, notamment la rigidité cognitive, l'impulsivité, les dimensions intéroceptives ou les caractéristiques de personnalité, n'ont pas été incluses dans l'estimation des profils et pourraient modifier la structure latente si elles étaient intégrées. Cinquièmement, l'échantillon est majoritairement féminin et la transférabilité des résultats aux populations masculines présentant des TCA reste à établir, de plus le diagnostic était rapporté de manière subjective par les participants avec un nombre important d'incertitude. Sixièmement, le TSPT complexe a été évalué à l'aide de l'ITQ, dont les propriétés psychométriques dans les populations TCA sont encore peu documentées. La fidélité réduite de la sous-dimension dérégulation affective ($rsb = .12$), bien que conforme aux observations de Cloitre et al. (2018) qui soulignent que ces deux items capturent volontairement des facettes opposées (hyperactivation vs hypoactivation), invite à interpréter avec prudence les comparaisons inter-profils sur cette sous-dimension spécifique. Cette limite trouve un écho majeur dans les récents travaux de Teyssyre et al., (2026). Leurs analyses démontrent que l'hypoactivation émotionnelle, loin de se confondre avec l'hyperactivation, est en réalité un aspect distinctif des profils de TSPT complexe les plus sévères.

Conclusion

Cette étude identifie cinq profils de vulnérabilité émotionnelle au sein d'une population présentant des troubles et désordres alimentaires, allant d'un fonctionnement émotionnel préservé à une hyperréactivité dysrégulée sévère, en passant par un profil de déconnexion émotionnelle cliniquement significatif (alexithymique / hyporéactif). Ces profils sont associés de manière différenciée à la sévérité de la symptomatologie alimentaire, aux expériences dissociatives et au TSPT complexe, ce dernier étant spécifiquement surreprésenté dans les deux profils les plus dysrégulés. Les comportements alimentaires observables (conduites de purge, exercice physique) ne discriminent pas les profils, contrairement aux dimensions cognitivo-affectives (préoccupations, perte de contrôle). Ces résultats plaident pour une évaluation systématique de la vulnérabilité émotionnelle et du statut post-traumatique dans les TCA, et soutiennent le développement d'interventions stratifiées ciblant les processus émotionnels, dissociatifs et traumatiques identifiés comme centraux dans les profils les plus sévères.

1.4. Etude 4 : Trauma, dissociation, and emotion regulation in binge-spectrum eating disorders: A network analysis

Introduction

Des profils aux processus : nécessité d'une modélisation interactionnelle

Deux des études précédentes ont adopté une approche centrée sur la personne pour caractériser l'hétérogénéité clinique des TCA. L'étude 1 a mis en évidence des profils cognitivo-émotionnels distincts, différenciés par la rigidité cognitive et la valence de l'alimentation émotionnelle et associés de manière différentielle à la sévérité symptomatique et aux antécédents traumatiques. L'étude 3 a prolongé cette démarche en identifiant, à partir de dimensions de dysrégulation et de réactivité émotionnelle, cinq profils de vulnérabilité dont les deux plus sévères se distinguaient non seulement par une symptomatologie alimentaire accrue, mais surtout par une charge post-traumatique et dissociative considérablement plus élevée, le TSPT complexe étant présent chez plus des deux tiers des participants du profil le plus sévère. Ces résultats convergent pour suggérer que les processus émotionnels, traumatiques et dissociatifs ne constituent pas de simples corrélats de la sévérité alimentaire, mais des composantes structurantes de certaines organisations psychopathologiques au sein des TCA. Cependant, les approches centrées sur la personne, si elles permettent d'identifier qui présente quelles combinaisons de vulnérabilités, ne permettent pas d'examiner comment ces processus s'articulent dynamiquement entre eux pour maintenir la symptomatologie. Le passage d'une cartographie des profils à une modélisation des mécanismes nécessite des outils et analyses statistiques différents.

Les modèles statistiques traditionnellement mobilisés pour étudier les relations entre variables psychologiques dans les TCA comme les modélisations par équations structurelles (*Structural Equation Modeling*), analyses de médiation et de modération ont apporté des contributions majeures à la compréhension de ces troubles. Basés sur la notion de variable latente, les analyses de médiation ont permis, par exemple, de documenter le rôle de la dysrégulation émotionnelle comme mécanisme intermédiaire entre l'exposition traumatique et les conduites alimentaires pathologiques (Burns et al., 2012 ; Moulton et al., 2015), et les SEM ont contribué à tester la pertinence de modèles théoriques intégratifs tels que le modèle de Fairburn à travers différentes catégories diagnostiques (Lampard et al., 2012). Plus récemment, Rodrigues et al. (2022) ont mis en évidence un modèle de médiation sérielle dans lequel l'autocritique, l'évitement expérientiel et l'urgence négative médiatisent conjointement le lien entre symptômes alimentaires et difficultés de régulation émotionnelle, soulignant la multiplicité des voies processuelles impliquées. Toutefois, ces approches présentent des limites spécifiques lorsqu'il s'agit de modéliser des systèmes complexes impliquant de nombreuses variables potentiellement en interaction.

Premièrement, les SEM et les analyses de médiation reposent sur une spécification a priori de la direction des effets et de la structure causale supposée. Or, dans les TCA, les relations entre processus émotionnels, trauma et symptômes alimentaires sont vraisemblablement bidirectionnelles et circulaires : la dysrégulation émotionnelle favorise les conduites alimentaires désordonnées, qui aggravent en retour la détresse émotionnelle, laquelle peut réactiver les symptômes post-traumatiques ou amplifier la symptomatologie alimentaire (Fairburn et al., 2003 ; Trottier & MacDonald, 2017 ; Mitchell et al., 2021). Les modèles de médiation supposent une asymétrie causale ($X \rightarrow M \rightarrow Y$) qui ne rend pas compte de cette circularité. Deuxièmement, les SEM nécessitent un ratio participants/paramètres élevé dès que le nombre de variables augmente, ce qui contraint souvent les chercheurs à réduire la complexité du modèle en agrégeant des indicateurs ou en ne testant qu'un sous-ensemble des relations théoriquement plausibles. Troisièmement, ces approches estiment des relations moyennes au sein de l'échantillon et ne permettent pas d'identifier les points nodaux, c'est-à-dire les variables qui, par leur position dans le système, exercent une influence disproportionnée sur le maintien de l'ensemble, ni les nœuds passerelles reliant des domaines symptomatiques distincts. Quatrièmement, bien que les modèles en variables latentes permettent de formuler des recommandations thérapeutiques, il demeure souvent difficile d'identifier sur quels symptômes intervenir en priorité. C'est aussi ce contexte que s'inscrit l'analyse en réseau : bien qu'encore peu employée, cette méthode a précisément vocation à éclairer ce type de décision clinique. C'est en partie pour pallier ces limites que cette approche a été développée en psychopathologie.

L'approche en réseau en psychologie

Au cours de la dernière décennie, l'approche en réseau a profondément transformé ou du moins permet de traduire un autre regard à la conceptualisation des troubles mentaux. Contrairement aux modèles latents traditionnels, issus de la psychométrie classique, qui postulent l'existence d'une entité sous-jacente expliquant la covariance entre symptômes, l'approche en réseau conçoit les troubles comme des systèmes dynamiques composés de symptômes directement interconnectés (Cramer et al., 2010; Fried & Cramer, 2017; Humphry & McGrane, 2010). Dans les modèles latents, les symptômes sont envisagés comme les manifestations d'un facteur causal commun. À l'inverse, l'approche en réseau conceptualise leur co-occurrence par des interactions directes : un symptôme peut activer, amplifier ou maintenir un autre, générant des boucles d'auto-entretien susceptibles de provoquer, de stabiliser ou d'amplifier un trouble psychique dans le temps (Schmittmann et al., 2013; Borsboom, 2017). Un trouble mental correspondrait ainsi à un état structuré d'un système fortement connecté et composé de symptômes qualifiés de nœuds dans l'approche statistique des réseaux.

Selon ce paradigme les troubles mentaux sont caractérisés par une propagation rapide de l'activation symptomatique, tandis qu'une connectivité plus faible serait synonyme d'un trouble moins sévère permettant plus facilement le rétablissement.

Il importe toutefois de distinguer le cadre théorique de l'approche en réseaux ; proposition ontologique sur la nature des troubles, des méthodes statistiques permettant d'estimer empiriquement ces structures (*network psychometrics*) (Epskamp et al., 2018 ; Fried & Cramer, 2017). Par ailleurs, l'estimation d'un réseau ne constitue pas en soi une démonstration causale ; elle fournit une cartographie des associations conditionnelles entre variables observées à un niveau d'analyse donné (McNally, 2021). En psychologie, les réseaux sont le plus souvent estimés à partir de données inter-individuelles transversales via des *Graphical Gaussian Models* (GGM) régularisés, qui modélisent des corrélations partielles et produisent des structures parcimonieuses (Epskamp et al., 2018). Ces modèles diffèrent des réseaux dynamiques intra-individuels, fondés sur des mesures répétées et visant à estimer des interactions temporelles au sein d'un individu (Bos et al., 2017; Bringmann et al., 2013). Cette distinction méthodologique est essentielle afin d'éviter toute inférence causale à partir de données transversales. Enfin, les bonnes pratiques méthodologiques ont considérablement évolué en un temps relativement court : les indices d'intermédiarité (*betweenness*) et de proximité (*closeness*), longtemps rapportés en routine dans les études, sont désormais considérés comme insuffisamment stables et cliniquement peu informatifs dans les réseaux psychopathologiques. Les recommandations actuelles préconisent l'usage de la force du nœud (*strength*) ou de l'influence attendue (*expected influence*), qui quantifie l'influence nette d'un nœud en conservant le signe des relations (Epskamp et al., 2018 ; Jones et al., 2021). Les indices de centralité intercommunautaire, tels que la *Bridge Expected Influence*, identifient quant à eux les symptômes susceptibles de favoriser la propagation entre domaines psychologiques distincts (Blanken et al., 2018; Jones et al., 2019). Dans le contexte de la présente étude, ces indices sont particulièrement pertinents : ils permettent d'identifier quels processus émotionnels ou dissociatifs fonctionnent comme des « ponts » entre le domaine traumatique et le domaine alimentaire, offrant ainsi des pistes de cibles d'intervention potentielles.

Application de l'approche en réseau aux troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) constituent un champ particulièrement pertinent pour l'approche en réseau. Ils se caractérisent par une forte hétérogénéité symptomatique, une migration diagnostique fréquente et une comorbidité élevée avec les troubles anxieux, dépressifs et traumatiques (Castellini et al., 2011 ; Wildes et al., 2011). Par ailleurs, la persistance de symptômes résiduels après traitement et la difficulté à identifier des facteurs pronostiques robustes soulignent la nécessité de modèles structuraux plus fins (Linardon et al., 2017 ; Tomba et al., 2019).

Les premières études en réseau menées dans les TCA ont confirmé la centralité des cognitions relatives à la surévaluation du poids et de la forme corporelle, apportant un soutien empirique au modèle transdiagnostique de Fairburn (Calugi et al., 2020; DuBois et al., 2017; Elliott et al., 2019; Forrest et al., 2019; Goldschmidt et al., 2018; Vanzhula et al., 2018). De manière récurrente, les préoccupations pondérales et corporelles apparaissent comme des nœuds fortement connectés, tandis que les comportements tels que la restriction ou les accès hyperphagiques occupent souvent une position plus périphérique, suggérant un rôle davantage fonctionnel que structurant. Une synthèse récente des études conduites chez des patients présentant un diagnostic DSM-5 d'anorexie mentale, de boulimie, d'hyperphagie boulimique ou d'OSFED confirme cette récurrence des cognitions alimentaire comme élément structurant des réseaux au sein de ces populations (Monteleone & Cascino, 2021). Néanmoins, une part importante de la littérature repose sur des échantillons cliniques spécifiques. Or, plusieurs travaux menés dans des échantillons communautaires ou mixtes suggèrent une relative similarité des structures de réseau entre populations cliniques et non cliniques, notamment concernant la centralité des préoccupations corporelles et la peur de prise de poids (Forrest et al., 2019b; Levinson & Williams, 2020). L'inclusion d'échantillons couvrant un spectre davantage dimensionnel apparaît cohérente avec les postulats de la théorie des réseaux, qui conçoit la psychopathologie sur un continuum plutôt que comme des catégories strictement délimitées (Borsboom, 2017). Parallèlement, des recherches ont examiné séparément les réseaux symptomatiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Dans les contextes de traumatismes interpersonnels, les symptômes de reviviscence et les altérations négatives de l'humeur et des cognitions figurent fréquemment parmi les plus centraux (Benfer et al., 2018; Birkeland et al., 2020; Fried et al., 2018). L'affectivité négative apparaît comme une dimension transversale, susceptible de contribuer à la comorbidité entre TSPT et TCA.

Concernant les traumatismes précoces, plusieurs analyses en réseau ont mis en évidence le rôle structurant de la violence émotionnelle dans la connexion entre maltraitance et psychopathologie alimentaire (Monteleone et al., 2019 ; 2021). Dans les échantillons de boulimie et d'hyperphagie boulimique, la violence émotionnelle s'articule aux symptômes alimentaires via des nœuds passerelles telles que le sentiment d'inefficacité personnelle, l'impulsivité ou l'altération de la conscience intéroceptive. Les méta-analyses indiquent également que certaines stratégies de régulation émotionnelle telle que la rumination et la non-acceptation émotionnelle, sont fortement associées aux TCA, indépendamment du diagnostic spécifique (Leppanen et al., 2021 ; Prefit et al., 2019). Des études en réseau plus récentes identifient le manque de clarté émotionnelle et les difficultés de contrôle impulsif comme des nœuds passerelles reliant dysrégulation émotionnelle et comportements alimentaires (Monteleone, Cascino, et al., 2023).

Malgré ces avancées, plusieurs lacunes persistent et motivent la présente étude. D'une part, la majorité des études se concentrent sur des diagnostics spécifiques plutôt que sur une approche transdiagnostique intégrée couvrant l'ensemble du spectre des perturbation alimentaire (désordres et troubles). D'autre part, les dimensions traumatiques, dissociatives et émotionnelles sont rarement modélisées simultanément au sein d'un même réseau. Or, les données cliniques et empiriques suggèrent que, dans les formes de TCA caractérisées par des accès hyperphagiques, trauma, dissociation et dysrégulation émotionnelle interagissent étroitement. Une modélisation intégrée de ces dimensions au sein d'un même réseau apparaît donc nécessaire pour mieux comprendre l'architecture interactionnelle sous-jacente et identifier des pistes de cibles d'intervention psychologiques.

Objectifs et hypothèses de l'étude

Dans le prolongement des travaux récents en psychopathologie des réseaux et des résultats des études 1, 2 et 3 de cette thèse, la présente étude vise à modéliser l'architecture reliant symptomatologie post traumatique, dissociation, dysrégulation émotionnelle et symptomatologie alimentaire dans un échantillon transdiagnostique incluant différents TCA caractérisés par des accès hyperphagiques et allant du spectre des désordres alimentaires au troubles diagnostiques. L'analyse repose sur un large échantillon clinique de patients présentant des TCA avec accès hyperphagiques, complété par un échantillon communautaire recruté en ligne présentant des désordres alimentaires, afin de couvrir un large spectre dimensionnel de sévérité. Plusieurs objectifs guident cette analyse.

Objectif 1 : Explorer l'organisation des symptômes dans le réseau

Cet objectif vise à examiner la manière dont les différentes dimensions cliniques s'organisent entre elles au sein du réseau. Plus précisément, il s'agit de déterminer si les symptômes relatifs aux troubles du comportement alimentaire, au psychotraumatisme, à la dissociation et à la régulation émotionnelle forment des ensembles relativement distincts, ou s'ils s'intègrent dans un système psychopathologique plus largement interconnecté. Cette question présente un intérêt à la fois empirique et clinique. Sur le plan empirique, elle permet d'évaluer dans quelle mesure ces dimensions relèvent de domaines psychopathologiques séparés ou, au contraire, s'articulent étroitement les unes aux autres dans une perspective transdiagnostique. Sur le plan clinique, elle permet de mieux comprendre si une prise en charge ciblée sur un seul versant symptomatique est susceptible d'être suffisante, ou si une approche plus intégrative apparaît nécessaire en raison de l'imbrication des difficultés.

Hypothèse 1. Nous faisons l’hypothèse que le réseau présentera une organisation faiblement compartimentée, compatible avec une approche transdiagnostique. Bien que plusieurs regroupements thématiques puissent émerger, nous nous attendons à observer quatre ensembles principaux : (1) une communauté centrée sur la dysrégulation et la réactivité émotionnelles, (2) une communauté relative à la symptomatologie alimentaire et à la sévérité des accès hyperphagiques, (3) une communauté dissociative, et (4) une communauté traumatique. Ces communautés devraient toutefois rester reliées entre elles de manière substantielle.

Objectif 2 : Identifier les symptômes les plus centraux dans le réseau

Cet objectif vise à repérer les symptômes occupant une position centrale dans l’organisation globale du réseau, c’est-à-dire ceux qui entretiennent les liens les plus importants avec les autres dimensions cliniques. L’identification de ces symptômes est particulièrement pertinente dans une perspective clinique, car elle permet de mettre en évidence des cibles d’intervention susceptibles d’avoir un effet plus large sur l’ensemble du fonctionnement psychopathologique. En d’autres termes, certains symptômes peuvent jouer un rôle plus structurant que d’autres dans le maintien du réseau. Les repérer permettrait de mieux hiérarchiser les priorités thérapeutiques et d’orienter l’intervention vers les dimensions ayant le plus fort potentiel de retentissement clinique.

Hypothèse 2. Conformément aux modèles cognitivo-affectifs récents, nous faisons l’hypothèse que les symptômes liés à la surévaluation du poids et de la forme, ainsi que les difficultés de régulation émotionnelle, présenteront une centralité plus élevée que les symptômes comportementaux alimentaires eux-mêmes, tels que la restriction ou les accès hyperphagiques.

Objectif 3 : Identifier les symptômes assurant la liaison entre les différentes dimensions cliniques

Cet objectif vise à repérer les symptômes qui assurent la liaison entre les différentes communautés du réseau, notamment entre les dimensions traumatiques, dissociatives, émotionnelles et alimentaires. Autrement dit, il s’agit d’identifier les processus par lesquels la détresse traumatique ou émotionnelle peut s’articuler aux manifestations alimentaires. Cet objectif présente un intérêt à la fois empirique et clinique. Sur le plan empirique, il permet de dépasser le simple constat d’une coexistence entre plusieurs dimensions psychopathologiques, en précisant les symptômes susceptibles de relier structurellement ces différents ensembles. Sur le plan clinique, l’identification de ces symptômes est particulièrement importante, car elle peut aider à mieux comprendre quels processus favorisent la circulation de l’activation symptomatique d’un domaine à l’autre. Cela peut ainsi orienter l’intervention vers des cibles susceptibles de limiter l’entretien mutuel entre difficultés traumatiques, émotionnelles et alimentaires.

Hypothèse 3. Conformément aux modèles des liens entre trauma et troubles du comportement alimentaire, nous faisons l’hypothèse que certaines dimensions de la dysrégulation émotionnelle occuperont une position de liaison particulièrement marquée entre les symptômes post-traumatiques et dissociatifs, d’une part, et la symptomatologie alimentaire, d’autre part.

Méthode

Les études 3 et 4 reposent sur le même jeu de données, collecté dans le cadre du projet EMOTRAC dont la méthodologie générale a été présentée dans l'étude 3 de ce chapitre. La description des participants, de la procédure et des instruments de mesure ne sera donc pas répétée ici. La présente section se limite à préciser l'analyses statistiques propres à cette étude.

Analyses statistiques

Préparation des données

Les analyses ont été réalisées sous Rstudio (version 4.4.1). Seuls les cas complets ont été retenus afin d'assurer la cohérence entre l'estimation du réseau, les analyses de centralité et les procédures de bootstrap. Les distributions des variables ont été examinées via les indices d'asymétrie et de kurtosis. En raison d'écarts modérés à la normalité multivariée, une transformation non-paranormale (nonparanormal transformation) a été appliquée à l'aide de la fonction `huge.npn()`. Cette transformation repose sur l'estimation de la fonction de répartition empirique et permet d'approcher l'hypothèse de normalité requise par les modèles graphiques gaussiens, tout en préservant les relations monotones entre variables (Epskamp et al., 2017). La redondance topologique des nœuds a été évaluée à l'aide de la procédure Goldbricker (networktools), avec un seuil de similarité fixé à 0.20 et un seuil de significativité $p < .01$. Cette méthode identifie les paires de variables présentant des profils de corrélations indiscernables susceptibles de biaiser les indices de centralité. Aucune redondance problématique n'a été détectée ; l'ensemble des nœuds a été conservé.

Estimation du réseau

Un Modèle Graphique Gaussien (Gaussian Graphical Model, GGM) a été estimé à l'aide de la procédure EBICglasso via le package bootnet. Ce modèle estime un réseau de corrélations partielles régularisées, dans lequel chaque arête représente l'association conditionnelle entre deux variables après contrôle de l'ensemble des autres variables du réseau. La régularisation a été effectuée via le Graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator (GLASSO ; Friedman et al., 2008). Le degré de pénalisation a été sélectionné à l'aide du Critère d'Information Bayésien Étendu (EBIC), avec un hyperparamètre γ fixé à 0.50. Ce choix est recommandé afin de privilégier la spécificité du réseau et de limiter la détection d'arêtes potentiellement « fausses positives » (Epskamp & Fried, 2018 ; Haslbeck & Waldorp, 2020). Les arêtes positives indiquent une association conditionnelle directe entre deux symptômes, tandis que les arêtes négatives indiquent une relation inverse conditionnelle. L'absence d'arête traduit une indépendance conditionnelle stricte.

La disposition graphique des nœuds a été obtenue à l'aide de l'algorithme de Fruchterman-Reingold, qui positionne les nœuds fortement connectés au centre du réseau afin de faciliter l'interprétation topologique.

Indicateurs globaux du réseau

Plusieurs indices ont été calculés afin de caractériser la structure globale : Densité (1 - sparsité) : proportion d'arêtes conservées parmi l'ensemble des arêtes possibles. Force globale (*Global Strength*) : somme des poids absolus des arêtes divisée par deux, reflétant l'intensité globale de connectivité du réseau. Modularité (Q) : indice issu de l'algorithme de détection de communautés *Spinglass*, quantifiant le degré de ségrégation du réseau en sous-groupes symptomatiques. Des valeurs élevées indiquent une structuration modulaire marquée ; des valeurs faibles suggèrent une organisation intégrée et transdiagnostique.

Prédictibilité des nœuds

La prédictibilité a été estimée à l'aide d'un modèle Mixed Graphical Model (mgm). Pour chaque nœud, la prédictibilité correspond au coefficient de détermination (R^2), représentant la proportion de variance expliquée par ses voisins directs dans le réseau (Haslbeck & Waldorp, 2017a). Cette mesure permet d'évaluer le degré d'ancrage local d'un symptôme au sein de la structure globale. La prédictibilité moyenne a été calculée à travers l'ensemble des nœuds.

Analyses de centralité

L'indice principal de centralité retenu est l'*Expected Influence* (EI), qui correspond à la somme des poids des arêtes connectées à un nœud en conservant leur signe (P. J. Jones et al., 2019b). Contrairement à l'indice de force classique calculé en valeur absolue, l'EI distingue les effets facilitants et inhibiteurs, ce qui est particulièrement pertinent dans des réseaux psychopathologiques comprenant des associations négatives. La stabilité des indices de centralité a été évaluée par bootstrap avec suppression progressive de cas (*case-dropping bootstrap*, 1 000 itérations). Le coefficient de stabilité (CS) correspond à la proportion maximale de participants pouvant être retirée tout en conservant une corrélation $\geq .70$ entre les estimations originales et bootstrapées dans au moins 95 % des échantillons. Un coefficient CS supérieur à .50 est considéré comme indiquant une stabilité satisfaisante (Epskamp et al., 2018).

Centralité de pont

La centralité de pont (Bridge Expected Influence, 1-step) a été calculée afin d'identifier les nœuds contribuant aux connexions inter-communautés (Jones et al., 2021). Cette mesure quantifie la somme des connexions d'un nœud vers les nœuds appartenant à d'autres communautés, en conservant le signe des arêtes. Les communautés ont été définies de manière empirique à l'aide de l'algorithme Spinglass appliqué au réseau estimé.

Précision et significativité

La précision des poids d'arêtes a été évaluée par bootstrap non paramétrique (1 000 itérations), permettant d'obtenir des intervalles de confiance autour des estimations. Les différences entre indices de centralité ont été examinées via tests de différence bootstrapés. Ces procédures permettent d'évaluer la fiabilité des connexions estimées ainsi que la robustesse du classement relatif des nœuds.

Résultats

Comparaison statistique des deux échantillons

Afin d'évaluer la pertinence de l'agrégation des deux cohortes (échantillon clinique, $n = 118$; échantillon communautaire, $n = 355$) pour l'estimation du réseau global, des comparaisons préliminaires ont été réalisées sur les 23 variables retenues comme nœuds du modèle. Des tests t de Student pour échantillons indépendants ont été conduits afin d'examiner d'éventuelles différences de niveau entre les deux groupes. L'ensemble des caractéristiques spécifiques à chacune des deux cohortes sont présentées dans le tableau 14 ci-dessous.

Tableau 14.

Comparaison des moyennes et écarts-types entre l'échantillon clinique et communautaire sur les variables du réseau.

Questionnaire / Dimension	Échantillon Clinique ($n=118$) Moyenne (SD)	Échantillon Communautaire ($n=355$) Moyenne (SD)	T (471)	p
Difficultés de Régulation Émotionnelle (DERS)				
Conscience émotionnelle	19.81 (5.95)	18.06 (5.86)	2.76	.006**
Clarté émotionnelle	14.17 (4.30)	13.63 (4.60)	1.15	.251
Acceptation émotionnelle	17.90 (6.45)	18.08 (7.14)	-0.25	.801
Impulsivité	15.62 (5.45)	15.03 (5.78)	1.00	.319
Difficultés orientées vers les buts	16.38 (5.34)	16.86 (4.84)	-0.87	.385
Stratégies de régulation	23.76 (6.80)	24.96 (7.38)	-1.63	.106
Réactivité Émotionnelle (ERS)				
Sensibilité émotionnelle	20.90 (8.67)	24.07 (8.40)	-3.47	.001**
Intensité émotionnelle	15.14 (6.63)	17.07 (6.51)	-2.76	.006**
Persistance émotionnelle	9.37 (3.79)	10.81 (3.49)	-3.65	< .001***
Psychotrauma (ITQ)				
Reviviscence	3.58 (2.25)	3.65 (2.29)	-0.32	.748
Évitement	3.92 (2.47)	4.37 (2.35)	-1.72	.088
Perception menace constante	4.03 (2.70)	5.01 (2.56)	-3.47	.001**
Dysrégulation de l'affect	3.21 (1.92)	3.59 (1.80)	-1.88	.062
Perception négative de soi	4.08 (2.80)	4.12 (2.85)	-0.10	.918
Difficultés relationnelles	3.67 (2.52)	4.01 (2.44)	-1.28	.203
Psychopathologie alimentaire (EDE-Q et BES)				
Restriction	2.14 (1.77)	2.13 (1.65)	0.06	.955
Préoccupation pour la forme	4.48 (1.25)	4.23 (1.35)	1.80	.073
Préoccupation pour le poids	4.14 (1.24)	3.98 (1.37)	1.16	.247
Préoccupation alimentaire	2.72 (1.55)	2.52 (1.45)	1.25	.211
Sévérité des accès hyperphagiques (BES)	26.90 (12.02)	24.24 (8.48)	2.22	.028*
Dissociation (DES)				
Amnésie	13.94 (15.35)	10.97 (13.61)	1.87	.063
Dépersonnalisation	20.37 (19.01)	23.99 (22.12)	-1.72	.087
Absorption	38.94 (24.67)	40.38 (23.53)	-0.55	.580

Note. SD = Écart-type (Standard Deviation) ; t = valeur du test t de Student pour échantillons indépendants ; p = valeur de probabilité (seuil de significativité). * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Les résultats indiquent une homogénéité des dimensions substantielle : aucune différence statistiquement significative ($p > .05$) n'a été observée pour 16 des 23 variables (70 % des nœuds). Cette absence de différence concernait notamment l'ensemble des dimensions attitudinales des troubles alimentaires (EDE-Q : restriction, préoccupations liées au poids, à la forme corporelle et à l'alimentation), la dissociation (DES), ainsi que les dimensions principales du psychotraumatisme (ITQ : reviviscence, évitement, altérations négatives du soi). Ces résultats suggèrent une continuité dimensionnelle entre les deux cohortes sur les composantes centrales du modèle transdiagnostique. Des différences significatives ont néanmoins été observées pour sept variables. Conformément aux attentes cliniques, l'échantillon clinique présentait des scores plus élevés pour les accès hyperphagiques (Binge Eating Scale ; $t = 2.22$, $p = .028$) ainsi que pour le déficit de conscience émotionnelle ($t = 2.76$, $p = .006$). À l'inverse, l'échantillon communautaire rapportait une réactivité émotionnelle globale (sensibilité, intensité et persistance émotionnelle) ainsi qu'un sentiment de menace significativement plus élevés (tous les $p < .01$). Ces variations quantitatives ne remettent pas en cause la comparabilité structurelle des deux groupes, mais traduisent des différences attendues de sévérité et de profil émotionnel. Dans le cadre d'une modélisation par Graphical Gaussian Model (GGM), l'agrégation des deux échantillons présente un intérêt méthodologique. En effet, l'estimation fiable des corrélations partielles repose sur une variance suffisante des variables observées (Burger et al., 2023). L'intégration de participants couvrant un large spectre de sévérité permet d'optimiser la stabilité du réseau et d'améliorer la précision des estimations. Ainsi, la fusion des deux cohortes s'inscrit dans une perspective dimensionnelle et transdiagnostique, visant à modéliser l'architecture interactionnelle des symptômes sur l'ensemble du continuum psychopathologique, plutôt que de restreindre l'analyse à une population catégorielle spécifique. Au-delà des comparaisons univariées, le *Network Comparison Test* corrobore cette homogénéité structurelle. Le test d'invariance de structure (M-test) ne met en évidence aucune différence significative entre les deux réseaux ($M = 0.21$, $p = .344$), de même que le test d'invariance de force globale (S-test ; $S = 0.36$, $p = .499$; force globale clinique = 9.96, force globale communautaire = 10.32). Aucune des 253 arêtes ni aucun des 23 nœuds ne présentait de différence significative après correction Holm. Cette stabilité structurelle entre une population clinique et une population à risque conforte l'agrégation des deux cohortes pour l'estimation du réseau global, et suggère par ailleurs une continuité dimensionnelle de l'architecture symptomatique le long du spectre des troubles alimentaires plutôt qu'une rupture catégorielle entre populations affectées et non affectées.

Architecture globale du réseau

Le réseau transdiagnostique a été estimé sur 473 participants (cas complets) et comprenait 23 nœuds représentant cinq domaines cliniques : dysrégulation émotionnelle (DERS), réactivité émotionnelle (ERS), symptômes post-traumatiques complexes (ITQ), psychopathologie alimentaire (EDE-Q, BES) et dissociation (DES). L'estimation a été réalisée à l'aide d'un Graphical Gaussian Model (GGM) régularisé par la procédure EBICglasso ($\gamma = 0.50$). Cette approche, aujourd'hui standard en psychométrie en réseau, permet d'estimer des corrélations partielles pénalisées, favorisant des solutions parcimonieuses et limitant les faux positifs dans des réseaux à haute dimensionnalité (Epskamp & Fried, 2018). Le paramètre $\gamma = 0.50$ correspond à la valeur recommandée dans la littérature pour obtenir un compromis conservateur entre sensibilité et spécificité.

Densité et sparsité du réseau

Sur les 253 arêtes théoriquement possibles, 123 arêtes non nulles ont été estimées, correspondant à une densité de 0,486 (sparsité = 0,514). La sparsité correspond à la proportion d'arêtes absentes après régularisation. Il n'existe pas de seuil normatif universel pour juger une sparsité « adéquate », celle-ci dépendant du nombre de nœuds, de la taille d'échantillon et du paramètre de pénalisation choisi (Epskamp et al., 2018). Toutefois, dans les réseaux psychopathologiques transdiagnostiques de taille comparable (20-30 nœuds), des valeurs comprises entre 0.40 et 0.70 sont fréquemment observées. La valeur obtenue ici suggère une densité modérée, indiquant que près de la moitié des associations potentielles ont été supprimées par la régularisation, tout en conservant un nombre substantiel d'interactions conditionnelles directes.

Force globale du réseau

La force globale (Global Strength), définie comme la somme des poids absolus des arêtes divisée par deux, s'élevait à 11.126. Cet indice reflète le niveau général de connectivité conditionnelle du réseau (van Borkulo et al., 2023). Il n'existe pas de seuil absolu permettant d'interpréter la valeur de la force globale en isolation ; celle-ci est principalement utilisée dans un cadre comparatif (par exemple, comparaison entre groupes via Network Comparison Test). En l'absence de groupe de référence, cette valeur indique un niveau d'interconnexion substantiel entre symptômes, mais ne permet pas d'inférer un niveau de sévérité intrinsèque.

Modularité

L'analyse de modularité réalisée à l'aide de l'algorithme Spinglass a identifié six communautés topologiques. L'indice de modularité était faible ($Q = 0.061$). En théorie des réseaux, des valeurs de Q supérieures à 0.30–0.40 sont généralement interprétées comme indiquant une segmentation modulaire marquée (Newman, 2006). La valeur observée ici suggère au contraire une faible ségrégation communautaire, traduisant une architecture largement intégrée dans laquelle les frontières entre domaines émotionnels, traumatiques, dissociatifs et alimentaires sont peu distinctes.

Stabilité du réseau (Bootstrap)

La stabilité du modèle a été évaluée par bootstrap non paramétrique avec suppression progressive de cas (case-dropping bootstrap). Conformément aux recommandations méthodologiques (Epskamp et al., 2018), le coefficient de stabilité (CS) doit être supérieur à 0.25 pour que l'interprétation soit considérée comme minimale, et idéalement supérieur à 0.50 pour attester d'une robustesse satisfaisante. Dans le présent modèle, le CS atteignait 0.751 pour l'Expected Influence ainsi que pour les poids d'arêtes. Cette valeur, correspondant au niveau maximal testé, indique une stabilité élevée du classement des nœuds et des connexions, suggérant que l'architecture observée est peu sensible aux fluctuations d'échantillonnage.

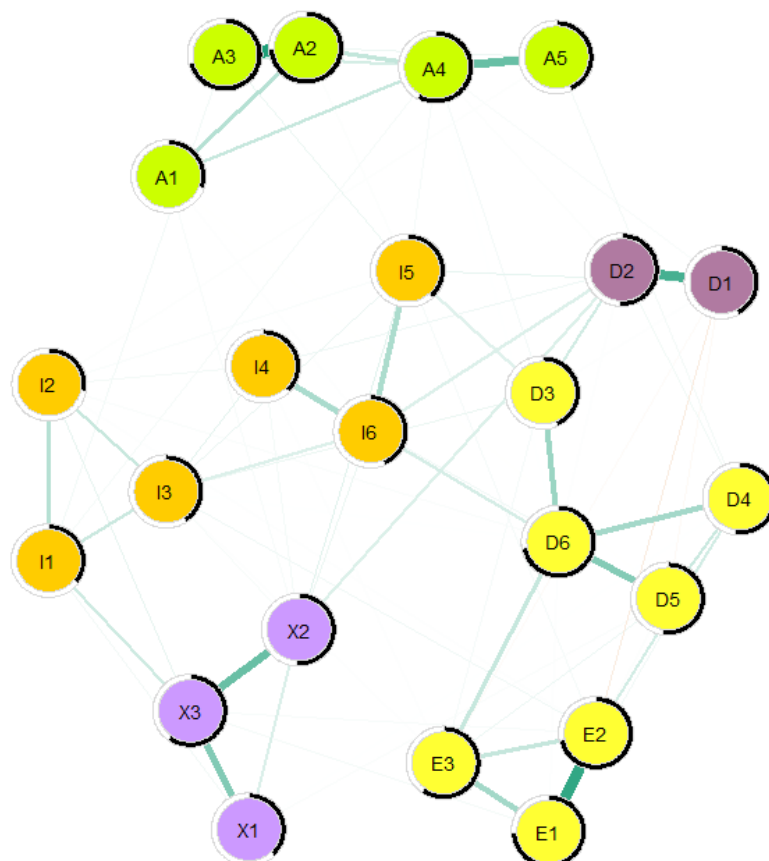
Poids des arêtes (Edge Weights)

L'examen des poids d'arêtes permet d'identifier les associations conditionnelles les plus fortes entre les nœuds du réseau. Dans le modèle estimé par EBICglasso, chaque arête correspond à une corrélation partielle régularisée entre deux variables, contrôlant l'ensemble des autres nœuds. Sur les 253 arêtes théoriquement possibles, 123 étaient non nulles après régularisation. Les dix connexions les plus fortes en valeur absolue sont présentées ci-dessus.

Figure 28.

Réseau transdiagnostique de la symptomatologie alimentaire, au psychotraumatisme, à la dysrégulation émotionnelle, à la réactivité émotionnelle et à la dissociation (N = 473).

Réseau transdiagnostique (N = 473)



LÉGENDE DES VARIABLES

DYSREGULATION

D1: Conscience
D2: Clarté
D3: Acceptation
D4: Impulsivité
D5: Buts
D6: Stratégies

REACTIVITE

E1: Sensibilité
E2: Intensité
E3: Persistance

TRAUMA

I1: Reviviscence
I2: Évitement
I3: Menace
I4: Dysrég. Émo.
I5: Percept. Soi
I6: Déficit Relat.

ALIMENTATION

A1: Restriction
A2: Forme
A3: Poids
A4: Alimentation
A5: Binge Eating

DISSOCIATION

X1: Amnésie
X2: Dépersonnalisation
X3: Absorption

Note. Les nœuds représentent les différentes dimensions cliniques évaluées. Les arêtes correspondent aux associations conditionnelles entre variables, estimées dans le réseau. L'épaisseur des liens reflète l'intensité de l'association, et leur couleur indique la direction (relations positives en vert, négatives en rouge). Les couleurs des nœuds correspondent aux domaines cliniques : alimentation (vert), trauma (orange), dysrégulation émotionnelle (jaune), réactivité émotionnelle (violet) et dissociation (rose). La disposition des nœuds est déterminée de manière à rapprocher les variables les plus fortement associées.

Les cinq arêtes positives les plus élevées sont :

1. EDEQ_Forme – EDEQ_Poids (poids = 0.64)
2. ERS_Sensibilité – ERS_Intensité (poids = 0.58)
3. DERS_Conscience – DERS_Clarté (poids = 0.52)
4. EDEQ_Alimentation – BES_Total (poids = 0.43)
5. DES_Dépersonnalisation – DES_Absorption (poids = 0.43)

Les associations les plus fortes relient principalement des dimensions appartenant à un même domaine psychométrique (EDE-Q, ERS, DERS, DES). Par exemple, la surévaluation de la forme corporelle est fortement associée à la surévaluation du poids, et la sensibilité émotionnelle est fortement associée à l'intensité émotionnelle.

Une arête inter-dimensionnelle notable relie les préoccupations alimentaires (EDEQ_Alimentation) à la sévérité des accès hyperphagiques (BES_Total), avec un poids de 0.43, indiquant une association conditionnelle modérée à élevée entre ces deux variables.

Les cinq arêtes négatives les plus importantes sont :

- **DERS_Conscience - ERS_Intensité (-0.10)**
- **DERS_Conscience - DERS_Buts (-0.04)**
- **DERS_Conscience - ERS_Persistance (-0.04)**
- **DERS_Buts - EDEQ_Restriction (-0.02)**
- **ITQ_Dysrégulation émotionnelle - EDEQ_Restriction (-0.02)**

Les poids négatifs observés sont d'amplitude plus faible que les poids positifs. Ils indiquent des associations conditionnelles inverses entre certaines dimensions, notamment entre la conscience émotionnelle et certains aspects de la réactivité émotionnelle.

Prédictibilité locale des nœuds et dynamique d'auto-entretien (R^2)

La prédictibilité locale permet d'estimer dans quelle mesure la variance d'un symptôme est expliquée par ses voisins directs dans le réseau (Haslbeck & Waldorp, 2017). Dans un modèle de type Graphical Gaussian Model, la prédictibilité correspond au coefficient de détermination (R^2) obtenu en régressant chaque nœud sur l'ensemble des nœuds auxquels il est conditionnellement connecté. Elle quantifie ainsi la proportion de variance d'un symptôme expliquée par la dynamique locale du système. Sur le plan clinique, ces analyses invitent à distinguer deux types de processus : (1) des symptômes fortement intégrés, dont la modification pourrait théoriquement entraîner des répercussions systémiques, et (2) des symptômes moins prédictibles, susceptibles de nécessiter des interventions plus ciblées, car leur activation ne dépend pas principalement des autres dimensions modélisées. Les niveaux de prédictibilité sont représentés par les anneaux noirs entourant chaque nœud dans la Figure 28, conformément aux recommandations méthodologiques (Haslbeck & Waldorp, 2017). La prédictibilité moyenne du réseau est élevée ($M_{R^2} = 0.509$), indiquant qu'en moyenne, environ 51 % de la variance des symptômes est expliquée par leurs connexions directes. Ce niveau suggère un système fortement interconnecté, au sein duquel de nombreux symptômes sont déterminés par les autres dimensions du réseau.

Toutefois, les valeurs individuelles varient de 0.278 à 0.744, révélant une hétérogénéité importante dans le degré d’ancrage des symptômes au sein de l’architecture globale. Les cinq nœuds présentant la prédictibilité la plus élevée sont :

- **EDEQ_Forme ($R^2 = 0.74$)**
- **ERS_Sensibilité ($R^2 = 0.74$)**
- **DERS_Stratégies ($R^2 = 0.72$)**
- **ERS_Intensité ($R^2 = 0.72$)**
- **EDEQ_Poids ($R^2 = 0.71$)**

Pour ces dimensions, plus de 70 % de la variance est expliquée par leurs connexions directes. Autrement dit, ces symptômes apparaissent fortement intégrés dans la dynamique du réseau. Leur activation ou leur fluctuation est étroitement associée à l’état global du système psychopathologique. Les préoccupations corporelles (poids et forme) et les composantes centrales de la réactivité émotionnelle figurent parmi les nœuds les plus prédictibles. Cela suggère que ces processus ne fonctionnent pas de manière isolée, mais qu’ils sont profondément enchâssés dans les interactions symptomatiques environnantes. À l’inverse, les cinq nœuds présentant la prédictibilité la plus faible sont :

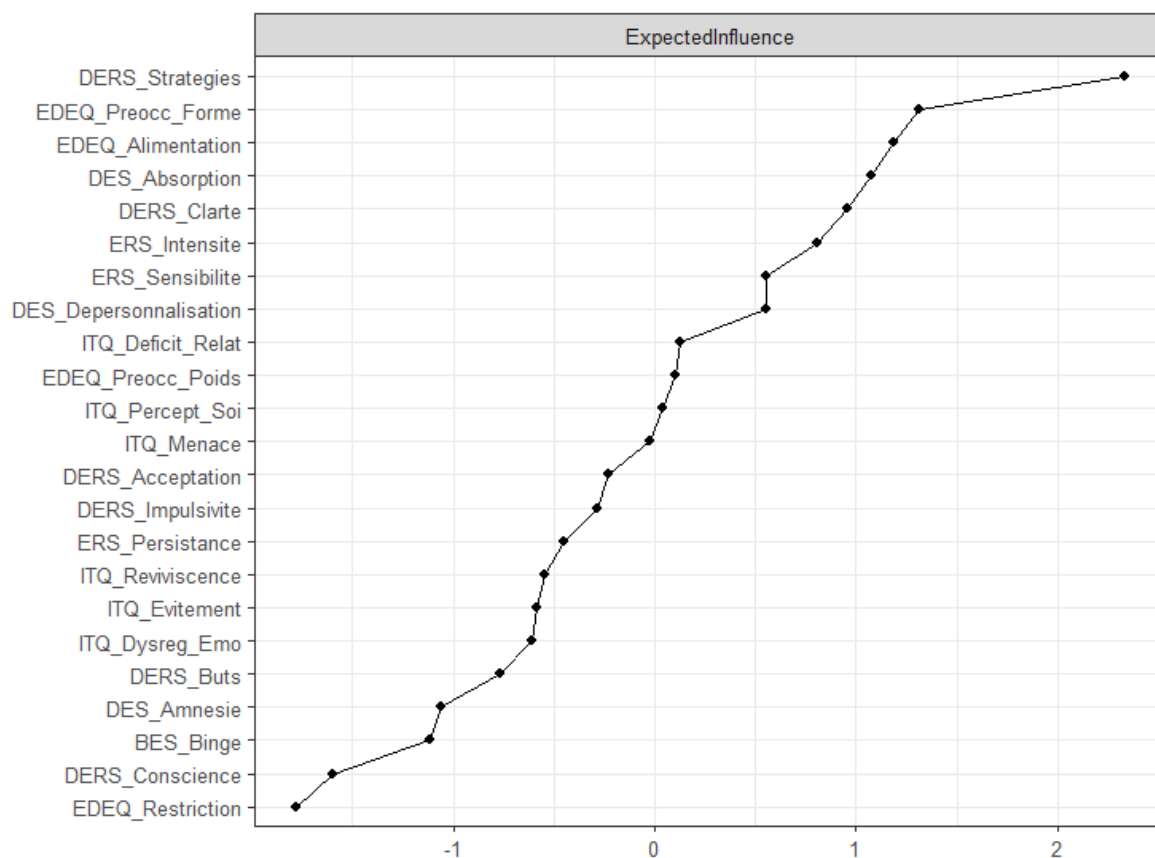
- **DES_Amnésie ($R^2 = 0.38$)**
- **ITQ_Dysrégulation émotionnelle ($R^2 = 0.38$)**
- **ITQ_Reviviscence ($R^2 = 0.36$)**
- **EDEQ_Restiction ($R^2 = 0.31$)**
- **ITQ_Évitement ($R^2 = 0.28$)**

Ces valeurs indiquent qu’une proportion importante de la variance de ces symptômes n’est pas expliquée par leurs connexions locales dans le réseau. Une prédictibilité faible ne signifie pas que ces symptômes sont peu importants ; elle suggère plutôt qu’une part substantielle de leur activation dépend de facteurs non modélisés dans le réseau.

Centralité des nœuds et Influence Attendue (Expected Influence)

L’importance relative de chaque symptôme (nœuds) dans l’architecture globale du réseau a été estimée à l’aide de l’indice d’Influence Attendue (Expected Influence, EI ; Robinaugh et al., 2016 ; Jones et al., 2021). Contrairement à l’indice classique de Strength, calculé en valeur absolue, l’Expected Influence conserve le signe des arêtes et permet ainsi d’estimer l’influence nette d’un nœud sur l’ensemble du système. Cette propriété est particulièrement pertinente dans un réseau transdiagnostique intégrant des associations à la fois facilitatrices et inhibitrices. L’EI quantifie donc la capacité d’un symptôme à co-varier directement avec les autres dimensions du réseau, toutes les autres étant contrôlées.

Figure 29.
Centralité des nœuds (Expected Influence standardisée).



Note. Les valeurs représentent les indices d'Expected Influence (EI) bruts, c'est-à-dire la somme des poids d'arêtes connectées à chaque nœud en conservant leur signe (Robinaugh et al., 2016). L'EI brut est recommandé en présence d'arêtes négatives. Le classement des nœuds présente une excellente stabilité (CS-coefficient = 0.751).

Les résultats mettent en évidence une hiérarchie symptomatique nettement transdiagnostique. Les cinq nœuds présentant les valeurs d'Influence Attendue les plus élevées sont :

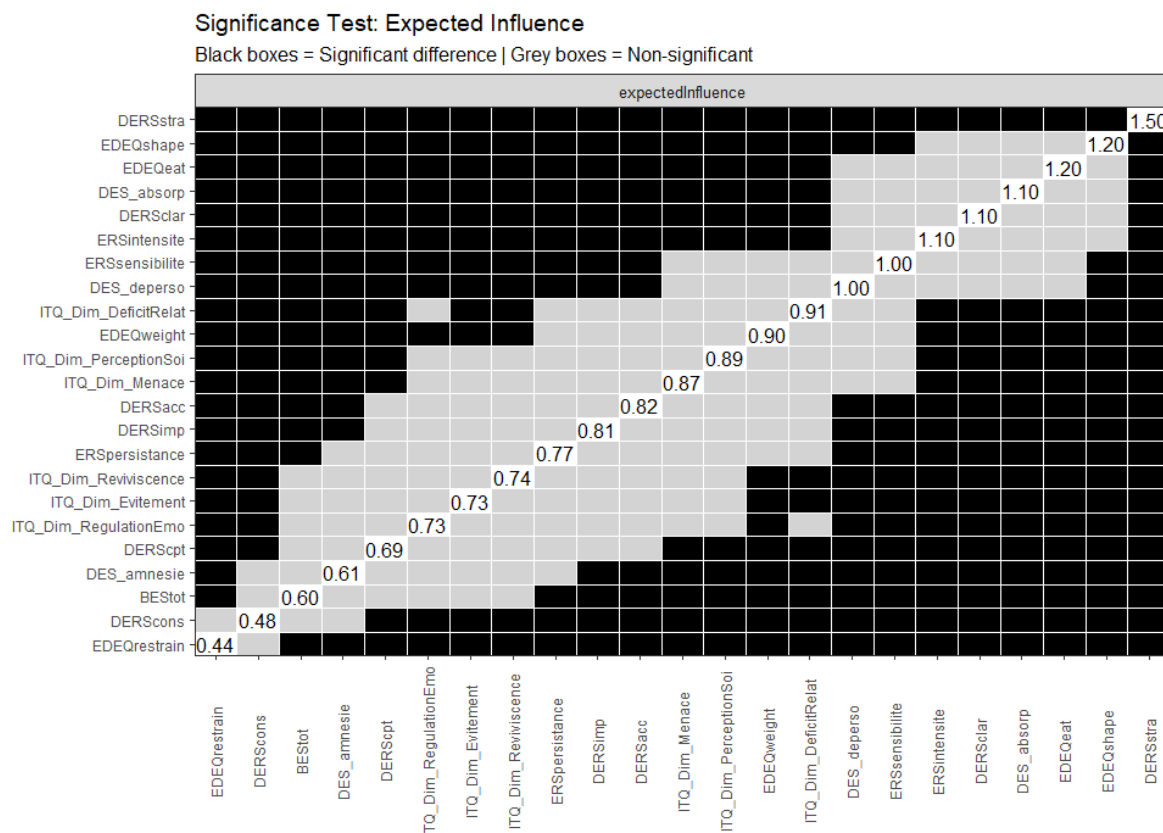
- **DERS_Stratégies (EI = 1.46) :**
- **EDEQ_Forme (EI = 1.20)**
- **EDEQ_Alimentation (EI = 1.17)**
- **DES_Absorption (EI = 1.15)**
- **DERS_Clarté (EI = 1.12)**

La position dominante de l'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle suggère que le sentiment de ne pas disposer de moyens efficaces pour moduler les affects (négatifs de par la configuration de la DERS) occupe une position centrale dans l'économie du système. À l'inverse, les nœuds présentant les valeurs d'Influence Attendue les plus faibles incluent :

- **DERS_Buts (EI = 0.69) :**
- **DES_Amnésie (EI = 0.61)**
- **BES_Binge (EI = 0.60) :**
- **DERS_Conscience (EI = 0.48) :**
- **EDEQ_Restriction (EI = 0.44) :**

Figure 30.

Test de différence de la centralité (Expected Influence) par comparaison de bootstraps non-paramétriques.



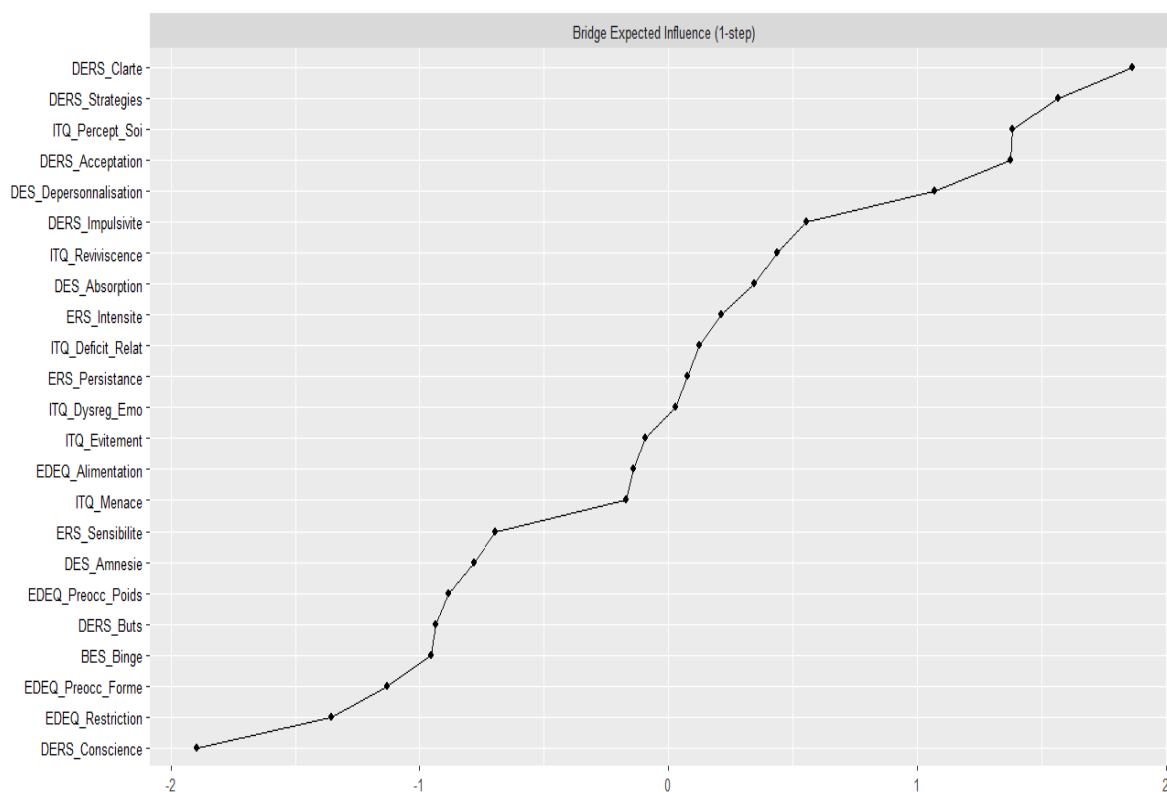
Note. EDE-Q : Eating Disorder Examination Questionnaire ; DERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale ; ERS : Emotional Reactivity Scale ; ITQ : International Trauma Questionnaire ; BES : Binge Eating Scale ; DES : Dissociative Experiences Scale. Influence attendue = Expected Influence (z-score). Pont : influence attendue = Bridge Expected Influence (1-step). Prédicibilité = R^2 issu du modèle mgm.

Nœuds ponts (*Bridge Expected Influence*)

Alors que l'Influence Attendue globale (*Expected Influence*) permet d'identifier les symptômes occupant une position centrale dans l'ensemble du réseau, l'analyse des nœuds ponts vise spécifiquement à examiner les mécanismes de communication entre communautés symptomatiques distinctes (Jones et al., 2021). L'Influence Attendue de Pont (*Bridge Expected Influence, 1-step*) quantifie la somme des connexions d'un nœud vers les nœuds appartenant à d'autres communautés, en conservant le signe des arêtes. Elle permet ainsi d'identifier les symptômes susceptibles de favoriser la propagation inter-domaines de l'activation symptomatique.

Figure 31.

Influence Attendue de Pont (Bridge Expected Influence, 1-step) des nœuds transdiagnostiques.



Note. Représentation des indices de Bridge Expected Influence (1-step) estimés à partir du réseau global régularisé (Graphical Gaussian Model). Chaque point correspond à la somme des connexions directes d'un nœud vers les nœuds appartenant à d'autres communautés, en conservant le signe des arêtes (Jones et al., 2021). Les valeurs positives indiquent une contribution facilitatrice à la connectivité inter-communautés, tandis que les valeurs négatives reflètent une contribution inhibitrice. Les nœuds sont ordonnés selon leur valeur observée dans l'échantillon. Des valeurs plus élevées traduisent un rôle plus important dans la propagation entre les dimensions traumatiques (ITQ), dissociatives (DES), émotionnelles (DERS/ERS) et alimentaires (EDE-Q/BES).

Dans la présente étude, les communautés ont été extraites de manière empirique à l'aide de l'algorithme *Spinglass*. L'analyse de la *Bridge Expected Influence* met en évidence que la connectivité transdiagnostique repose sur un nombre restreint de nœuds charnières.

Les cinq symptômes présentant les valeurs de pont les plus élevées sont :

- **DERS_Clarté (0.59)** : manque de clarté émotionnelle
- **DERS_Stratégies (0.55)** : accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle
- **ITQ_Percept_Soi (0.51)** : perception de soi négative
- **DERS_Acceptation (0.51)** : non-acceptation des expériences émotionnelles
- **DES_Dépersonnalisation (0.47)** : sentiment de détachement de soi

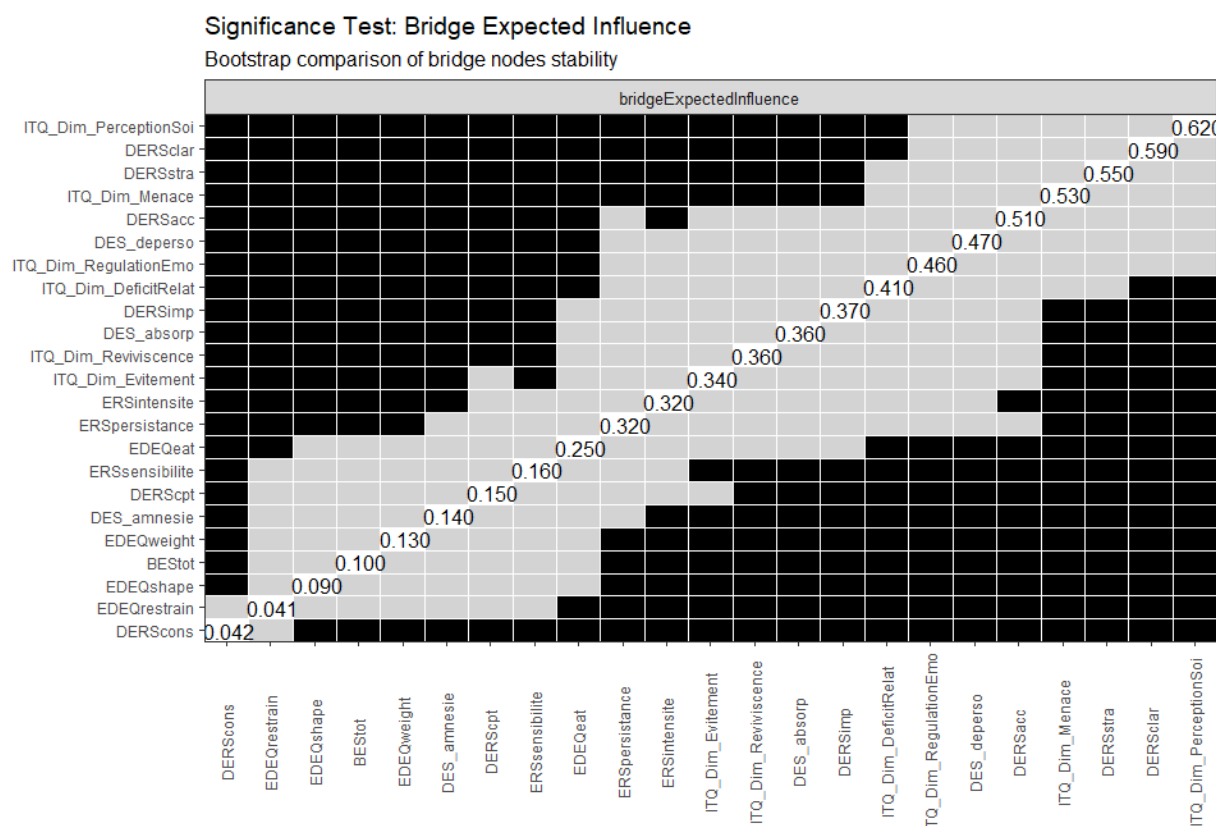
Ces résultats indiquent que les mécanismes de connexion entre les dimensions traumatiques, dissociatives, émotionnelles et alimentaires ne sont pas distribués de manière homogène dans le réseau. Ils semblent transiter prioritairement par des processus liés à la compréhension et à l'acceptation des états émotionnels, à l'identité post-traumatique et aux phénomènes de détachement psychique. À l'inverse, les cinq nœuds présentant les valeurs de *Bridge Expected Influence* les plus faibles sont :

- **ERS_Sensibilité (0.08)**
- **DERS_Buts (0.06)**
- **EDEQ_Restriction (0.04)**
- **ERS_Persistance (0.03)**
- **DERS_Conscience (-0.04)**

Ces valeurs proches de zéro indiquent que ces symptômes contribuent peu à la communication entre communautés distinctes. Par exemple, la restriction cognitive apparaît faiblement impliquée dans les connexions inter-domaines, suggérant qu'elle reste principalement confinée au cluster alimentaire.

Figure 32.

Test de différence de l'influence de pont (Bridge Expected Influence) par comparaison de bootstraps non-paramétriques.



Note. EDE-Q : Eating Disorder Examination Questionnaire ; DERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale ; ERS : Emotional Reactivity Scale ; ITQ : International Trauma Questionnaire ; BES : Binge Eating Scale ; DES : Dissociative Experiences Scale. Influence attendue = Expected Influence (z-score). Pont : influence attendue = Bridge Expected Influence (1-step). Prédicibilité = R^2 issu du modèle mgm.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner les interactions entre la dysrégulation émotionnelle (incluant à la fois les déficits de régulation et la réactivité émotionnelle), la dissociation, la symptomatologie des troubles de stress post-traumatique et les symptômes alimentaires à l'aide d'une analyse en réseau. Le réseau estimé s'est révélé interprétable et relativement parcimonieux, avec une connectivité notable entre les symptômes et les différentes dimensions symptomatiques. Sur la base de l'ensemble des métriques d'analyse (centralité, influence attendue de pont et prédictibilité), plusieurs dimensions, notamment les déficits d'accès aux stratégies de régulation, le manque de clarté émotionnelle, l'absorption dissociative et les cognitions alimentaires, semblent jouer des rôles multiples, complémentaires et structurants au sein du réseau. Avant de discuter de ces résultats, il convient de noter que la faible modularité du réseau ($Q = 0.061$) indique une architecture largement intégrée, dans laquelle les frontières entre domaines émotionnels, traumatiques, dissociatifs et alimentaires sont peu distinctes. Les indices de Bridge Expected Influence doivent donc être interprétés comme des indicateurs de connectivité relative entre domaines théoriques plutôt que comme des ponts entre clusters topologiques bien définis. Ainsi l'ensemble des inférences présentées ci-dessous renvoie à une structure inter-individuelle estimée à partir de données transversales ; elles décrivent une architecture d'associations, non une cascade causale. L'interprétation de cette architecture symptomatique, détaillée ci-après, permet d'éclairer les mécanismes de maintien des troubles des conduites alimentaires (TCA) avec accès hyperphagiques sous un prisme intégratif.

Un noyau psychopathologique intégré : Émotion, dissociation et cognitions

Dans le réseau estimé, l'interprétation des indices a permis d'identifier que l'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle agit comme le symptôme le plus central. Cette observation est cohérente avec une littérature croissante identifiant la dysrégulation émotionnelle comme un mécanisme transdiagnostique majeur des TCA (Leppanen et al., 2021 ; Prefit et al., 2019). Plusieurs analyses en réseau menées dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique montrent d'ailleurs que les difficultés de régulation émotionnelle occupent une position centrale ou servent de mécanisme de liaison vers les symptômes alimentaires (Lian et al., 2025; Monteleone & Cascino, 2021). La convergence entre ces résultats et les nôtres est d'autant plus notable que notre échantillon couvre un spectre dimensionnel plus large suggérant que la centralité de la dysrégulation émotionnelle ne se limite pas aux formes syndromiques mais structure l'ensemble du continuum de sévérité.

Au-delà de cette régulation, la présence conjointe, parmi les nœuds les plus centraux, de dimensions émotionnelles (manque de clarté), cognitives (surévaluation corporelle et préoccupations alimentaires) et dissociatives (absorption) suggère l'existence d'un noyau psychopathologique intégré (Aloi, Rania, et al., 2024; Monteleone & Cascino, 2021). Ce noyau recoupe partiellement le modèle transdiagnostique élargi de Fairburn et al. (2003) pour les cognitions alimentaires, tout en l'enrichissant par l'intégration de processus-émotionnelles et dissociatifs que ce modèle ne formalise pas. Il converge également avec les résultats de Levinson et al. (2017), qui rapportent dans l'anorexie mentale une centralité des cognitions et des processus émotionnels supérieure à celle des comportements alimentaires eux-mêmes.

Cette organisation, traduisant un réseau non cloisonné, reflète l'interaction entre plusieurs systèmes fonctionnels : d'une part, une difficulté majeure à identifier et différencier les états émotionnels, et d'autre part, un déplacement de l'attention vers des préoccupations corporelles servant de cadre de régulation. Les comportements alimentaires et les cognitions corporelles peuvent ainsi être conceptualisés comme des tentatives de régulation secondaire face à une détresse émotionnelle difficilement tolérée (Haynos & Fruzzetti, 2011). La présence de l'absorption dissociative parmi ces nœuds centraux mérite une interprétation nuancée. Contrairement à d'autres formes de dissociation plus directement associées au trauma (comme l'amnésie dissociative ; Holmes et al., 2005), l'absorption renvoie à un état d'engagement attentionnel ou de désengagement vis-à-vis de l'environnement immédiat (Tellegen & Atkinson, 1974). Dans un contexte de dysrégulation, ce processus pourrait favoriser un retrait attentionnel facilitant l'évitement expérientiel et l'engagement dans des stratégies compensatoires délétères.

La centralité élevée de la surévaluation de la forme corporelle et des préoccupations alimentaires est également cohérente avec un large corpus d'études en réseau dans les troubles des conduites alimentaires, tant dans l'anorexie mentale que dans des échantillons transdiagnostiques (Calugi et al., 2020; Christian et al., 2020; Forrest et al., 2019). Ces résultats soutiennent le modèle cognitivo-comportemental transdiagnostique proposé par Fairburn et al. (2003), selon lequel la surévaluation du poids et de la forme constitue un noyau psychopathologique central partagé par plusieurs présentations cliniques des TCA. Il convient toutefois d'interpréter ces résultats à la lumière de la composition de notre échantillon, qui n'incluait pas de patients présentant une anorexie mentale restrictive. La littérature suggère en effet que la surévaluation corporelle est particulièrement saillante dans l'anorexie restrictive, tandis qu'elle peut être moins prononcée ou moins centrale dans certains tableaux d'hyperphagie boulimique (Fairburn, 2008 ; Linardon et al., 2017).

Dans ce contexte, la centralité observée dans notre réseau pourrait refléter la persistance de ce schéma cognitif même dans des présentations cliniques dominées par les comportements d'hyperphagie. Cette organisation symptomatique converge par ailleurs avec les résultats de nos travaux antérieurs. L'analyse en clusters conduite dans un échantillon clinique de 130 patients (Étude 1) avait déjà identifié un profil transdiagnostique combinant alimentation émotionnelle négative élevée, rigidité cognitive et antécédents de maltraitance émotionnelle, présentant la sévérité symptomatique importante. L'analyse en profils latents menée dans un échantillon plus large (Étude 3) avait de même identifié deux profils sévères caractérisés par une co-occurrence marquée de TSPT complexe (49,2 % et 68,4 %) et de dissociation élevée. Ces observations suggèrent que la centralité topologique des processus émotionnels et dissociatifs documentée ici n'est pas un artefact de l'échantillon, mais une propriété structurelle des formes sévères de TCA à expression binge, quelle que soit l'approche statistique employée (centrée sur la personne ou centrée sur les variables).

Mécanismes de propagation intercommunautaire : les vecteurs de la comorbidité

L'analyse des nœuds « ponts » (*Bridge Expected Influence*) montre que la propagation symptomatique ne s'organise pas uniquement entre de grands blocs théoriques étanches (TSPT versus TCA), mais s'opère à travers des sous-systèmes plus fins (identifiés par l'algorithme *Spinglass*). Le réseau fait notamment apparaître une fragmentation interne de la dysrégulation émotionnelle, distinguant clairement les dimensions de conscience et de clarté émotionnelle des dimensions liées à la régulation comportementale active (telles que l'accès aux stratégies, le contrôle des impulsions et la poursuite de buts dirigés). Des observations similaires ont été rapportées dans plusieurs analyses en réseau des troubles alimentaires, montrant que les dimensions émotionnelles et cognitives peuvent former des sous-systèmes partiellement autonomes au sein du réseau symptomatique (Forrest et al., 2019 ; Monteleone et al., 2021 ; Vanzhula et al., 2020). Dans ce contexte, les nœuds ponts identifiés ne relient pas simplement « trauma » à « alimentation », mais connectent des processus psychopathologiques intermédiaires situés à l'interface de ces communautés.

Autrement dit, les dimensions alimentaires ne sont pas directement reliées au noyau traumatique de manière diffuse ; la comorbidité transite spécifiquement par des mécanismes liés à la compréhension des émotions, à l'identité post-traumatique et au détachement psychique. Dans cette configuration, les nœuds de liaison ne relient pas simplement la détresse traumatique à l'alimentation ; ils connectent des processus intermédiaires. Le manque de clarté émotionnelle apparaît comme un pont fondamental. Sa position topologique suggère que la difficulté à identifier les états émotionnels constitue la passerelle directe vers l'engagement dans des préoccupations alimentaires. Cela soutient les modèles stipulant que l'identification des émotions est le prérequis indispensable à toute régulation adaptative (Gross, 2015 ; Sheppes et al., 2015) et que son déficit précipite les conduites

compensatoires (Lavender et al., 2015). L'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle constitue le second pont majeur : à la fois nœud le plus central du réseau global et second vecteur inter-communautaire, il opère à l'interface entre la conscience émotionnelle déficitaire et la mise en œuvre comportementale de régulations alternatives ; parmi lesquelles les conduites alimentaires. De même, la perception négative de soi liée au trauma occupe une position charnière entre la communauté traumatique centrale et les dimensions émotionnelles et alimentaires. Ce résultat rejoint la littérature sur le TSPT complexe, illustrant comment les traumatismes précoces génèrent des schémas de honte corporelle et d'auto-évaluation négative qui précipitent les symptômes alimentaires (Cloitre et al., 2013 ; Groth et al., 2020 ; Monteleone et al., 2019). Enfin, la non-acceptation des émotions et la dépersonnalisation agissent comme des vecteurs intercommunautaires. Le détachement de soi et le rejet des affects désagréables facilitent un désengagement viscéral qui contribue au maintien des comportements dysrégulés (Aldao et al., 2014 ; Brewerton, 2007 ; Michal et al., 2014). La comorbidité entre trauma, dysrégulation et TCA n'est donc pas une simple co-occurrence statistique, mais le fruit d'une médiation active par ces processus identitaires et dissociatifs.

Prédictibilité, périphéricité des comportements et implications mécanistiques

À l'inverse des cognitions et des processus émotionnels, les comportements alimentaires observables (la restriction et la sévérité des accès hyperphagiques) occupent une position relativement périphérique dans le réseau. Des résultats similaires ont été observés dans certaines analyses réseau où les cognitions corporelles apparaissent plus centrales que les comportements eux-mêmes (Forrest et al., 2019 ; Christian et al., 2020). Dans la perspective de la théorie des réseaux (Borsboom, 2017), cette périphéricité n'implique pas une moindre gravité clinique, mais suggère que ces comportements représentent des manifestations situées en aval du système. D'un point de vue clinique, ces résultats suggèrent que des interventions ciblant exclusivement la réduction des comportements alimentaires pourraient s'avérer insuffisantes si les processus émotionnels centraux demeurent inchangés. À l'inverse, agir sur les dimensions hautement connectées, telles que l'accès aux stratégies de régulation émotionnelle ou la surévaluation corporelle, pourrait théoriquement produire un effet plus diffus sur l'ensemble du système. Cette interprétation doit toutefois être considérée comme hypothétique et nécessiterait une validation longitudinale. L'analyse de la prédictibilité vient renforcer cette hypothèse clinique. Il est notable que la restriction alimentaire présente une prédictibilité relativement faible, suggérant qu'elle pourrait fonctionner de manière partiellement autonome ou dépendre de processus intra-individuels dynamiques non capturés par notre modèle transversal. De manière similaire, plusieurs dimensions centrales du TSPT (reviviscence, évitement) figurent parmi les nœuds les moins prédictibles, ce qui indique que leur activation est probablement moins dépendante de la structure symptomatique alimentaire actuelle, et davantage liée à des déclencheurs environnementaux ou biographiques spécifiques au trauma.

Pris ensemble, ces résultats dessinent un modèle mécanistique dans lequel les accès hyperphagiques et la restriction ne constituent pas le centre du système, mais l'expression comportementale en aval d'une architecture dominée par des vulnérabilités émotionnelles et dissociatives. Dans le cadre du Modèle de Processus Étendu de la Régulation Émotionnelle (Gross, 2015), ces comportements peuvent être conceptualisés comme des tentatives de modification de la réponse émotionnelle (coping comportemental) intervenant en aval de déficits situés aux étapes antérieures de la régulation : identification, différenciation et tolérance des affects. Cette lecture converge avec les données empiriques suggérant que les traumatismes développementaux altèrent le traitement intéroceptif et la sécurité corporelle (Khalsa et al., 2018 ; Schmitz et al., 2023), compromettant l'accès aux stratégies régulatrices adaptatives.

Les comportements alimentaires apparaîtraient ainsi moins comme des phénomènes primaires que comme l'expression comportementale d'un système caractérisé par des déficits de conscience émotionnelle et, possiblement, par des perturbations de la sécurité corporelle, une dimension qui n'a toutefois pas pu être directement mesurée dans le présent travail.

D'un point de vue clinique, bien que la centralité topologique et l'influence attendue de pont ne démontrent pas une direction causale temporelle stricte (Fried & Cramer, 2017), l'architecture observée suggère que les interventions centrées exclusivement sur la réduction des comportements alimentaires pourraient s'avérer insuffisantes si les processus amont demeurent inchangés. Les cibles thérapeutiques prioritaires désignées par cette modélisation seraient la clarté émotionnelle, l'acceptation des affects, la restauration d'une représentation de soi post-traumatique et la modulation des processus dissociatifs. Agir sur ce noyau est susceptible de produire un effet de résorption plus diffus sur l'ensemble du réseau symptomatique, une hypothèse que seules des études interventionnelles et longitudinales pourront tester empiriquement.

Limites et perspectives

Plusieurs limites doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Premièrement, le réseau a été estimé à partir de données transversales. En conséquence, aucune inférence ne peut être formulée concernant la directionnalité ou la temporalité des associations observées. Les indices de centralité reflètent une position topologique au sein d'une structure inter-individuelle et ne démontrent pas qu'un symptôme central exerce un rôle causal dans la dynamique du système (Fried & Cramer, 2017b). Les travaux méthodologiques récents soulignent la nécessité de modèles longitudinaux et dynamiques pour tester les hypothèses de propagation symptomatique suggérées par les réseaux transversaux (McNally, 2021). Deuxièmement, l'approche adoptée est transdiagnostique. Les réseaux n'ont pas été estimés séparément selon la présence ou l'absence probable de TSPT dans l'échantillon de participant présentant un TCA ou probable TCA. Bien qu'une comparaison structurelle entre sous-groupes eût été informative, la taille des effectifs disponibles ne permettait pas une estimation stable de réseaux distincts sur la base de la possible présence de TSPT. Le modèle présenté reflète donc une architecture globale moyenne le long du continuum trauma-troubles alimentaires, ce qui peut masquer des configurations spécifiques à certains profils cliniques. Troisièmement, les diagnostics n'ont pas été établis à l'aide d'entretiens cliniques structurés. L'ensemble des dimensions a été évalué par auto-questionnaires, ce qui limite la précision diagnostique formelle et peut introduire une hétérogénéité non contrôlée. Si cette approche est cohérente avec une perspective dimensionnelle et transdiagnostique (Borsboom, 2017), elle restreint néanmoins la portée catégorielle des conclusions pour une applicabilité clinique réelle.

Quatrièmement, le réseau estimé repose sur des associations inter-individuelles et ne peut être assimilé à des dynamiques intra-individuelles. La littérature méthodologique met en garde contre la confusion entre structures entre sujets et processus au sein d'un individu donné (Hamaker et al., 2015). Des études longitudinales intensives, notamment fondées sur des mesures répétées ou des approches écologiques, seraient nécessaires pour modéliser les dynamiques temporelles. Enfin, bien que la dissociation et le manque de clarté émotionnelle apparaissent centraux, aucune mesure directe de l'intéroception n'a été intégrée. Compte tenu des données suggérant un rôle transversal des altérations intéroceptives dans le trauma et les troubles alimentaires, l'inclusion de mesures multimodales relatives à ce concept permettrait de tester plus directement cette hypothèse mécanistique dans de futurs travaux

Perspectives de recherche

Plusieurs directions de recherche découlent directement des limites identifiées. Une étude idéale intégrerait quatre dimensions méthodologiques complémentaires. Premièrement, un design longitudinal à plusieurs temps de mesure (au minimum trois) permettrait de modéliser les dynamiques temporelles et de tester l'hypothèse de propagation symptomatique suggérée par le réseau transversal (McNally, 2021 ; Bringmann et al., 2022). Deuxièmement, l'ajout d'une évaluation écologique momentanée (EMA) sur plusieurs semaines autoriserait la modélisation intra-individuelle des fluctuations symptomatiques (réseaux multilevel ou idiographiques ; Epskamp et al., 2018), permettant de dépasser la limitation inter-individuelle du présent travail. Troisièmement, l'intégration de mesures intéroceptives à la fois subjectives (MAIA-II) et objectives (tâches de heartbeat detection) permettrait de tester directement l'hypothèse mécanistique selon laquelle les altérations intéroceptives médient la relation entre trauma développemental et dysrégulation alimentaire, ce, au-delà de la dysrégulation émotionnelle. Quatrièmement, la stratification a priori par sous-groupes cliniques ; définis soit par présence de TSPT-C probable, soit par les profils latents issus de notre Étude 3 et associée à un *Network Comparison Test*, permettrait de caractériser les variations d'architecture symptomatique selon les profils cliniques. Un tel design, multicentrique et interdisciplinaire, représenterait une suite naturelle au programme EMOTRAC.

Perspectives cliniques

L'architecture observée invite à repenser la hiérarchie des cibles thérapeutiques dans les TCA à expression binge avec comorbidité traumatique. Les psychothérapies actuellement recommandées pour les TCA : thérapie cognitivo-comportementale élargie (CBT-E ; Fairburn, 2008), thérapie interpersonnelle (IPT), thérapie fondée sur la famille (FBT), ciblent principalement les cognitions alimentaires et les comportements de contrôle du poids. Or, les nœuds centraux identifiés ici (clarté émotionnelle, absorption dissociative, accès aux stratégies de régulation) ne constituent pas des cibles explicites de ces approches standardisées, ce qui pourrait contribuer au plafonnement thérapeutique fréquemment rapporté dans les formes comorbides TCA+TSPT (Brewerton, 2023 ; Liebman et al., 2025). Ces constats désignent la nécessité d'adapter ou de concevoir des contenus psychothérapeutiques spécifiques, intégrant les apports de plusieurs cadres complémentaires : les approches trauma-informed de troisième vague (thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie fondée sur la compassion, thérapie comportementale dialectique), les approches somatiques et intéroceptives (trauma-sensitive yoga, mindfulness), les modèles de travail sur les parties (Internal Family Systems) et les approches phase-oriented pour traumatismes complexes (Cloitre et al., 2020). C'est précisément la direction qu'emprunte l'Étude 5 de cette thèse, avec le protocole BASED, dont les cibles thérapeutiques ont été directement dérivées des résultats topologiques présentés ci-dessus. L'évaluation empirique de ce protocole, via un plan à cas unique à lignes de base multiples, permettra de tester la pertinence clinique de cette traduction du modèle statistique vers l'intervention.

1.5. De la modélisation à la clinique : Justification et élaboration d'une approche ciblée

Cadre et justification de l'approche interventionnelle

Les analyses centrées sur les personnes conduites dans ce travail doctoral ont convergé pour mettre en évidence une hétérogénéité clinique structurée au sein des troubles et désordres alimentaires, irréductible aux catégories diagnostiques classiques. L'analyse en clusters (Étude 1), menée auprès d'un échantillon clinique de 130 patients présentant un TCA, a identifié trois profils cognitivo-émotionnels transdiagnostiques. Parmi ceux-ci, le Cluster 3 ($n = 45$) se caractérisait par la combinaison d'une rigidité cognitive élevée et d'une alimentation émotionnelle négative marquée, et concentrait la sévérité symptomatique la plus lourde ainsi que la prévalence d'antécédents traumatiques la plus élevée. Ce résultat a établi un premier constat empirique : l'hétérogénéité des TCA n'est pas seulement liée à la symptomatologie diagnostique, elle est également fonctionnelle, et les mécanismes cognitivo-émotionnels de maintien ne se distribuent pas uniformément au sein de la population clinique. L'analyse en profils latents (Étude 3), conduite sur un échantillon plus large ($N = 475$), a affiné ce constat en identifiant cinq profils de vulnérabilité émotionnelle à partir des dimensions de dysrégulation (DERS) et de réactivité émotionnelle (ERS). Trois résultats sont particulièrement informatif pour la justification interventionnelle.

- Premièrement, les profils les plus sévères (e.g. le profil « dysrégulé réactif » (26.1 %) et le profil « hyperréactif dysrégulé » (16.6 %) cumulaient des déficits majeurs d'accès aux stratégies de régulation émotionnelle ($M = 29.6$ et 33.3 respectivement), un manque de clarté émotionnelle persistant, et des difficultés de contrôle des impulsions.
- Deuxièmement, le TSPT complexe était massivement surreprésenté dans ces deux profils (49.2 % et 68.4 % respectivement), contre seulement 3.4 % dans le profil résilient, $\chi^2(8) = 125.32$, $p < .001$, $V = .364$.
- Troisièmement, un profil « alexithymique/hyporéactif » (17.8 %) présentait un déficit de conscience émotionnelle maximal ($M = 23.1$) associé à une faible réactivité rapportée, mais avec des niveaux de dissociation et de sévérité alimentaire significativement supérieurs à ceux du profil résilient, suggérant que l'absence apparente de détresse émotionnelle peut masquer une vulnérabilité clinique manifeste.
- Enfin les comportements alimentaires compensatoires observables à l'exception des accès hyperphagiques (vomissements, $p = .171$; laxatifs, $p = .312$; exercice physique, $p = .137$) ne discriminaient pas les profils, contrairement aux dimensions cognitivo-affectives (préoccupations alimentaires, dissociation, perte de contrôle, $p < .001$). Ce pattern converge avec les résultats de l'analyse en clusters (Étude 1) et confirme que les comportements alimentaires manifestes constituent des marqueurs insuffisants de la sévérité sous-jacente.

Ces résultats, issus de deux échantillons indépendants et de deux méthodes d'analyse complémentaires, convergent vers un même constat : les processus émotionnels constituent de marqueurs d'hétérogénéité et vulnérabilité clinique des TCA, et les profils les plus sévères sont spécifiquement associés à une charge psychotraumatique complexe.

L'analyse en réseau (Étude 4) a mis en évidence une topologie psychopathologique où les comportements alimentaires observables (tels que la restriction et les accès hyperphagiques) occupent une position périphérique. À l'inverse, les nœuds centraux et les nœuds ponts identifiés relèvent principalement du manque de clarté émotionnelle, de l'accès limité aux stratégies de régulation, et de la dissociation (notamment la dépersonnalisation). D'un point de vue clinique, cette architecture systémique justifie un changement de paradigme thérapeutique : une intervention ciblant exclusivement la réduction des symptômes alimentaires (comme le proposent les approches cognitivo-comportementales classiques centrées sur le symptôme) risque d'échouer, car elle laisse intacte l'architecture causale sous-jacente du réseau. Il apparaît donc nécessaire d'agir « en amont », en ciblant directement les processus de conscience émotionnelle et de sécurité corporelle.

Pour répondre à ces résultats, les contenus de prise en charge doivent s'orienter vers des approches spécifiques. Premièrement, pour cibler le manque de clarté émotionnelle (identifié comme un nœud pont majeur dans l'analyse en réseau, et comme une dimension déficitaire transversale aux profils les plus sévères dans la LPA), les modèles contemporains de la pleine conscience et de la régulation émotionnelle offrent un cadre pertinent. Le *Double-Mode Emotion Regulation Model* (Rough & Strauss, 2023) et la *Monitoring and Acceptance Theory* (Lindsay & Creswell, 2017) postulent que l'amélioration du « monitoring expérientiel » ; c'est-à-dire la capacité à porter une attention non jugeante aux états internes et aux signaux corporels (intéroception), modifie la dynamique de génération et rapport des émotions. En augmentant l'acceptation émotionnelle, l'individu réduit potentiellement son recours aux stratégies d'évitement comportemental telles que l'hyperphagie. L'existence du profil alexithymique/hyporéactif (Étude 3), cliniquement symptomatique malgré une réactivité émotionnelle basse, souligne en outre la nécessité d'intégrer un travail spécifique sur la conscience émotionnelle, et non uniquement sur la régulation de l'émotion déjà identifiée.

Deuxièmement, la centralité de l'absorption et de la dépersonnalisation tant dans les nœuds ponts du réseau (Étude 4) que dans la gradation des profils latents (Étude 3), où le profil hyperréactif dysrégulé présentait le score d'absorption le plus élevé de l'échantillon ($M = 57.9$) impose d'intégrer des approches trauma informé (*trauma-informed care*). Les cadres théoriques issus de la psychotraumatologie décrivent les comportements alimentaires désordonnés non pas comme de simples pertes de contrôle, mais comme des tentatives de régulation ou de survie psychophysiologique dans des contextes où les systèmes de sécurité interne ont été effondrés (Fisher, 2017 ; van der Hart

et al., 2006). Les modèles fondés sur la dissociation structurelle de la personnalité, ou des approches telles que l'*Internal Family Systems* (Schwartz, 1995 ; Fisher, 2017), suggèrent que les conduites alimentaires sont mobilisées par des « parties » du système psychique orientées vers la survie, afin d'anesthésier l'activation traumatique. Ces conceptualisations théoriques convergent avec nos résultats empiriques et la littérature récente, qui démontrent que les traumatismes altèrent les processus intéroceptifs (Khalsa et al., 2018 ; Schmitz et al., 2023). Ainsi, cibler la restauration de la conscience corporelle, la différenciation émotionnelle et la tolérance à l'expérience interne ne relève pas d'un choix thérapeutique arbitraire, mais constitue la seule stratégie mécanistique cohérente avec l'ensemble des données empiriques de ce travail doctoral : la topologie du réseau (Étude 4), la structure latente des profils de vulnérabilité émotionnelle (Étude 3) et l'hétérogénéité cognitivo-émotionnelle des profils cliniques (Étude 1).

Démarche de co-construction clinique

Afin de traduire ces impératifs théoriques et statistiques en un outil clinique applicable, un groupe de travail a été constitué. Plutôt que de formuler une intervention isolée, la démarche a visé une co-construction rigoureuse, ancrée dans la réalité du terrain clinique.

Durant une année complète, un groupe d'experts composé de six psychologues cliniciens dont deux doctorant.es (spécialisés dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires, du psychotraumatisme complexe, l'intéroception et des troubles de l'attachement) s'est réuni régulièrement. L'objectif de ce groupe de travail était triple :

- **Traduire les cibles thérapeutiques** : Convertir les dimensions centrales identifiées dans l'analyse en réseau (clarté émotionnelle, régulation, dissociation) en modules thérapeutiques concrets et progressifs.
- **Garantir une approche « Trauma-Informed »** : S'assurer que chaque proposition d'exercice ou de psychoéducation intègre les principes de sécurité corporelle, évitant ainsi de déclencher des réponses dissociatives ou des reviviscences chez des patients hautement vulnérables.
- **Assurer la faisabilité transdiagnostique** : Concevoir un protocole suffisamment structuré pour être évalué empiriquement, mais suffisamment flexible pour s'adapter à l'hétérogénéité des profils cliniques (comme modélisé dans notre Étude 4), qu'ils présentent des accès hyperphagiques ou des conduites restrictives.

Ce travail itératif, mêlant revues de la littérature clinique et retours d'expériences pratiques, a permis d'aboutir à la formalisation d'un protocole d'intervention structuré, spécifiquement conçu pour combler les lacunes des prises en charge traditionnelles centrées sur le poids et l'alimentation.

1.6. Etude 5: Targeting dissociation and interoception in binge-type eating disorders: A single-case experimental Study (BASED Protocol)

La section qui suit présente dans son intégralité l'article détaillant le protocole d'intervention BASED (*Body Awareness and Safety for Eating Disorders*), aboutissement de la démarche clinique de ce travail doctoral. Ce manuscrit, actuellement en préparation pour publication, expose en détail l'architecture de ce programme d'intervention, ses fondements théoriques ainsi que son plan d'analyse méthodologique.

Conçu pour cibler les mécanismes identifiés comme centraux dans nos modélisations, ce protocole vise prioritairement à restaurer la sécurité corporelle et les capacités de monitoring intéroceptif, tout en développant la conscience et la tolérance des états affectifs. Plutôt que de viser la réduction directe et immédiate de la fréquence des crises alimentaires, l'intervention se concentre stratégiquement sur les processus transdiagnostiques qui les maintiennent en aval : la dissociation, le déficit de clarté émotionnelle et les difficultés d'accès aux stratégies de régulation émotionnelle.

Afin d'évaluer la faisabilité et les effets préliminaires de cette approche sur les nœuds centraux et les nœuds ponts de notre réseau, une méthodologie expérimentale rigoureuse a été retenue. Le protocole prévoit l'utilisation d'un plan à cas unique à lignes de base multiples (*Single-Case Experimental Design* - SCED). Cette méthodologie est particulièrement adaptée pour évaluer les dynamiques intra-individuelles et l'évolution temporelle des processus émotionnels au fil des séances.

L'architecture détaillée de ce programme, ses fondements théoriques et son plan d'analyse méthodologique ont été rédigés sous la forme d'un article de protocole clinique. Ce manuscrit, actuellement en préparation pour publication dans une revue, est présenté dans son intégralité dans la section suivante. Il est par ailleurs accompagné d'une illustration de mise en pratique hypothétique, permettant de visualiser concrètement l'articulation entre les modules de soins et la dynamique symptomatique du patient.

Targeting dissociation and interoception in binge-type eating disorders: A single-case experimental Study (BASED Protocol)

Wilfried Symphor^{1*}, Maria Karimov-Zwienenberg^{1,2}, Virginie Boussard³, H       Labeyrie³, Julie Baby⁴, Maylis Quihillalt⁴, Fran       Chevrier⁴ & Greg Decamps¹

¹UR 4139 Laboratoire de Psychologie, Universit   de Bordeaux, Bordeaux, France

²Centre Hospitalier Agen-N  rac, Agen, France

³Institut Bergoni  , Bordeaux, France

⁴Clinique Ch  teau Caradoc, Bayonne, France

Abstract

Background: Binge-type eating disorders (EDs) are frequently comorbid with simple and/or complex trauma, involving dissociative symptoms, emotional dysregulation, and disrupted body perception. Despite empirical evidence linking trauma-related processes, particularly dissociation and altered interoception, to the maintenance of binge eating as a dysregulated self-soothing strategy, these mechanisms remain insufficiently targeted in standard ED treatments.

Objective: This article presents the BASED protocol (*Body Awareness and Safety for Eating Disorders*), a trauma-informed, body-based stabilization intervention specifically designed for individuals with binge-spectrum EDs and interpersonal trauma histories. Delivered over five weekly group sessions, the program integrates psychoeducation, somatosensory practices, internal parts work, self-compassion, and mindfulness in nature. The intervention aims to reduce dissociative coping strategies, enhance interoceptive awareness, and foster emotional and bodily safety prior to trauma processing or exposure-based therapy.

Methods: The protocol will be evaluated using a multiple-baseline single-case experimental design (SCED) involving four participants with clinically diagnosed binge-spectrum EDs and comorbid PTSD or complex PTSD. A multidimensional weekly assessment protocol will be employed across three phases (baseline, intervention, follow-up), including repeated measures of binge eating, emotional regulation, dissociative symptoms, and interoceptive awareness. Data analysis will combine standardized visual inspection (VAIOR), intra- and inter-case effect size indices (Tau-U, BC-SMD), and nonparametric tests.

Conclusions: This study aims to address a critical treatment gap by introducing a brief, structured, and transdiagnostic adjunctive intervention tailored to individuals with trauma-related EDs. By directly targeting dissociation and interoception during the stabilization phase, the BASED protocol may enhance treatment engagement, reduce relapse risk, and provide a foundation for future controlled trials assessing its efficacy and scalability.

Keywords Eating disorders, dissociation, interoception, trauma-informed care, binge eating, SCED, emotional regulation.

Introduction

Multiple meta-analyses and longitudinal studies have documented the high prevalence of early-life adversity, particularly childhood maltreatment, among individuals with eating disorders (EDs) (Molendijk et al., 2017; Trottier & MacDonald, 2017; Brewerton, 2022). Evidence consistently shows that individuals with a history of trauma tend to present with greater clinical impairment, including higher symptom severity, psychiatric comorbidity, and functional difficulties (Brewerton et al., 2025; Roer et al., 2021; Rijkers et al., 2019). More recently, some authors have begun to discuss the possible existence of a trauma-related phenotype of EDs, characterized by a more complex clinical presentation involving dissociative symptoms, emotional dysregulation, altered body perception, and posttraumatic stress symptoms (Moroshko et al., 2025; Rossi et al., 2024). Although this conceptualization is still emerging, its potential clinical relevance underscores the need to better address trauma-related mechanisms in ED treatment. Such profiles are associated with poorer outcomes in standard treatments (e.g., enhanced cognitive behavioral therapy, family-based therapy), including higher dropout rates, increased psychological distress, and elevated suicide risk (Day et al., 2024; Convertino & Mendoza, 2023; Liebman et al., 2025).

Despite their clinical relevance, trauma-related mechanisms remain insufficiently addressed in conventional ED treatments (Brewerton, 2023). This therapeutic gap is particularly concerning in binge-spectrum EDs, such as bulimia nervosa (BN), binge eating disorder (BED), and binge-purge subtype anorexia nervosa, which are not only highly prevalent but also frequently comorbid with trauma-related psychopathology. Addressing trauma-related processes therefore appears especially important for improving comprehensive and effective treatment strategies for individuals with binge-spectrum ED. Among these processes, dissociation has emerged as a potential key transdiagnostic mechanism that bridges traumatic experiences and dysfunctional eating behaviors (Koskina et al., 2016; Palmisano et al., 2018; Rabito-Alcón et al., 2025). Dissociation can be understood both as a pathological symptom, strongly associated with posttraumatic stress (Lanius, 2015; Lebois, Harnett, et al., 2022; Lebois, Kumar, et al., 2022) and as a maladaptive emotional regulation strategy observable across a range of psychiatric conditions, including EDs (Lev-ari et al., 2021b; Lyssenko et al., 2018; Nilsson et al., 2020; Rabito-Alcón et al., 2025).

In this regard, dissociation may function as a form of emotional regulation to reduce intensity of overwhelming emotions of bodily sensations, while simultaneously contributing to a disconnection from emotional and bodily experience (Cavicchioli et al., 2021; Lyssenko et al., 2018).

In individuals with binge-spectrum EDs, dissociation may serve to attenuate overwhelming affect and internal somatic cues, while simultaneously disconnecting individuals from their bodily and emotional experience. Experimental studies have shown that elevations in dissociation frequently precede binge-eating episodes (Hallings-Pott et al., 2005), and that stressful laboratory conditions increase dissociative responses in individuals with BN compared to healthy controls (La Mela et al., 2010). Moreover, dissociative symptoms, particularly when coupled with childhood trauma, predict greater severity of binge eating (Palmisano et al., 2018). Given its dual function as symptoms and coping mechanism, dissociation represents a critical therapeutic target, particularly within the stabilization phase of trauma-focused treatment. Stabilization, conceptualized as the first phase in phase-oriented models of trauma care, aims to enhance emotion regulation, foster internal safety, and reduce overwhelming symptoms prior to trauma processing, especially in complex cases (Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992).

Recent studies have emphasized the importance of incorporating a stabilization phase prior to trauma-focused interventions, such as Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Cognitive Processing Therapy (CPT), or Prolonged Exposure (PE), in the treatment of EDs with comorbid trauma. These integrative programs have shown promising results, including significant reductions in both PTSD and ED symptoms, particularly among individuals with histories of childhood abuse or complex trauma (Brewerton, 2023; Rossi & Isnard, 2023).

Conversely, the absence of trauma-informed care or adequate stabilization has been consistently associated with poorer outcomes in ED treatment. A recent systematic review highlights that comorbid PTSD symptoms, but not trauma history alone, negatively affect ED treatment outcomes, including higher dropout rates, persistent psychopathology, and increased relapse risk post-treatment (Liebman et al., 2025). This reinforces the need for early identification and stabilization of trauma-related mechanisms within ED treatment paradigms to optimize therapeutic engagement and recovery trajectories both trauma and ED-related. Addressing dissociative regulation strategies during this phase can help patients develop greater awareness of their emotional and bodily experiences, reduce binge-related dissociative patterns, and improve overall engagement with treatment. Trauma-informed approaches, such as mindfulness-based interventions, somatic therapies or trauma-sensitive yoga, have shown promise in this regard by targeting interoceptive processes and fostering body-based skills related to safety and agency (Ataria, 2013; Carei et al., 2010; Trethewey, Evans, et al., 2023; Trethewey et al., 2025).

Interoception, defined as the ability to perceive, interpret, and respond to internal bodily signals such as hunger, satiety, tension, and emotional states, is often disrupted in individuals with eating disorders, contributing to emotional dysregulation, disembodiment, and a fragmented sense of self (Khalsa, Adolphs, et al., 2018). By enhancing interoceptive awareness and strengthening the connection to internal bodily cues, integrative interventions that target sensorimotor processes, bodily awareness, and self-narrative reconstruction appear essential for restoring a coherent and safe sense of self in these patients (Pellegrini et al., 2021). However, despite growing recognition of the role of dissociation and interoceptive dysfunction in trauma-related ED, empirical studies exploring interventions specifically tailored to these mechanisms remain scarce, particularly with regard to binge-spectrum disorders (Brewer-Smyth, 2022; Brewerton, 2023). There remains a critical need for structured, feasible, and trauma-informed approaches that can be embedded into early phases of ED treatment to support stabilization and therapeutic engagement.

Empirical foundations of the BASED protocol

The therapeutic targets of the BASED protocol ; dissociation and interoception, were not selected on theoretical grounds alone. Two prior empirical studies conducted by our research group informed and prioritized these targets.

First, a latent profile analysis (Symphor et al., in preparation) conducted in a transdiagnostic sample of 475 adults presenting with binge-spectrum eating behaviors identified five subgroups distinguished by their emotional vulnerability profiles. The two most severe profiles were characterized by markedly elevated dissociative absorption ($M = 44.8$ and 57.9 on the DES) and a strong over-representation of complex PTSD, with diagnostic prevalences of 49.2% and 68.4%, respectively, compared to 3.4% in the most preserved profile. Second, a transdiagnostic network analysis (Symphor et al., in preparation) integrating dissociative, traumatic, emotional, and eating symptoms in the same sample ($N = 473$) identified dissociative absorption among the most central nodes of the network (Expected Influence = 1.15) and identified emotional clarity (DERS) and dissociative dimensions as bridge symptoms connecting the trauma cluster to the eating disorder cluster, while emotional clarity (DERS), negative self-perception (ITQ), and depersonalization/derealization (DES) emerged as the most influential bridge symptoms connecting trauma- and eating-related communities (Bridge Expected Influence ranging from 0.47 to 0.59). Together, these findings support the clinical hypothesis that dissociation and interoceptive disconnection are not peripheral correlates of binge-spectrum EDs, but constitute central, interconnected mechanisms whose targeted treatment may produce systemic effects on the symptom network.

The BASED protocol was developed as a translational response to these empirical findings, specifically targeting the absorption and depersonalization-derealization dimensions thought interoception component ; the dimension most centrally implicated in our prior network.

Aims of the present article

The present article introduces the BASED protocol (Body Awareness and Safety for Eating Disorders), a brief, five-session group intervention developed as a trauma-informed stabilization module for individuals with binge-spectrum EDs and a history of interpersonal trauma. Informed by body-based approaches and grounded in trauma-informed care principles, this protocol aims to improve binge-eating behaviors by targeting dissociative regulatory strategies and promoting interoceptive awareness.

Therefore, the primary objective of this article is to detail the theoretical foundations and clinical structure of the BASED protocol. Furthermore, it outlines the methodology of an upcoming study designed to test this intervention. The primary objective of this planned study is to evaluate the feasibility, acceptability, and preliminary effects of the BASED protocol as an adjunct to usual care. Secondary objectives include assessing the intervention's preliminary impact on core clinical symptoms, namely binge-eating frequency, emotion regulation capacities, and posttraumatic stress symptoms. These clinical outcomes will be explored using both within-case and across-case analyses, following methodological standards for multiple-baseline single-case experimental designs (SCEDs; Kratochwill et al., 2010, 2012).

Methods

This study employs a single-case experimental design (SCED) with a multiple-baseline format across participants, following international methodological standards (De Young & Bottera, 2018; Kratochwill et al., 2010, 2012; Tate et al., 2016). The protocol will be reported in accordance with the SCRIBE 2016 reporting guidelines (Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural interventions; Tate et al., 2016). The BASED intervention is delivered as an adjunctive (add-on) treatment to stable treatment-as-usual (TAU). The procedure comprises three sequential phases for each participant:

- **Phase A - Baseline (5-8 weeks):** No intervention is delivered. Weekly self-report assessments measure target eating behaviors (e.g., binge-eating frequency) and hypothesized mediators (e.g., interoceptive awareness, dissociation, food cravings, posttraumatic symptoms, emotion regulation). Baseline duration is determined via block randomization (block sizes 2–6), with 5-, 6-, 7-, or 8-week durations by an independent statistician.
- **Phase B - Intervention (BASED protocol):** Five weekly closed-group sessions (90–120 min each) delivered according to the intervention manual. The protocol targets emotional and bodily safety through embodied mindfulness, interoceptive tracking, dissociation modulation, and emotional tolerance skills.
- **Phase C - Post-intervention follow-up:** Over 5 weeks, no additional treatment is provided; weekly assessments continue. An additional evaluation at 3-month follow-up (T2) assesses the stability of clinical effects.

Randomized and staggered baselines strengthen internal validity by enabling causal inference from observed changes, while keeping Phase B onset identical across participants.

Participants

Four adults (≥ 18 years) will be recruited from specialized clinical settings. Sample size was determined according to recommendations for multiple-baseline single-case experimental designs, which typically require a minimum of three to six participants to satisfy the What Works Clearinghouse design standards (Kratochwill et al., 2013). With four participants and a multiple-baseline design across participants featuring at least three demonstrations of effect (one per staggered baseline), the protocol meets the standard for valid causal inference under the SCED framework. The Between-Case Standardized Mean Difference (BC-SMD) analysis remains valid with $K \geq 3$ cases (Pustejovsky et al., 2014), and Tau-U statistics retain interpretability with weekly observations across at least five baseline points (Tarlow, 2017). This SCED format does not aim at population-level inference but rather at hypothesis-generating exploration of within- and between-individual change trajectories, prior to confirmatory testing in a future randomized controlled trial.

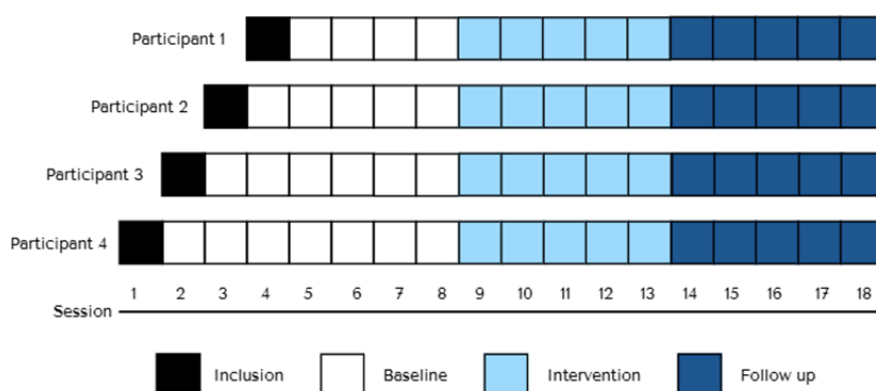
Eligibility requires:

- DSM-5 diagnosis of a binge-spectrum eating disorder (binge eating disorder, bulimia nervosa, or binge/purge-type anorexia nervosa in refeeding phase);
- Clinically confirmed PTSD or complex PTSD (CPTSD) of interpersonal etiology, characterized at baseline using the International Trauma Questionnaire (ITQ);
- Therapeutic stability ≥ 4 weeks;
- Ongoing psychotherapeutic and/or medical follow-up within the recruitment setting;
- BMI ≥ 16 kg/m²;
- Sufficient proficiency in French;
- Written informed consent.

Exclusion criteria include severe psychiatric instability (e.g., acute psychosis, untreated bipolar disorder), clinically determined major depressive episode with BDI-II >16 (BDI-II >28 triggers clinical review but is not an automatic exclusion), high suicide risk (RSD >3), significant cognitive impairment, medical contraindications for body-based practices, or concurrent participation in another interventional study.

Treatment-as-Usual (TAU). Ongoing usual care is permitted if stable for at least 4 weeks prior to inclusion. Any modifications to psychotherapy or medication during the study are recorded weekly by the participant and referring clinician to control for potential confounding effects.

Figure 33.
BASED protocol study timeline.



Measures

To ensure clarity and align with the multiple-baseline single-case experimental design (SCED), the assessment strategy is divided into four distinct categories: (1) intervention-related mechanisms (dissociation and interoceptive awareness), (2) eating disorder (ED)-related symptoms (binge eating severity and ED psychopathology), (3) trauma- and emotion-related symptoms (posttraumatic stress symptoms, emotional reactivity, and emotion dysregulation), and (4) additional pre/post-intervention and process measures. Unless otherwise specified, primary and secondary outcome variables will be assessed weekly throughout the three phases of the protocol (Baseline A, Intervention B, Follow-up C). The complete schedule is presented in Table 1.

Intervention-related mechanisms:

Dissociation will be assessed weekly (Phases A, B, C) using the Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986), a 28-item self-report measure. Participants rate the frequency of each experience on a continuum from 0% (never) to 100% (always). The DES provides a total mean score, with higher scores indicating more frequent dissociative experiences. The scale includes items that assess a variety of dissociative phenomena, including both pathological as well as adaptive dissociative experiences (e.g., “Some people have the experience of finding themselves in a place and having no idea how they got there.”). The DES has demonstrated good internal consistency and test-retest reliability and is widely used to screen for dissociative symptoms.

Interoceptive awareness will be measured weekly (Phases A, B, C) using the second version of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-II; Mehling et al., 2018). This 37-item questionnaire assesses interoceptive skills across 8 dimensions: (1) Noticing, (2) Not-Distracting, (3) Not-Worrying, (4) Attentional Regulation, (5) Emotional Awareness, (6) Self-Regulation, (7) Body Listening, and (8) Trust. Items are rated on a 6-point Likert scale from 0 (“Never”) to 5 (“Always”). The MAIA scales have demonstrated robust psychometric properties in diverse populations and are widely used to examine interoceptive processes relevant to emotional regulation and somatic awareness.

Eating Disorders-related symptoms

Binge eating severity will be evaluated weekly (Phases A, B, C) using the Binge Eating Scale (BES; Gormally et al., 1982), a unidimensional self-report questionnaire composed of 16 items. Each item presents a set of alternative statements reflecting current experiences (e.g., “I have gone on eating binges where I felt that I could not stop eating.”). The BES captures both behavioral manifestations and cognitive-emotional aspects of binge eating. Total scores range from 0 to 46, with higher scores indicating greater severity of binge eating symptoms.

Eating disorder psychopathology will be assessed weekly (Phases A, B, C) using the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn et al., 2008) to evaluate four dimensions: dietary restraint, eating concern, shape concern, and weight concern. This 28-item questionnaire uses a 7-point Likert scale ranging from 0 (“No days”) to 6 (“Every Day”), with higher scores indicating greater symptom severity. The EDE-Q provides four subscale scores and a global score, demonstrating good construct validity across clinical populations, including those with binge-spectrum EDs.

(Note: For the purpose of the weekly SCED assessments, instructions will be adapted to assess the past 7 days instead of the standard 28 days).

Trauma- and emotion-related symptoms

Posttraumatic stress symptoms will be assessed weekly (Phases A, B, C) using the International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018), an 18-item self-report scale designed to evaluate both symptom severity and probable diagnosis of PTSD and complex PTSD (CPTSD) according to ICD-11 guidelines. Participants rate items on a 5-point Likert scale from 0 (“Not at all”) to 4 (“Extremely”). The measure includes three PTSD-related subscales (re-experiencing, avoidance, sense of threat) and three subscales related to disturbances in self-organization (affective dysregulation, negative self-concept, interpersonal difficulties).

Emotional reactivity will be evaluated weekly (Phases A, B, C) using the Emotion Reactivity Scale (ERS; Nock et al., 2008), which contains 21 items assessing emotional sensitivity, emotional arousal/intensity, and emotional persistence. Each item is rated on a 5-point Likert scale ranging from 0 (“Not at all like me”) to 4 (“Completely like me”), with higher scores reflecting greater emotional reactivity.

Emotion dysregulation will be measured weekly (Phases A, B, C) using the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), a 36-item self-report questionnaire evaluating clinically relevant aspects of emotion dysregulation. The DERS includes 6 subscales (e.g., Non-acceptance of emotional responses, lack of emotional clarity). Responses are given on a 5-point Likert scale from 1 (“Almost never”) to 5 (“Almost always”).

Additional pre-, post-, and process measures

In addition to the weekly primary and secondary outcome measures, the following instruments will be implemented to support sample characterization, initial screening, and process evaluation:

Sociodemographic and medical characteristics (T0 only) will be collected using a custom questionnaire including age, gender, height, weight, socioeconomic status, educational attainment, relationship status, type of clinical diagnosis, and prior medical history (e.g., prior history of bariatric surgery, including duration and context).

Baseline posttraumatic stress and depressive symptoms (T0 only) will be evaluated using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) to characterize the clinical profile of the sample at inclusion. Suicide risk (T0 only) will be assessed using the RSD clinical guideline (Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher); a score > 3 will be considered an exclusion criterion. Subjective experience and process evaluation (Phase B only) will be monitored immediately after each of the five BASED protocol sessions.

Participants will complete a brief open-ended questionnaire featuring two prompts ("What did you find most helpful during today's session?" and "What was most difficult or challenging for you?") alongside a global session rating on a 0-10 Visual Evaluation Analog (VEA) scale. This qualitative data will support the exploratory analysis of acceptability and feasibility.

Tableau 15.
Summary of measures by assessment time point and study phase.

Measure	T0	Phase A	Phase B	Phase C	T2
	<i>Inclusion</i>	<i>Baseline (weekly, 5–8 wk)</i>	<i>Intervention (weekly, 5 wk)</i>	<i>Follow-up (weekly, 5 wk)</i>	<i>3-month follow-up</i>
Intervention related mechanisms					
DES		X	X	X	X
MAIA-II		X	X	X	X
Eating disorder symptoms					
BES		X	X	X	X
EDE-Q	X	X	X	X	X
FCQ-T-R	X				X
Trauma and emotion related symptoms					
ITQ	X	X	X	X	X
ERS		X	X	X	X
DERS		X	X	X	X
Pre-, post-, and process measures					
PCL-5	X				X
BDI-II	X				
RSD	X				
Sociodemographic	X				
Session feedback (VEA)			X		

Note. X = administered. T0 = baseline assessment at inclusion. Phase A duration is randomised by block (5, 6, 7, or 8 weeks) to enable causal inference under the multiple-baseline design (Kratochwill et al., 2010). Within Phases A, B, and C, weekly assessments are administered using identical instructions; the EDE-Q reference period is adapted from 28 to 7 days for the SCED administration. Session feedback (VEA: visual evaluation analog scale, qualitative prompts and 0–10 rating) is collected immediately after each of the five group sessions of Phase B. T2 = 3-month follow-up. DES = Dissociative Experiences Scale; MAIA-II = Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, version 2; BES = Binge Eating Scale; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; FCQ-T-R = Food Cravings Questionnaire Trait Reduced; ITQ = International Trauma Questionnaire; ERS = Emotion Reactivity Scale; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; BDI-II = Beck Depression Inventory Second Edition; RSD = Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher; VEA = Visual Evaluation Analog scale; SCED = Single-Case Experimental Design.

Data analysis projections

Data analysis will follow internationally recognized methodological standards for single-case experimental designs (SCEDs) (Kratochwill et al., 2010; Tate et al., 2016). A systematic visual analysis will first be conducted using the VAIOR framework (Lane & Gast, 2014), assessing trends, level changes, variability, immediacy of effect, and overlap between phases. Subsequently, quantitative indices appropriate for SCEDs will be computed:

- Tau-U statistics (Tarlow, 2017) will be used to quantify within-participant changes across phases, controlling for baseline trend.
- Between-Case Standardized Mean Difference (BC-SMD) will be calculated to estimate aggregate effect sizes across participants (Pustejovsky et al., 2020).

In accordance with SCED guidelines, no data imputation will be performed for missing weekly measures; analyses will be based on observed data only, with missing assessments reported transparently. All analyses will be performed in R (R Core Team, version 4.4.1) within the RStudio environment, using the packages `scan` (for systematic visual inspection following the VAIOR framework) and `SingleCaseES` (for computation of effect sizes such as Tau-U and BC-SMD). Phase traceability will be ensured through standardized documentation of all assessment time points and conditions.

Intervention proposal

Development of the BASED Protocol

The BASED protocol was developed through an iterative, multidisciplinary co-design process supervised by the first author (WS). To ensure that the intervention was both clinically robust and firmly anchored in the scientific literature, the contents were constructed through the collaboration of three specialized clinical working groups:

- **Eating Disorders (ED) Group:** Comprising clinical psychologists specialized in EDs (JB, MQ), this group focused on developing the psychoeducational and clinical foundations for the initial sessions (Sessions 1 and 2), addressing the functions of binge eating and protective parts.
- **Trauma, Dissociation, and Mindfulness Group:** Comprising psychologists trained in trauma-focused therapies (e.g., EMDR, CBT) and mindfulness (VB, HL), this group designed the advanced emotion regulation and dissociation-focused components (Sessions 4 and 5).
- **Somatic and Interoceptive Group:** Led by a clinician specialized in trauma-sensitive yoga, mindful movement, and interoception (MKZ), this group integrated bottom-up, body-based practices throughout the protocol (Session 3).

To maintain clinical coherence and ensure systematic alignment with current empirical research, the first author (WS) participated in the working sessions of all three groups, acting as a translational bridge between evidence-based literature and clinical application. The overall standardization of the protocol was achieved through three collegiate consensus meetings (an introductory kick-off, a mid-term review, and a final validation). During these meetings, the therapeutic trajectory was collegially reviewed, and necessary modifications were integrated by WS to guarantee a seamless, uniform, and safe journey for the patients. Ultimately, the resulting session contents were synthesized from three main evidence-based therapeutic frameworks:

1. **Trauma-Informed practices:** Exercises aiming to restore autonomic regulation and interoceptive awareness (e.g., cardiac coherence, grounding) adapted from body-based trauma interventions.
2. **Internal Family Systems (IFS):** Psychoeducation and experiential exercises allowing patients to conceptualize their binge-eating behavior as a protective "manager" or "firefighter" part.
3. **Mindfulness and Self-Compassion:** Practices designed to increase distress tolerance and equanimity toward bodily sensations.

Presentation:

The BASED protocol (Body Awareness and Safety for Eating Disorders) is an add-on, five-session weekly group intervention (90-120 min) embedded within treatment-as-usual for eating disorders (CBT-E, nutritional/medical monitoring, family-based therapy) during a stabilization phase (see eligibility criteria). The clinical premise is that binge episodes often occur in the context of dissociative processes (e.g., numbing, attentional disengagement, mild depersonalization) and low interoceptive differentiation, which promote short-term self-soothing strategies. The aim is to support a shift from fragmented functioning to an integrated sense of self (embodiment) by strengthening interoception and emotion regulation while reducing reliance on dissociative coping.

Mechanistically, the intervention follows a phase-oriented trauma framework that combines psychoeducation about dissociation with work on protective modes/“parts” in a secure context (Fisher, 2017; Piedfort-Marin, 2022), consistent with contemporary models of trauma-related dissociation (Nijenhuis, 2006; Van Der Hart, 2021); and as an emotion regulation linking strategy (Cavicchioli et al., 2021). Early interpersonal trauma is assumed to foster states of disconnection and functional fragmentation of responses (protective modes vs. needs), disrupting emotion regulation and sensory integration. At the neurocognitive level, alterations in interoceptive networks (insula, anterior cingulate cortex) are documented in EDs and linked to deficient identification/integration of internal signals (hunger, satiety, affective arousal) (Bernardo et al., 2017; Datta et al., 2025a; Khalsa, Adolphs, et al., 2018; Khalsa, Hassanpour, et al., 2018). In this context, binge eating can operate as a dissociative self-soothing strategy in response to overwhelming or poorly differentiated affective states (Palmisano et al., 2018; Lev-Ari et al., 2021; Brewerton, 2022). In keeping with stabilization logic, no exposure to trauma memories is conducted during the protocol.

Tableau 16.

Five step sessions of the BASED protocol.

Session	Content
1	Psychoeducation on binge-type eating disorders: recontextualize the symptom and name dissociation/states of disconnection. Introduction to self-regulation via cardiac coherence
2	Body mapping and interoceptive awareness: sensory-emotional cartography, safe place imagery, butterfly tapping; introduction to the “window of tolerance”
3	From internal safety to agency: trauma-informed movement to reduce bodily dissociation and increase volitional control.
4	Emotions and dissociation with self-compassion. parts/modes work (no exposure) to differentiate emotions/needs and soften protective responses.
5	Integration interoceptive grounding via exteroceptive resources in natural settings to consolidate safety, agency, and self-continuity. Programme closure.

The intervention is co-facilitated by two clinicians trained in body-based and trauma-informed approaches. Targets include improving bodily experience, emotional tolerance, and felt internal safety. Each session follows a standardized format and closes with activation of a “resource toolbox” (anchoring/self-soothing) to support between-session consolidation. Trauma content is managed within a stabilization-without-exposure frame (affect titration, interoceptive/exteroceptive anchors, stop rules, distress-management protocol); adverse events and any changes to treatment-as-usual are documented.

Table 3.*Translational mapping from empirical findings to BASED intervention targets*

Empirical findings	Theoretical construct	BASED session(s)	Clinical techniques
Dissociative absorption and emotion strategies as central nodes (Study 4)	Experiential disconnection as emotion regulation strategy	S1, S2, S5	Psychoeducation on dissociation; body mapping; mindful attentional anchoring
Depersonalization-derealization in severe profiles (Study 3)	Somatoform dissociation and disembodiment	S2, S3	Safe place imagery; butterfly tapping; trauma-informed movement
DSO: affective dysregulation (49–68% of severe profiles, Study 3)	Emotion dysregulation	S2, S4	Window of tolerance; activation thermometer; self-compassion
DSO: negative self-concept (Study 4)	Shame, self-criticism, internalized dehumanization	S4	IFS-informed parts work; compassionate internal dialogue
DSO: disturbed relationships (Study 3)	Relational rupture, group disconnection	All sessions (group format)	Therapeutic group as corrective relational experience
Emotional clarity as bridge symptom (Study 4)	Alexithymic processes linking trauma and ED	S2, S4	Body-emotion mapping; functional analysis of binge episodes
Interoceptive dysfunction (Khalsa et al., 2018)	Reduced awareness of internal signals	S2, S3, S5	Cardiac coherence; interoceptive tracking; mindfulness in nature

Note. Empirical findings refer to studies conducted within the doctoral research program (Studies 3 and 4). DSO = Disturbances in Self-Organization (ICD-11 complex PTSD framework; Cloitre et al., 2018); IFS = Internal Family Systems; ED = eating disorder; BASED = Body Awareness and Safety for Eating Disorders; S1 to S5 refer to BASED protocol sessions 1 to 5. The mapping illustrates how each empirically identified mechanism is operationalized within specific protocol components.

Session 1 - Understanding symptoms function through psychoeducation

Evidence-based clinical rationale

This session establishes a trauma-informed safety frame and reframes binge episodes as short-term self-soothing often involving dissociative processes (numbing, attentional disengagement) within a transdiagnostic CBT perspective. ED maintenance loops, dysfunctional self-evaluation focused on weight/shape/control, emotion intolerance, and dietary restraint, contribute to cycles of loss of control (Fairburn, 2003; Trottier & MacDonald, 2017). In trauma-exposed samples, dissociation can precede binge episodes and is stress-reactive (Hallings-Pott et al., 2005; La Mela et al., 2010). Community/clinical studies further link trauma, emotion dysregulation, dissociation, and binge-spectrum symptoms (Palmisano et al., 2018; Lev-Ari et al., 2021; Brewerton, 2022). Targeting beliefs/maintenance factors, emotion regulation, and dissociative coping is intended to build functional insight and prepare for adaptive regulation.

Session structure and clinical techniques

The session begins with an introduction to the treatment framework, including therapeutic goals, structure/schedule, confidentiality, and group routines (opening/closing rituals) with trauma-informed safety procedures (stop-rules, right to pause). A guided, anonymous post-it brainstorming (“What does my compulsion do for me?”) invites participants to explore the protective or numbing function of their binge eating; responses are grouped thematically (experience, functions, dissociation, biographical links) to open a functional lens. Photolanguage tools are then used to support emotional expression and symbolic associations related to binge episodes. A psychoeducational component introduces the transdiagnostic CBT model of eating disorders, emphasizing three maintaining domains. To close the session, participants are introduced to cardiac coherence breathing as a physiological self-regulation tool to be practiced between sessions.

Session 2 - Building internal safety: Window of tolerance and nervous System Regulation

Evidence-based clinical rationale

The second session of the BASED protocol targets interoceptive awareness and physiological self-regulation, drawing on well-established theoretical frameworks such as the “window of tolerance” model (Siegel, 1999) and its therapeutic operationalization in sensorimotor psychotherapy (Ogden et al., 2006) and the somatic marker hypothesis (Damasio, 1999).

This approach is further informed by recent neurobiological findings highlighting altered interoceptive processes in individuals with ED and PTSD, contributing to impaired emotional awareness and regulation (Bernardoni et al., 2020a; Khalsa, Hassanpour, et al., 2018). Based on validated trauma-sensitive mindfulness techniques (Novak, 2018; Price & Hooven, 2018), this session aims to help participants in identifying bodily sensations associated with emotional states and provide regulation tools tailored to individuals with dissociative symptoms or autonomic hypo- or hyperactivation. Enhancing somatic differentiation and fostering physiological regulation are essential to restore adaptive emotion processing and reduce symptom severity. Central clinical processes targeted in this session include (1) Difficulties detecting or interpreting internal bodily signals (Khalsa, Adolphs, et al., 2018; Mehling et al., 2012); (2) Emotional dysregulation manifested as an imbalance between hyperarousal and hypoarousal (Ogden et al., 2006; Price & Hooven, 2018) (3); Alexithymia and emotional confusion related to poor interoceptive awareness (Bael et al., 2024; Treleaven, 2018). By addressing these interrelated mechanisms, the session aims to improve participants' bodily awareness and physiological self-regulation capacities, foundational to effective emotional regulation.

Session structure and clinical techniques

The session begins with a guided body mapping exercise, helping participants locate and name internal sensations such as tension, numbness, warmth, or emptiness linked to specific emotional states. This is complemented by the introduction of a subjective “activation thermometer,” a tool enabling participants to rate their physiological arousal along a continuum from hypoarousal (e.g., numbness, disconnection) to hyperarousal (e.g., agitation, emotional flooding). A guided imagery exercise then invites participants to create a mental “safe place,” inspired by EMDR stabilization techniques (Shapiro, 1996), to cultivate bodily safety and emotional grounding. The “butterfly tapping” technique, bilateral self-administered stimulation, is introduced as a self-soothing strategy for use between sessions.

For participants with low interoceptive awareness, the session includes adapted exercises focusing on recalling positive bodily memories (e.g., warmth, gentle touch, safety) to enhance perception of internal signals and promote reconnection with the body, addressing dissociative profiles common in trauma-related ED.

Session 3 - From internal safety to agency: Reclaiming bodily control

Evidence-based clinical rationale

Eating disorders (ED) are complex conditions frequently associated with disrupted body awareness and emotional processing, including bodily dissociation, impaired sense of agency, and a reduced sense of bodily safety (Colle et al., 2023; Trethewey, Evans, et al., 2023; Trethewey et al., 2025). Trauma-informed movement practices (e.g., trauma-sensitive yoga, mindfulness) have gained growing recognition as effective modalities for addressing these difficulties, particularly in the context of trauma-related disorders such as chronic and complex PTSD. Unlike trauma-focused therapies, these approaches are grounded in trauma-informed principles and interoceptive research. They were initially developed as adjunctive treatments to trauma-focused interventions (e.g., EMDR, CBT), offering a way to integrate the body into psychotherapy and support recovery by fostering interoceptive awareness, empowerment, and internal safety (Emerson et al., 2009; Van Der Kolk et al., 2014). Recent studies have demonstrated the effectiveness of trauma-informed movement practices in reducing posttraumatic symptoms and enhancing interoceptive awareness, with outcomes comparable to those of gold-standard PTSD treatments (van der Kolk et al., 2014; Zaccari et al., 2023). Moreover, these interventions have shown greater feasibility, with higher treatment completion rates and lower dropout compared to trauma-focused cognitive therapies (Zaccari et al., 2023). In the context of ED, emerging evidence highlights the benefits of yoga and mindfulness-based interventions in reducing ED-related psychopathology (e.g., emotional eating, negative affect, body dissatisfaction), particularly when delivered through a trauma-informed lens (Sala et al., 2020; Trethewey, Evans, et al., 2023; Trethewey, McIver, et al., 2023). Furthermore, such practices have been shown to strengthen the mind-body connection, foster bodily trust, reduce bodily dissociation, and counteract the excessive control patterns frequently observed in ED (Trethewey et al., 2023; Carei et al., 2010; Brennan et al., 2020). Central clinical processes targeted in this session include: (1) the restoration of internal bodily safety through trauma-informed mindful movement, (2) the promotion of agency to counteract rigid control patterns and enhance self-efficacy, and (3) the development of emotional awareness through increased interoceptive skills.

Session structure and clinical techniques

During this session, participants will be invited to engage in a 60-minute trauma-informed mindful movement sequence, incorporating chair-based, standing, and floor-based movements. The session emphasizes participant autonomy by offering multiple movement options and the freedom to pause, rest, or observe at any time, according to individual comfort and readiness.

Grounded in trauma-informed principles (SAMHSA), the guiding language throughout the session is invitational, exploratory (i.e., non-directive), and consent-based. The goal is to create a safe, respectful relational environment that empowers individuals to reconnect with their bodies without triggering traumatic memories. Following the movement practice, a structured debriefing is offered, providing space for participants to reflect on and share their experiences. This integrative discussion encourages mindful verbalization of bodily sensations, emotional responses, and potential challenges, fostering meaning-making and reinforcing a sense of safety and connection within the group setting.

Session 4 - From body to emotion: Working with parts and emotional awareness

Evidence-based clinical rationale

Session 4 of the BASED protocol draws upon the Theory of Structural Dissociation (TSDP; Van Der Hart et al., 2007, 2024) and the Internal Family Systems (IFS) model (Brenner et al., 2023; Schwartz, 1995) to offer a functional and compassionate reinterpretation of binge eating behaviors through the lens of internal parts. From this perspective, compulsive eating episodes are understood as protective strategies enacted by certain "parts of the self" to manage overwhelming emotional states or to suppress painful experiences, often rooted in unresolved trauma. These dynamics are especially prevalent among individuals with binge-spectrum eating disorders and complex trauma histories (REFs). This work is further supported by self-compassion practices, which have been shown to reduce body shame and self-criticism, enhance therapeutic alliance, and support emotional resilience (Kelly & Carter, 2015; Linardon, 2021). In parallel, bottom-up, interoceptive approaches promoting reconnection with internal experiences may facilitate the re-establishment of psychophysical integration and inner coherence (Price & Hooven, 2018; Treleaven, 2018). The clinical processes targeted in this session include (1) Recognition of the adaptive and protective function of binge eating behaviors; (2) Identification of internal dynamics between protector and exile parts (e.g., Apparently Normal Part (PAN) / Emotional Part (PE)), (3) Compassionate exploration of underlying emotions and unmet needs through guided internal dialogue, and (4) Development of self-compassion as a means to support internal integration and emotional safety.

Session structure and clinical techniques

The session begins with a reminder of the group's safety framework and available body-based resources (e.g., breathing, tapping, grounding movements) to support self-regulation. Participants are first invited to engage in a dyadic exercise involving a personalized functional analysis of a recent binge episode using a "Before / During / After" grid.

This tool guides them in identifying associated thoughts, emotions, bodily sensations, and consequences, with the aim of uncovering the functional role of the binge behavior as a coping or protective strategy. In the second part of the session, participants are guided through an experiential exercise based on parts work modalities. Using symbolic figures or objects (e.g., representing the part of the self driving the binge, and the protective part behind it), participants are encouraged to recognize these internal dynamics and begin to connect with the underlying emotions or unmet needs. This process fosters inner differentiation and the emergence of the self as a compassionate internal leader capable of emotional regulation. The final part of the session involves a guided self-compassion meditation. Participants are invited to direct kindness and understanding toward the suffering parts of themselves, practicing the same compassion they might extend to a loved one. This practice aims to deactivate shame-related neural pathways and promotes the gradual installation of internal safety and emotional resilience. The session concludes with a group debriefing and participants are invited to maintain a reflective journal throughout the week, noting the presence of internal parts, emotional triggers, and emerging responses. As an optional take-home task, participants are encouraged to watch *Inside Out 2* as a symbolic exploration of internal dynamics and emotional parts.

Session 5 - Toward an integrated self: Interoceptive grounding through exteroceptive resources

Evidence-based clinical rationale

This session aims to enhance sustained attention and emotional regulation through mindfulness practices conducted in natural environments. It draws on the Attention Restoration Theory (ART; Kaplan et al., 1989), which posits that natural settings restore attentional resources, and the Stress Reduction Theory (SRT; Ulrich et al., 1991), which suggests that contact with nature reduces physiological stress activation. In individuals with eating disorders (ED) and a history of trauma, such environments act as sensory containers, fostering bodily grounding (Ohly et al., 2016; Treleaven, 2018). Evidence indicates that mindfulness in nature improves emotional regulation and reduces dissociative symptoms (Price & Hooven, 2018; Stevenson et al., 2018), supporting its use during the trauma-informed stabilization phase (Fisher, 2017).

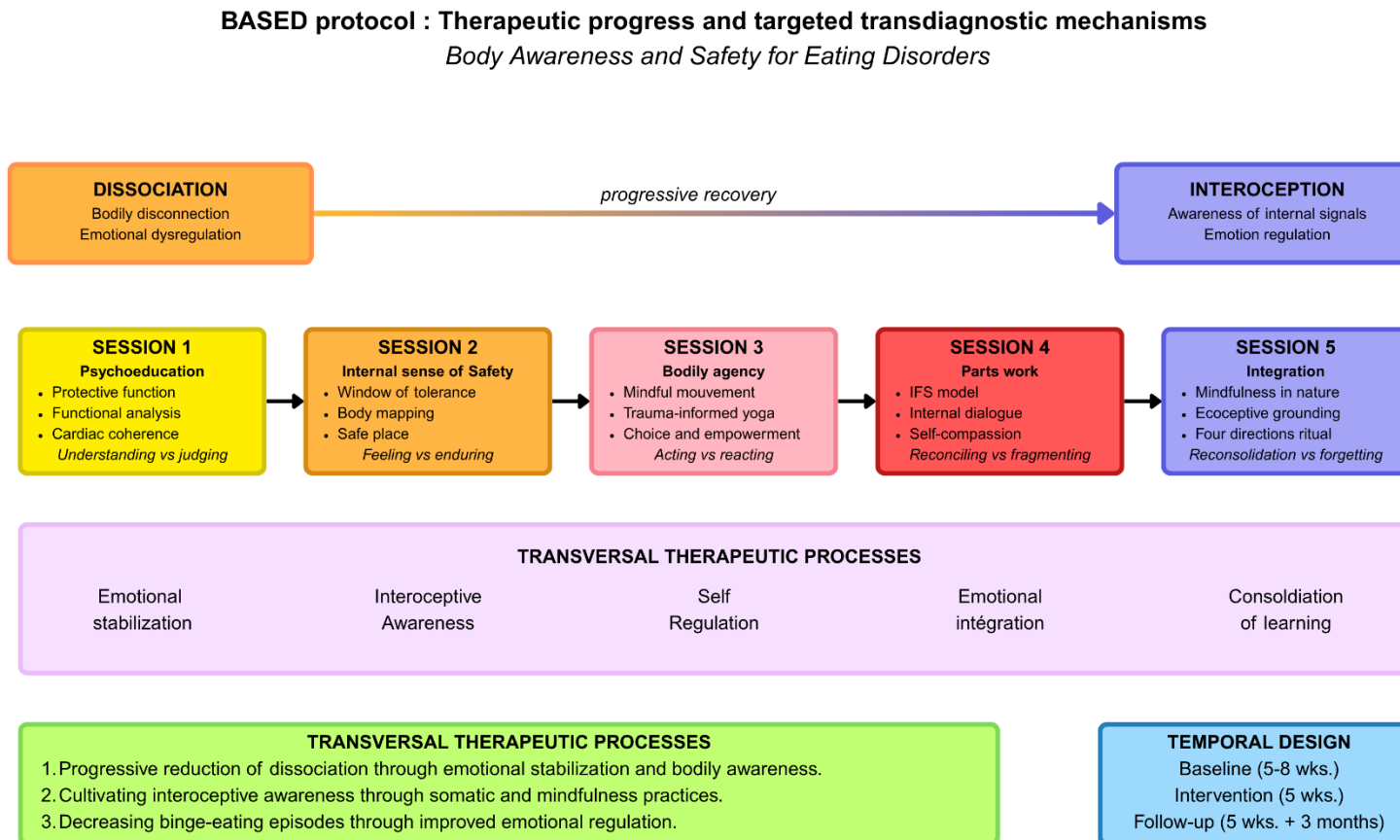
Session structure and clinical techniques

The session follows three phases.

- Guided stillness grounding - Focusing on bodily points of contact and sensory perception (sounds, light, temperature) to foster present-moment awareness.
- Exploratory mindful walk with exteroceptive engagement - Guided through the five senses, encouraging a shift from internal attention to an open, curious awareness of the external environment. This includes a pause for mindful tactile exploration of a chosen natural element (e.g., bark, stone), using exteroceptive input to support bodily grounding.
- Sharing and integration circle - Group debriefing to identify perceived resources, concluding with the “Four Directions” exercise.

Between-session transfer. Participants are encouraged to engage in brief daily nature-based mindfulness practices (e.g., breathing morning air, observing the horizon, touching a natural element) to maintain self-regulation

Figure 34.
BASED protocol overview.



Discussion

To our knowledge, this is the first protocol to operationalize a transdiagnostic stabilization intervention simultaneously targeting dissociation and interoception in individuals with binge-spectrum eating disorders, directly derived from prior empirical findings within the same research program. Developed as an adjunctive protocol to standard treatment (CBT-E, nutritional support, medical monitoring), the BASED program adopts an integrative clinical stance, focusing on restoring bodily safety, emotional anchoring, and agency. It targets two central yet under-addressed mechanisms in ED care: dissociation and altered interoception. This orientation builds on the hypothesis that, in patients with early interpersonal trauma, dysfunctional eating behaviors should not be viewed merely as behavioral disturbances but as maladaptive attempts to self-regulate overwhelming emotional and bodily states in the context of chronic allostatic load and underdeveloped affective regulation capacities.

From fragmentation to embodiment

Dissociation, in the context of binge-spectrum EDs, is conceptualized not only as a symptom of posttraumatic stress but as an experiential coping strategy to modulate intolerable or fragmented interoceptive signals. Our network analysis identified dissociative as a central node and as a bridge between trauma and eating symptom communities, suggesting that this process functions as a key transmission mechanism through which traumatic experience expresses itself in the alimentary register. BASED aims to restore a sense of embodied self-continuity through somatic and mindful practices, psychoeducation on dissociative processes, and guided exploration of internal parts. The protocol thus aligns with body-focused trauma models (van der Kolk, 2014), polyvagal-informed frameworks (Porges, 2011, 2022)², and phase-based treatment recommendations for complex trauma (Courtois & Ford, 2009; Reddemann & Piedfort-Marin, 2017).

Interoception, on the other hand, is often impaired in EDs both subjectively and neurally, with documented alterations in insula and anterior cingulate cortex networks (Bernardoni et al., 2020; Datta et al., 2025; Khalsa & Verdonk, 2024). Deficits in interoceptive awareness and trust may prevent differentiation between bodily needs and emotional distress, perpetuating reliance on eating behaviors as expressive or regulatory modalities (Herbert, 2020). A distinctive feature of the BASED protocol is its alignment with the ICD-11 conceptualization of complex PTSD.

² although the underlying neurophysiological model has been the subject of recent debate (Grossman, 2023)

Whereas classical PTSD treatments primarily target re-experiencing, avoidance, and hyperarousal, BASED focuses specifically on the DSO dimensions (eg. affective dysregulation, negative self-concept, and disturbed relationships) which our prior work identified as defining features of the most severe trauma-related ED profiles. Each of these dimensions is addressed through specific protocol components: affective dysregulation through the window of tolerance model (Session 2) and self-compassion training (Session 4); negative self-concept through the IFS-informed reframing of binge eating as a protective rather than shameful process (Session 4); and relational disturbances through the sustained corrective relational experience provided by the group format itself. This DSO-centered orientation positions BASED as a stabilization intervention specifically calibrated for patients whose clinical presentation aligns with complex PTSD rather than classical PTSD alone, filling a documented treatment gap in the ED field (Brewerton, 2023; Trottier & Monson, 2021; Liebman et al., 2025).

Methodological strengths and limitations

The use of a multiple-baseline SCED enhances internal validity through repeated, individualized measurements and randomized baseline allocation, allowing causal inference under controlled within-participant comparisons. This design is particularly suited for clinically complex populations and enables exploratory investigation of change mechanisms. Several limitations must, however, be acknowledged. First, the small sample size ($N = 4$), while methodologically appropriate for an SCED, inherently limits generalizability and does not allow population-level inference. Second, all primary outcomes rely on self-report measures; objective indices of interoception (e.g., heartbeat detection tasks, neural correlates assessed via fMRI) and dissociation (psychophysiological measures) would strengthen the assessment of mechanism change but were beyond the scope of the present protocol. Third, the absence of evaluator blinding represents an additional methodological limitation, mitigated only partially by the use of standardized self-report instruments. Fourth, the influence of treatment-as-usual (CBT-E, nutritional monitoring, pharmacotherapy) on outcomes cannot be fully disentangled from the specific effects of the BASED protocol, although weekly TAU monitoring will allow descriptive characterization of any changes. Fifth, the absence of an active control group prevents conclusions about the specificity of the protocol's effects relative to non-specific factors (group support, therapeutic alliance, attentional effects). Future studies should test BASED in randomized controlled trials including active control groups (e.g., supportive group therapy, TAU alone) and stratification by trauma severity or dissociation profile.

Clinical and translational implications

Should the protocol demonstrate feasibility and preliminary efficacy in this SCED, several clinical implications follow. First, BASED could be integrated into specialized ED units as a stabilization module preceding or accompanying trauma-focused interventions, addressing a critical gap in current treatment pathways. Second, its brief format would allow scalability across diverse care settings, including outpatient services where longer trauma-focused treatments may be impractical. Third, the protocol's empirical derivation from network and profile analyses illustrates a translational pathway from psychometric modeling to clinical intervention, a methodological example that may inform other process-based intervention development efforts (Hayes & Hofmann, 2019). Finally, the systematic measurement of dissociation and interoception throughout the SCED will contribute to clarifying the temporal dynamics of these processes during stabilization treatment.

Conclusion

The BASED protocol represents a brief, structured, and empirically derived adjunctive intervention specifically tailored to the trauma-related mechanisms maintaining binge-spectrum EDs. By directly targeting dissociation and emotion dysregulation mechanisms identified as central in our prior empirical work. The protocol may enhance treatment engagement, support stabilization, and provide a foundation for future controlled trials assessing efficacy and scalability. The planned SCED will provide initial evidence of feasibility, acceptability, and preliminary effects, while contributing to the broader effort of building empirically derived, trauma-informed treatment pathways for individuals with binge-spectrum EDs and complex trauma histories.

1. EMOTRAC : saisir le spectre complet des troubles et désordres alimentaires

Le programme EMOTRAC articule deux échantillons complémentaires : une cohorte clinique multicentrique (services spécialisés) et un échantillon en population générale recruté en ligne. Cette double approche permet de capturer la symptomatologie à différents stades d'évolution (formes constituées et désordres alimentaires) et d'examiner si les mécanismes émotionnels et traumatiques opèrent quelque soit le degré de sévérité. Ce design dimensionnel constitue une méthodologie cohérent avec les hypothèses transdiagnostiques défendues dans les chapitres précédents.

Cadre éthique et réglementaire : projet RIPH3 avec avis favorable du CPP, complété par une analyse d'impact RGPD et une approbation CER pour le volet en ligne

3. Étude 4 - Les comportements alimentaires sont périphériques ; les processus émotionnels et dissociatifs occupent le centre du réseau

L'analyse en réseau révèle une topologie psychopathologique où les comportements alimentaires observables (restriction, accès hyperphagiques) occupent une position périphérique, tandis que les nœuds centraux et les nœuds ponts relèvent du manque de clarté émotionnelle, de l'absorption dissociative et de l'accès limité aux stratégies de régulation. La faible modularité observée traduit une architecture intégrée où les frontières entre domaines émotionnels, traumatiques, dissociatifs et alimentaires sont peu distinctes. Cette configuration invite à repenser la hiérarchie des cibles thérapeutiques : agir sur les comportements alimentaires sans traiter l'architecture sous-jacente expose au plafonnement thérapeutique fréquemment rapporté dans les formes comorbides TCA + TSPT.

Cinq nœuds ponts principaux : DERS-Clarté (0,59), ITQ-Perception de soi (0,51), DES-Dépersonnalisation (0,47), DERS-Acceptation (0,45), DES-Absorption (0,36) (*Bridge Expected Influence*)

Étude 3 - Cinq profils de vulnérabilité émotionnelle, dont deux spécifiquement associés au TSPT-Complexe

L'analyse en profils latents a identifié cinq configurations distinctes de vulnérabilité émotionnelle, allant d'un fonctionnement préservé à une hyperréactivité dysrégulée sévère, en passant par un profil de déconnexion émotionnelle cliniquement significatif (faible conscience associée à une psychopathologie). Ces profils ne reflètent pas un simple gradient de sévérité : ils correspondent à des organisations qualitativement distinctes, dont les implications thérapeutiques diffèrent. Le résultat le plus saillant est la spécificité de l'association entre vulnérabilité émotionnelle et TSPT-Complexe (et non TSPT simple), cohérente avec la conceptualisation CIM-11 et plaidant pour une évaluation systématique du statut post-traumatique dans les TCA.

TSPT-Complexe surreprésenté dans les profils les plus sévères : 68,4 % (Profil 3) et 49,2 % (Profil 2), contre 3 à 15 % dans les autres profils ($\chi^2(8) = 125,32$; $V = 0,36$)

4. Étude 5 - Le protocole BASED traduit ces résultats en intervention ciblée sur les processus centraux

Le protocole BASED (Body Awareness and Safety for Eating Disorders) constitue la traduction clinique des résultats des études 3 et 4 : il cible prioritairement les nœuds centraux et de pont (clarté émotionnelle, sécurité corporelle, monitoring intéroceptif, dissociation) plutôt que la réduction directe des comportements alimentaires. Conçu selon les principes trauma-informed et évalué via un plan à cas unique à lignes de base multiples (SCED), il s'inscrit dans la logique des approches transdiagnostiques et propose une réponse aux limites des approches standardisées qui ne ciblent pas explicitement ces processus. L'évaluation empirique prévue permet de tester la pertinence clinique de cette intervention via un *Single case study*.

Cibles thérapeutiques du protocole : restauration de la sécurité intéroceptive, développement de la clarté et de la tolérance émotionnelles, travail sur les phénomènes dissociatifs et pleine conscience

CHAPITRE 4.

DISCUSSION GENERALE

1. Synthèse intégrative des différentes études

L'ensemble des études menées dans cette thèse a permis d'interroger de manière progressive l'hétérogénéité des troubles des conduites alimentaires (TCA), leurs logiques de classification, ainsi que les cadres conceptuels les plus pertinents pour mieux en comprendre les mécanismes sous-jacents. Pris ensemble, ces travaux convergent vers une idée centrale : les TCA ne peuvent être appréhendés de manière satisfaisante à partir d'une lecture exclusivement symptomatique ou diagnostique. Ils doivent également être pensés à partir de processus transdiagnostiques, au premier rang desquels figurent la dysrégulation émotionnelle, certaines vulnérabilités cognitives et attentionnelles, ainsi que les dimensions traumatiques et dissociatives. Les résultats de la thèse sont présentés page suivante au format poster.

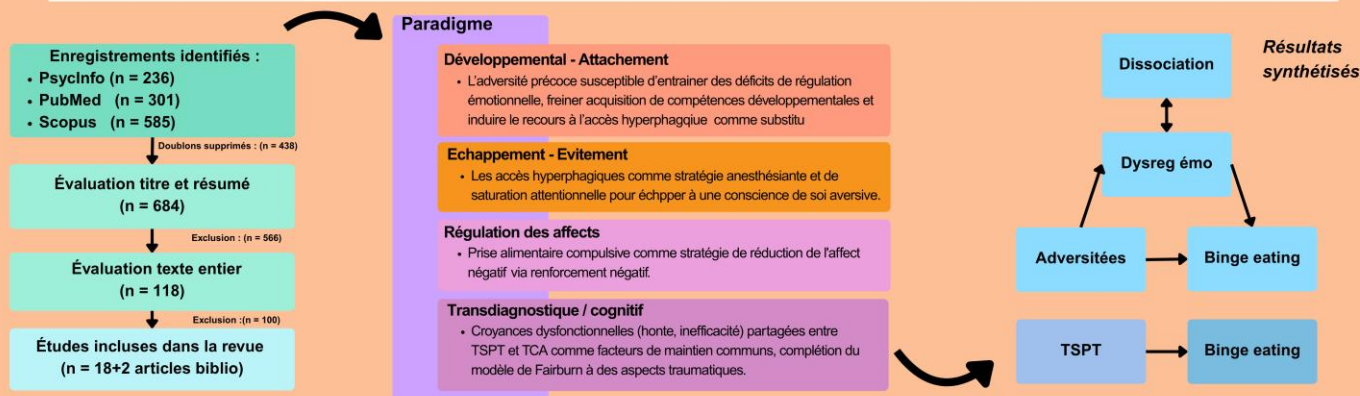
Étude 1 - Trois profils cognitivo-émotionnels dans les TCA

Analyse en clusters · Rigidité cognitive × Alimentation émotionnelle · N = 130, population clinique



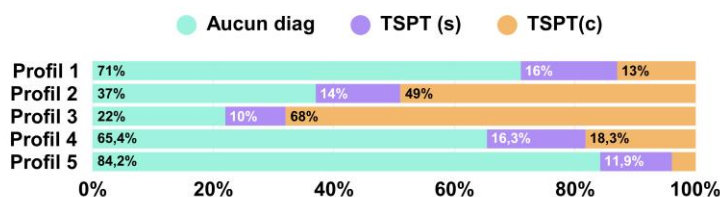
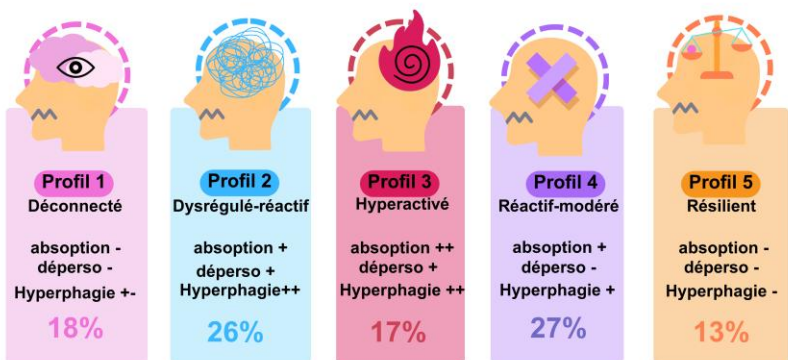
Rigidité cognitive partagée (malgré expressions comportementales différentes)

Étude 2 - Revue systématique psychotraumatisme et processus émotionnels dans les accès hyperphagiques



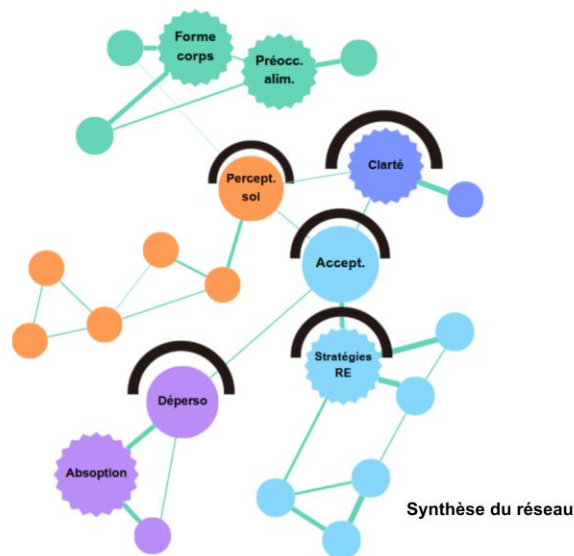
Étude 3 - Cinq profils de vulnérabilité émotionnelle

Analyse en profils latents (LPA) · DERS × ERS · N = 475 · Clinique + pp générale



Étude 4 - Analyse en réseaux

Analyse en réseaux (NA) · alimentation - émotions - trauma · N = 473 · Clinique + pp générale



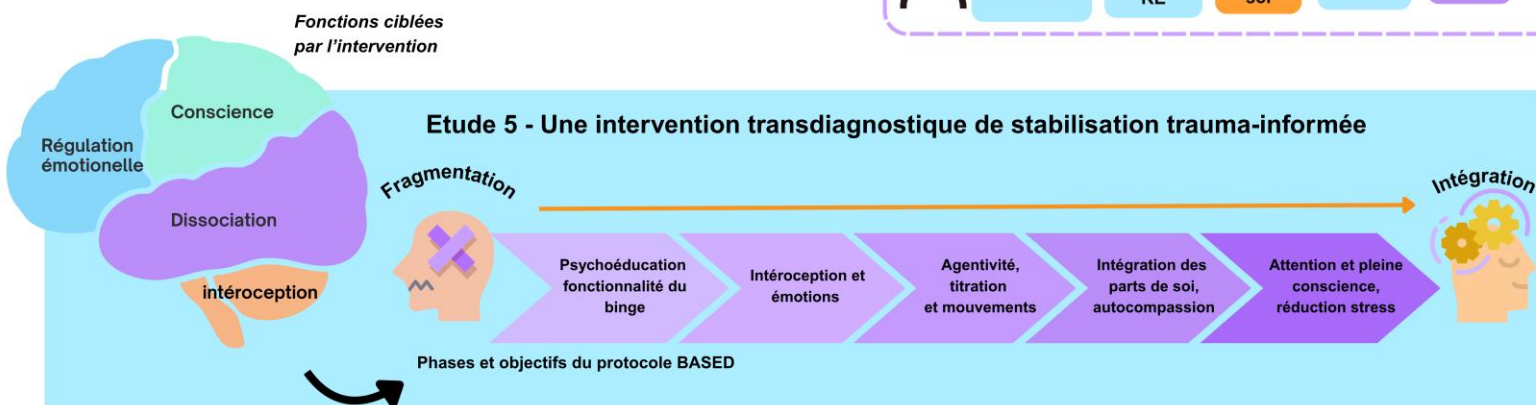
Noeuds centraux par ordre d'importance



Noeuds ponts par ordre d'importance



Étude 5 - Une intervention transdiagnostique de stabilisation trauma-informée



La première étude a constitué une étape exploratoire montrant la pertinence d'une lecture transdiagnostique des TCA. Au-delà des catégories cliniques habituelles, les résultats ont suggéré que les symptômes alimentaires s'organisent en fonction de dimensions émotionnelles et cognitives partagées qui traversent les diagnostics. Trois clusters cognitivo-émotionnels ont émergé se différenciant par la valence émotionnelle et l'expression comportementale ; l'un d'eux, marqué par une forte charge traumatique et une prédominance d'accès hyperphagiques, a orienté la suite des recherches vers une investigation du lien trauma-binge eating (Brewerton, 2007 ; Caslini et al., 2016).

La revue systématique (étude 2) a permis d'affiner cette hypothèse en suggérant un rôle médiateur de la dysrégulation émotionnelle entre adversité et accès hyperphagiques. Elle a également mis en évidence la dispersion des cadres explicatifs (développemental, cognitions transdiagnostiques, échappement-évitement, régulation des affects), sans qu'aucun modèle intégratif ne se dégage. Surtout, elle a révélé une zone d'ombre majeure : l'insuffisance d'étude sur les processus dissociatifs et attentionnels (Mason et al., 2017 ; Witte et al., 2018), constituant le tournant théorique du travail doctoral vers un système plus complexe articulant trauma, émotions et dissociation.

Dans le prolongement de cette synthèse, les études 3 et 4 ont adopté deux stratégies complémentaires pour modéliser ce système. L'étude 3 consistait donc à revenir à une approche *person-centered*, afin d'examiner si des profils de vulnérabilité émotionnelle pouvaient être identifiés au sein d'une population présentant des désordres ou troubles alimentaires. Les résultats obtenus soulignent l'existence de cinq profils de vulnérabilités émotionnelles distincts qui différaient significativement sur plusieurs variables cliniquement pertinentes, notamment les symptômes dissociatifs et traumatiques. Cette étape renforce une hypothèse essentielle de la thèse : l'hétérogénéité des TCA ne relève pas uniquement des manifestations comportementales alimentaires, mais aussi de configurations différenciées de vulnérabilité émotionnelle, dont certaines apparaissent étroitement liées à une charge traumatique plus importante.

Par la suite, une analyse en réseau (étude 4). Cette étude visait à explorer la structure topologique des relations entre plusieurs variables qui, jusqu'alors, avaient souvent été étudiées séparément. Cette approche permettait d'examiner non seulement l'existence d'associations entre variables, mais aussi leur organisation relationnelle, c'est-à-dire la manière dont certaines dimensions peuvent occuper des positions plus centrales ou de pont dans le système psychopathologique. Deuxièmement, elle offrait la possibilité de modéliser plus finement les articulations entre symptômes alimentaires, dimensions émotionnelles, trauma et dissociation, sans imposer d'emblée une hiérarchie a priori.

Les résultats ont mis en évidence que l'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle constituait le nœud le plus central du réseau, tandis que le manque de clarté émotionnelle, la perception négative de soi liée au trauma et la dépersonnalisation occupaient les positions de pont les plus élevées ; c'est-à-dire qu'ils assuraient la connectivité entre les domaines traumatique, dissociatif, émotionnel et alimentaire. À l'inverse, les comportements alimentaires observables (restriction, sévérité des accès hyperphagiques) occupaient des positions périphériques, suggérant qu'ils représentent des manifestations situées en aval du système plutôt que son centre.

L'étude 5 (protocole BASED) s'inscrit dans le prolongement de l'ensemble. Articulé aux nœuds centraux et aux nœuds ponts identifiés dans le réseau, ce protocole d'intervention transdiagnostique de stabilisation trauma-informée a été co-construit avec un groupe de cliniciens pour traduire les cibles processuelles en modules thérapeutiques progressifs : psychoéducation sur la fonctionnalité du binge, intéroception et émotions, agentivité corporelle, intégration des parts de soi et autocompassion, attention et réduction du stress. Sa faisabilité et son test d'efficacité sont proposés selon un plan à cas uniques à lignes de base multiples (SCED).

Pris ensemble, ces travaux dessinent une trajectoire cohérente : la première étude a déplacé le regard vers une lecture transdiagnostique et processuelle des TCA ; la revue systématique a mis en évidence le rôle clé de la dysrégulation émotionnelle entre trauma et accès hyperphagiques, tout en révélant la nécessité d'intégrer la dissociation et la symptomatologie du TSPT-c ; l'analyse en profils latents a montré que ces dimensions s'organisent en configurations interindividuelles cliniquement pertinentes ; l'analyse en réseau a modélisé les interdépendances entre ces variables et identifié des cibles d'interventions hiérarchisées ; enfin, le protocole BASED en propose une traduction clinique. Au niveau global, la thèse soutient que les TCA gagnent à être abordés dans une logique traumatique et émotionnelle, en ciblant prioritairement la régulation émotionnelle, la réactivité émotionnelle, la dissociation et, plus largement, le traitement de l'expérience interne. Cette perspective ne vise pas à réduire tous les TCA au trauma ni à postuler une étiologie unique, mais à montrer que, chez une proportion importante de personnes concernées, les dimensions traumatiques et émotionnelles apportent une clé de lecture indispensable pour comprendre la sévérité, la chronicité et l'hétérogénéité des troubles.

1.1. Vers un cadre intégratif : l'inférence active et le traitement de l'expérience interne

À un niveau plus intégratif, cette conclusion peut être mise en perspective avec les modèles contemporains du cerveau prédictif et de l'inférence active. Dans ce cadre, l'organisme est conçu comme un système qui anticipe en permanence ses états internes et externes et cherche à réduire l'écart entre ses prédictions et les signaux effectivement perçus, soit en révisant ses modèles internes, soit en agissant sur le corps et l'environnement afin de rendre l'expérience plus cohérente avec ses attentes (Friston et al., 2016; Seth, 2013; Seth & Friston, 2016). Cette perspective accorde une place centrale à l'intéroception, entendue non comme une simple réception passive des signaux corporels, mais comme un processus d'inférence sur l'état du corps, impliqué dans l'expérience émotionnelle, l'homéostasie et, plus largement, dans plusieurs dimensions de la santé mentale, y compris les troubles alimentaires (Barrett, 2016a; Khalsa, Hassanpour, et al., 2018; Seth, 2013; Subramanian & Thaiss, 2024). Dans ce cadre théorique, les émotions ne sont pas considérées comme des réactions à des événements mais des constructions actives, façonnées par les prédictions que le cerveau génère à partir de l'expérience passée et de l'état corporel présent (Barrett, 2016). Un individu dont les modèles internes ont été structurés par l'adversité, la menace ou l'imprévisibilité relationnelle ne perçoit pas le monde de la même manière : ses prédictions intéroceptives sont biaisées vers la détection du danger, la méfiance envers les signaux corporels, et la nécessité d'un contrôle rigide de l'environnement interne (Paulus & Stein, 2010).

Appliquée aux TCA, cette grille de lecture offre une mise en cohérence théorique des résultats de la thèse. Lorsque les expériences développementales ou traumatiques contribuent à façonner des modèles internes dominés par l'insécurité, la menace, l'imprévisibilité ou le besoin de contrôle, les perturbations de la régulation émotionnelle, de la réactivité émotionnelle, de la dissociation et de l'intéroception peuvent être envisagées comme des expressions d'un traitement altéré de l'expérience interne plutôt que comme de simples phénomènes périphériques. Dans cette perspective, la restriction alimentaire peut être interprétée comme une tentative de réduire l'erreur de prédiction intéroceptive en simplifiant radicalement les entrées corporelles : moins de signaux de faim, de satiété et de variation viscérale impliquent moins d'incertitude interne à traiter. L'accès hyperphagique, à l'inverse, pourrait représenter une tentative de submerger un système de prédiction défaillant par un afflux sensoriel massif (goût, texture, mastication, digestion), déplaçant momentanément l'attention du traitement émotionnel vers le traitement sensoriel (Heatherton & Baumeister, 1991). La dissociation, quant à elle, correspondrait à une déconnexion entre les signaux intéroceptifs et leur intégration consciente, une forme de « mise sous silence » des prédictions corporelles lorsque celles-ci sont chroniquement associées à la menace (Lanius et al., 2010 ; Khalsa et al., 2018).

Cette proposition reste théorique, mais elle est cohérente avec les synthèses montrant, d'une part, que les TCA sont fortement associés à des difficultés de régulation émotionnelle et que les symptômes alimentaires peuvent fonctionner comme des stratégies de régulation dysfonctionnelle, et, d'autre part, que le lien entre trauma précoce et TCA est fréquemment médié par la dissociation et la dysrégulation émotionnelle (Leppanen et al., 2022 ; Rabito-Alcón et al., 2021). Elle est également compatible avec les résultats de l'étude 4, où la position périphérique des comportements alimentaires et la centralité des processus émotionnels et dissociatifs suggèrent précisément que les conduites alimentaires sont des réponses en aval d'un système de traitement de l'expérience interne perturbé, plutôt que le cœur du problème. Cette formulation reste compatible avec le cadre théorique de l'inférence active et avec les travaux récents sur l'inférence intéroceptive dans les troubles liés à l'alimentation, plutôt qu'un mécanisme causal directement démontré (Friston et al., 2016; Seth & Friston, 2016; Subramanian & Thaiss, 2024).

Enfin, cette lecture est également cohérente avec la littérature montrant que l'exposition traumatique et les symptômes post-traumatiques sont associés à une plus grande complexité clinique dans les TCA, à des enjeux de maintien symptomatique, et souvent à des taux plus élevés de non-complétion ou de rechute, ce qui renforce l'intérêt d'approches trauma-informed et intégratives (Brewerton, 2019 ; Convertino et al., 2023 ; Day et al., 2024). Sans réduire les TCA à un simple produit du trauma, ce cadre théorique soutient ainsi l'idée défendue dans cette thèse : chez une proportion importante des personnes concernés, les dimensions traumatiques et émotionnelles ne constituent pas des facteurs périphériques, mais participent au mode même selon lequel l'expérience corporelle, affective et alimentaire est organisée, interprétée et régulée.

2. Proposition de travaux complémentaires

Les résultats de cette thèse, tout en apportant des contributions originales, soulèvent des questions qui appellent des prolongements méthodologiques et conceptuels. Trois axes de recherche se dessinent : la validation écologique et temporelle des mécanismes identifiés, l'approfondissement de la compréhension de la dissociation, et l'extension du programme empirique à d'autres configurations cliniques.

2.1. Valider les mécanismes dans le temps : vers un protocole d'évaluation écologique momentanée

La limite la plus importante de ce travail doctoral réside dans le caractère transversal des données. Les études 1, 3 et 4 capturent une architecture de relations à un instant donné, mais ne permettent pas de déterminer si les processus identifiés comme centraux (dysrégulation émotionnelle, dissociation, clarté émotionnelle) précèdent effectivement les comportements alimentaires dans le temps ou en sont la conséquence. Or, la théorie des réseaux postule précisément que les symptômes centraux propagent l'activation vers les symptômes périphériques (Borsboom, 2017). Néanmoins, cette hypothèse ne peut être testée qu'avec des données temporelles.

L'évaluation écologique momentanée (*Ecological Momentary Assessment*, EMA) constitue la méthodologie la plus appropriée pour répondre à cette hypothèse (Shiffman et al., 2008). Dans un protocole EMA appliqué aux résultats de cette thèse, les personnes seraient sollicitées plusieurs fois par jour (par exemple ; 5 à 8 signaux aléatoires quotidiens) pendant une période donnée, via une application sur téléphone portable, pour évaluer en temps réel leur état émotionnel (clarté, intensité, acceptation), leurs expériences dissociatives (détachement, absorption), leurs cognitions alimentaires et la survenue éventuelle d'épisodes alimentaires (restriction, accès hyperphagique). Cette approche cependant couteuse permettrait de modéliser les réseaux temporels (temporal networks) au niveau intra-individuel (Epskamp et al., 2018), en examinant si conformément aux prédictions issues de l'étude 4 une baisse de la clarté émotionnelle ou une augmentation de l'absorption dissociative précède temporellement la survenue d'un épisode alimentaire chez un même individu. La distinction entre réseau transversal (associations entre variables au même moment) et réseau temporel (prédictions d'un moment à l'autre) permettrait de tester directement les hypothèses de propagation générées par le réseau transversal. De plus, un tel protocole offrirait la possibilité de déterminer si les profils de vulnérabilité identifiés dans l'étude 3 se traduisent par des dynamiques temporelles différentes : le profil alexithymique-hyporéactif pourrait, par exemple, présenter des fluctuations émotionnelles de faible amplitude mais peu connectées aux épisodes alimentaires, tandis que le profil traumatique-complexe présenterait des cascades rapides entre activation émotionnelle, dissociation et perte de contrôle alimentaire.

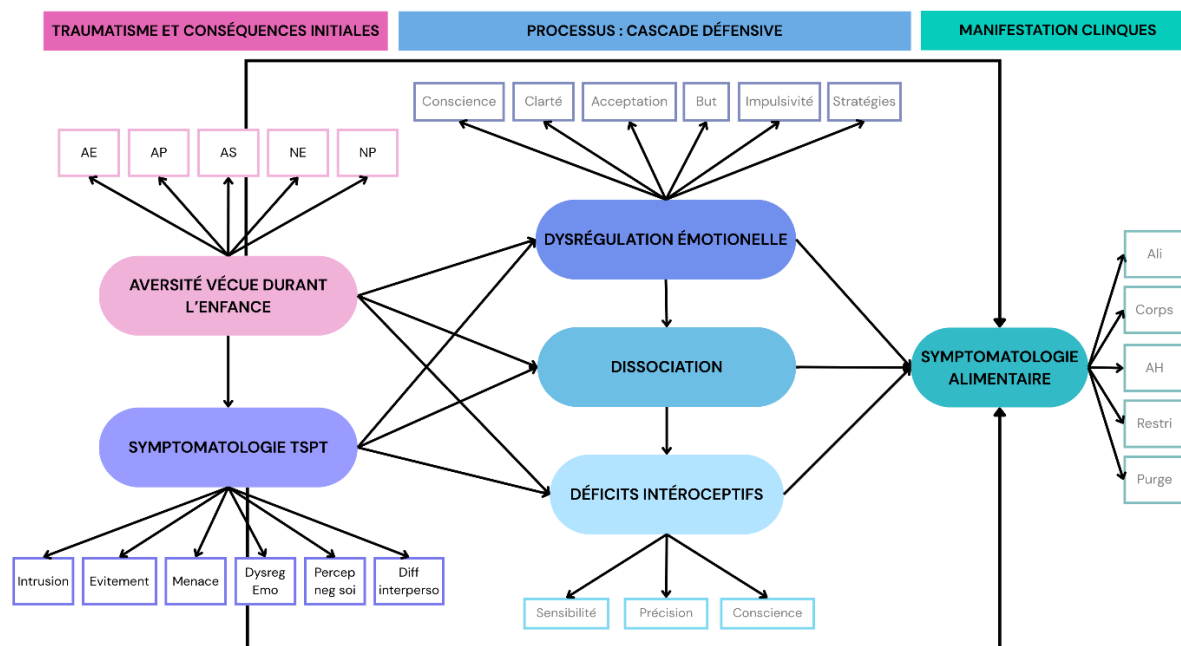
2.2. Répliquer et étendre : modélisation en population générale

La réplication des résultats sur des échantillons plus importants constitue un enjeu méthodologique central. Les études 3 et 4, conduites sur un échantillon transdiagnostique de 475 personnes (cliniques et communautaires), présentent une puissance satisfaisante pour l'estimation de réseaux de 23 nœuds ($CS = 0.751$) mais pourraient bénéficier d'une extension à des échantillons permettant des analyses de sous-groupes et des comparaisons structurelles. La poursuite de l'inclusion du projet EMOTRAC jusqu'à fin 2026 offrira une première opportunité de confronter les résultats de la thèse avec un échantillon clinique davantage constitué.

Au-delà de cette réplication directe, la modélisation par équations structurelles (*Structural Equation Modeling*, SEM) en population générale permettrait de tester les relations de médiation suggérées par les résultats de la thèse, en particulier le rôle médiateur de la dysrégulation émotionnelle et de la dissociation entre adversité précoce et symptomatologie alimentaire dans un cadre confirmatoire. Ce type de modélisation nécessite des échantillons de grande taille ($N > 500$ pour des modèles complexes ; Hoyle, 2023). Le recrutement en population générale, bien que couvrant un spectre de sévérité différent, présente l'avantage d'une plus grande faisabilité et permettrait de tester la généralisation du modèle processuel au-delà des populations cliniques. Un calcul de puissance a priori fondé sur les tailles d'effet observées dans l'étude 4 (corrélations partielles comprises entre .10 et .35 pour les arêtes les plus fortes) suggère qu'un échantillon minimal de 1300 personnes serait nécessaire pour détecter des effets indirects de magnitude modérée ($\beta = .25$) avec une puissance de .80 dans un modèle SEM à 5-6 variables latentes (Fritz & MacKinnon, 2007).

Figure 35.

Modèle d'équations structurelles proposé pour la validation des médiations identifiées dans la thèse.



Note. Proposition de modèle confirmatoire (SEM) à tester en population générale ($N \geq 1\,300$). Les variables latentes sont représentées par des ellipses, les variables observées (indicateurs correspondants aux items) par des rectangles. AE : violence émotionnelle - AP : violence physique - AS : violence sexuelle - NE : Négligence Émotionnelle - NP : Négligence Physique - TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique - AH : Accès Hyperphagiques - Restri : Restriction (alimentaire) - Ali : Alimentation (Préoccupations alimentaires) - Corps : Préoccupations liées au corps/à la forme

2.3. Approfondir la compréhension de la dissociation

La dissociation émerge de l'ensemble des résultats de cette thèse comme un processus à la fois central (absorption dissociative parmi les nœuds les plus centraux du réseau, $EI = 1.15$) et insuffisamment caractérisé. Plusieurs pistes d'approfondissement se dessinent.

Premièrement, l'utilisation d'instruments de mesure plus précis et plus robustes que la DES (*Dissociative Experiences Scale*) permettrait de mieux différencier les composantes de la dissociation impliquées dans les TCA. La DIS-Q (*Dissociation Questionnaire* ; Vanderlinden et al., 1993) ou, plus récemment, des mesures distinguant explicitement la dissociation psychoforme et somatoforme (Nijenhuis et al., 1996) offriraient une précision supérieure. Cette distinction est cliniquement cruciale dans les TCA, où la dissociation somatoforme (sentiment d'étrangeté corporelle, anesthésie sensorielle, déconnexion intéroceptive) pourrait potentiellement constituer un mécanisme plus spécifique que la dissociation psychoforme globale (Lieberman et al., 2023; Longo et al., 2023).

Deuxièmement, les approches qualitatives mériteraient d'être mobilisées pour accéder au vécu subjectif de la dissociation dans les TCA.

L'analyse phénoménologique interprétative (*Interpretative Phenomenological Analysis*, IPA ; Smith, 1996) constitue un cadre particulièrement adapté pour explorer comment les personnes souffrant de TCA vivent, décrivent et donnent sens à leurs expériences dissociatives en lien avec leurs conduites alimentaires. À ce jour, aucune étude qualitative n'a spécifiquement examiné l'articulation entre dissociation et conduites alimentaires du point de vue des personnes concernées, il s'agit d'un angle mort notable dans une littérature dominée par les mesures auto-rapportées.

Troisièmement, des analyses en réseau comparatives (*Network Comparison Test* ; (Van Borkulo et al., 2023) pourraient être conduites pour examiner si l'architecture des processus émotionnels, dissociatifs, traumatiques et alimentaires diffère selon un diagnostics spécifiques. Cette approche serait particulièrement pertinente pour comparer l'anorexie mentale restrictive aux formes binge-spectrum, dans la mesure où les résultats de cette thèse, obtenus sur un échantillon où prédominaient les conduites hyperphagiques, suggèrent que la restriction occupe une position périphérique et partiellement autonome dans le réseau. Au-delà de cette comparaison topologique, une réplique intégrale du programme doctoral (analyses en clusters, revue systématique, analyses en profils latents et en réseau) sur un échantillon spécifiquement constitué de patient.es présentant une anorexie mentale restrictive permettrait de tester la spécificité ou la transférabilité des configurations émotionnelles et traumatiques mises en évidence ici, et d'éclairer la question encore ouverte de savoir si la restriction relève de mécanismes processuels distincts ou partagés avec les conduites hyperphagiques. L'extension à des présentations cliniques émergentes, telles que l'orthorexie ou la bigorexie, dont les processus émotionnels et identitaires restent peu modélisés, constituerait une perspective complémentaire.

2.4. Enrichir et tester le protocole BASED

Sur le plan interventionnel, le protocole BASED (étude 5) n'a pas encore été évalué sur le plan de son implémentation. Plusieurs étapes complémentaires sont nécessaires pour asseoir sa validité et son acceptabilité. Premièrement, une démarche de recherche participative impliquant des patients partenaires et/ou des médiateurs santé pairs dans la conceptualisation, le cadrage et l'évaluation de l'intervention permettrait de renforcer sa pertinence clinique et son acceptabilité (Staniszewska et al., 2017). Deuxièmement, le choix initial d'un protocole en cas unique (*single-case experimental design*), cohérent avec le stade précoce de développement de l'intervention, pourra être progressivement étendu vers un essai contrôlé randomisé (*Randomized Controlled Trial*, RCT) de faisabilité, puis vers un essai d'efficacité comparatif.

Troisièmement, le contenu de l'intervention mériterait d'être enrichi, notamment en renforçant les modules spécifiquement orientés vers la dissociation (*grounding*, ancrage corporel, travail sur la dépersonnalisation) et en inscrivant l'ensemble du protocole dans un cadre plus complet de soins trauma-informés (*trauma-informed care*). À ce titre, les principes directeurs des approches trauma-informées, tels que définis par la SAMHSA (2014) (sécurité, confiance et transparence, soutien par les pairs, collaboration et mutualité, empowerment et choix, prise en compte des dimensions culturelles, historiques et de genre) offrent un cadre structurant pour l'implémentation du protocole BASED au sein des équipes soignantes. Ces principes ne concernent pas uniquement le contenu des séances thérapeutiques : ils impliquent une transformation de l'organisation des soins, de la formation des professionnels et du rapport aux personnes accompagnées (Sweeney & Taggart, 2018).

3. Comment améliorer la prise en charge des TCA en intégrant la place du psychotraumatisme : L'approche trauma informée

Les résultats de cette thèse ne sont pas seulement des contributions académiques : ils portent des implications directes pour la pratique clinique quotidienne. Cette section propose, à partir des données empiriques de nos études, des pistes concrètes pour améliorer l'évaluation, la formation des professionnels, la prévention et l'élargissement des domaines d'application.

3.1. Rendre systématique l'évaluation des processus émotionnels et traumatiques

Un premier constat s'impose : dans de nombreux services spécialisés, l'évaluation initiale des TCA reste centrée sur la symptomatologie alimentaire (comportements, poids, fréquence des épisodes) et les comorbidités psychiatriques classiques (dépression, anxiété), à raison mais sans exploration systématique des processus émotionnels, de l'histoire traumatique et des expériences dissociatives. Or, les résultats de cette thèse montrent que ces dimensions structurent une part significative de l'hétérogénéité clinique et sont associées à des profils de sévérité différenciés.

Concrètement, plusieurs évaluations pourraient être intégrées de manière systématique dans le cadre des soins spécialisés :

- Sur le plan des processus émotionnels, un entretien orienté par des questions ouvertes peut compléter les mesures psychométriques (souvent couteuses pour les patients). Des formulations telles que « Quand vous ressentez une émotion désagréable, qu'est-ce que vous faites habituellement pour y faire face ? », « Vous arrive-t-il de manger ou de ne pas manger en réponse à quelque chose que vous ressentez à l'intérieur, sans pouvoir le nommer précisément ? », ou « Avez-vous l'impression que certaines émotions vous submergent, au point de ne plus savoir quoi en faire ? » permettent d'ouvrir la discussion sur les fonctions régulatrices de l'alimentation sans orienter vers un cadre ou type de fonctionnalité. La passation d'échelles standardisées comme la DERS (Gratz & Roemer, 2004) et l'ERS (Nock et al., 2008) utilisées dans les études 3 et 4 de cette thèse, offre un complément structuré permettant d'identifier les dimensions les plus altérées chez chaque patient.e et ainsi préciser l'évaluation de ces processus psychologique.
- Sur le plan de l'histoire traumatique et de la dissociation, le repérage systématique des expériences adverses (CTQ-SF ; Bernstein et al., 2003), des symptômes post-traumatiques (ITQ ; Cloitre et al., 2018) et des expériences dissociatives (DES ; Carlson & Putnam, 1993) devrait faire partie intégrante de l'évaluation initiale, conformément aux recommandations de Brewerton (2019) et de Trottier et MacDonald (2017). Il ne s'agit pas de poser un diagnostic de TSPT à chaque consultation, mais de créer un espace dans lequel l'histoire du ou de la patient.e puisse émerger sans être réduite à la seule dimension alimentaire. De plus même si la confiance et le sentiment de sécurité font partie du socle des prises en soin à notre époque, il est particulièrement indiqué de travailler ces aspects et de l'étendre vers une véritable construction de compétence d'agentivité.
- Des indicateurs cliniques issus directement de nos études peuvent par ailleurs guider le clinicien dans son évaluation. La rigidité cognitive, identifiée dans l'étude 1 comme un processus structurant des profils de sévérité accrue, peut être repérée en entretien par l'attention aux règles alimentaires inflexibles, à la pensée en « tout ou rien » et aux difficultés d'adaptation face à l'imprévu. Dès lors, un patient rigide ou réfractaire au traitement ne doit pas être vu comme un manque de volonté mais pourrait indiquer des difficultés inhérentes au fonctionnement exécutif induit ou non par le TCA. Le type d'alimentation émotionnelle ; positive ou négative, peut être questionné ouvertement ou via la tenue de journaux alimentaires inspirés de la TCC-E (Fairburn, 2008), en y ajoutant une colonne dédiée à l'état émotionnel et aux sensations corporelles ressenties avant, pendant et après la prise alimentaire.

- Enfin, ouvrir la discussion sur les fonctions des comportements alimentaires constitue un levier clinique fondamental. Les travaux d'O'Loghlen et al. (2023), qui distinguent une fonction de régulation émotionnelle et une fonction dissociative de l'accès hyperphagique, offrent un cadre directement applicable en entretien. Comprendre le TCA dans une logique de vécu et d'apprentissage, c'est-à-dire reconnaître que ces comportements constituent très souvent une réaction normale à un environnement qui, lui, ne l'était pas, modifie en profondeur la posture clinique et la manière dont les soins sont proposés.

3.2. Former et sensibiliser les professionnels

L'intégration du psychotraumatisme dans la prise en charge des TCA ne peut reposer sur la seule initiative de quelques cliniciens sensibilisés : elle nécessite une transformation systémique de la culture des équipes soignantes. Plusieurs niveaux de formation peuvent être envisagés.

- Un premier niveau concerne la sensibilisation de l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes souffrant de TCA (médecins (psychiatres), psychologues, diététicien.nes, infirmier.ères, psychomotricien.nes, éducateur.trices, médiateur.rices santé pairs) aux principes des soins trauma-informés. Cette sensibilisation ne vise pas à faire de chaque professionnel un spécialiste du psychotrauma, mais à garantir, par exemple, que l'ensemble du parcours de soin de l'accueil au suivi, ne reproduise pas, par inadvertance, des dynamiques de contrôle, d'imprévisibilité ou d'invalidation émotionnelle qui pourraient réactiver ou confirmer les schémas traumatiques des patient.es (Sweeney et al., 2018).
- Un deuxième niveau concerne la formation spécifique des psychologues et psychiatres à l'évaluation et au traitement du TSPT dans le contexte des TCA. Les résultats de l'étude en réseau (étude 4) montrent que la perception négative de soi liée au trauma constitue un nœud pont majeur entre les dimensions traumatiques et alimentaires (Bridge EI = 0.51). Ce résultat a une implication clinique directe : les processus identitaires altérés par le trauma comme par exemple la honte, le sentiment d'indignité, les difficultés à se percevoir comme digne de soin, ne sont pas des épiphénomènes mais des mécanismes de liaison actifs entre la souffrance traumatique et la psychopathologie alimentaire. Former les professionnels à repérer et à travailler sur ces dimensions identitaires, par exemple via les approches centrées sur la compassion (Gilbert, 2009) ou la thérapie des schémas (Young et al., 1999), constitue une piste clinique directement dérivée de nos résultats.

- Un troisième niveau, souvent négligé, concerne le langage et la posture professionnelle. Les résultats de l'étude 4, où les processus identitaires (perception de soi post-traumatique) constituent un nœud pont avec les symptômes alimentaires, rappellent que le TCA peut potentiellement revêtir pour certain.es patient.es une coloration identitaire profonde. L'attention portée aux termes employés n'est pas un détail : parler de « personne souffrant d'anorexie mentale » plutôt que « d'anorexique », de « conduites hyperphagiques » plutôt que de « crises de boulimie » témoigne d'une posture qui distingue la personne de ses comportements. Ce travail langagier sur l'identité, déjà amorcé par certaines équipes autour de la notion de « voix anorexique » pour distinguer le trouble de la personne (Pugh et al., 2018; Pugh & Waller, 2017), gagnerait à être étendu à l'ensemble du vocabulaire clinique et institutionnel.

3.3. Penser au-delà du soin : prévention et approches incarnées

Les résultats de cette thèse invitent également à penser la prévention au-delà des programmes existants centrés sur l'insatisfaction corporelle, aussi efficaces soient-ils (cf. Body Project ; Stice et al., 2011). Les données issues de l'étude 1 montrent que la négligence et la violence émotionnelles, des comportements qui peuvent sembler anodins en apparence : minimisation des ressentis de l'enfant, invalidation émotionnelle systématique, commentaires dévalorisants sur le corps, sont en réalité des dimensions traumatiques les plus fortement associées aux profils de sévérité accrue (Kent & Waller, 2000; Monteleone et al., 2019; Monteleone & Cascino, 2021). Une prévention véritablement processuelle devrait donc cibler les compétences psychosociales parentales, non seulement autour de l'alimentation (pratiques alimentaires coercitives, commentaires sur le poids), mais aussi autour de la transmission émotionnelle : la manière dont les émotions de l'enfant sont accueillies, nommées ou au contraire ignorées lors et en dehors des repas. Par ailleurs, les résultats convergents de cette thèse sur la centralité de la dissociation et des altérations intéroceptives (à l'état d'hypothèse) plaident pour un croisement disciplinaire renforcé entre psychologie clinique et approches incarnées (*embodied approaches*). La collaboration d'emblée pluridisciplinaire, déjà recommandée dans les TCA (NICE, 2017), pourrait être enrichie par des croisements spécifiques entre psychologues, psychomotricien.nes sur les aspects d'*embodiment*. La question fondamentale, telle que la formulent entre autre les travaux de thèse de Léa Marinelli (2024), est celle-ci : le corps du patient est-il vécu comme un endroit sécurisé ? Cette question ne relève pas seulement de l'image corporelle au sens cognitif (surévaluation du poids et de la forme), mais de l'expérience corporelle vécue dans sa dimension intéroceptive et relationnelle. Les variations pondérales elles-mêmes peuvent s'inscrire dans une stratégie interpersonnelle de mise à distance, de protection ou de signalement d'une détresse qui ne trouve pas d'autre canal d'expression. Cette lecture incarnée du trouble va au-delà du soin individuel et engage une réflexion

sur la manière dont les institutions de soin elles-mêmes accueillent ou non le corps comme un espace de vulnérabilité légitime.

Vers une prise en soin trauma-informée dans les TCA : un modèle intégré

La relation entre traumatismes et troubles des conduites alimentaires est aujourd'hui étayée par un corpus de recherches substantiel, et pourtant elle demeure insuffisamment intégrée dans les pratiques cliniques courantes. Poser la question du trauma dans les TCA, c'est précisément l'un des fils conducteurs de ce travail de thèse : comprendre comment les processus psychotraumatiques s'articulent aux processus émotionnels pour constituer, maintenir et aggraver les tableaux cliniques que nous observons. Le modèle clinique présenté ici propose une progression en sept étapes qui traduit concrètement ce que pourrait être une approche transdiagnostique et trauma-informée dans la prise en soin des TCA.

Figure 36.

Proposition d'un cadre temporel de prise en soins trauma informé dans les TCA (adapté et enrichi de Brewerton et al., 2023).



1. Identification et chronologie

Toute prise en soins trauma-informée commence par une reconstitution minutieuse de la ligne temporelle du patient. Cette démarche consiste à cartographier la séquence des événements de vie significatifs, des expositions traumatiques (ACE, violences interpersonnelles, contextes chroniques d'insécurité) et de l'apparition des symptômes alimentaires, afin d'établir ce que Brewerton (2019) désigne par l'expression de *functional link* entre histoire traumatique et conduites alimentaires.

Cette démarche rejoint directement les questionnements périphériques de ce travail doctoral : dans quelle mesure le trauma précède-t-il, déclenche-t-il ou maintient-il les TCA ? Les données épidémiologiques issues de la *National Women's Study* (Dansky et al., 1997), réanalysées et étendues par Brewerton (2004) puis Brewerton et al. (2015), apportent plusieurs éléments de réponse convergents. Chez les femmes présentant à la fois un antécédent de viol et une boulimie, l'âge moyen du premier viol (14.7 ± 8.1 ans) est nettement antérieur à l'âge moyen d'apparition des épisodes hyperphagiques (23.6 ± 11.3 ans). Le premier viol précède l'apparition des accès hyperphagiques dans 78 % des cas sur l'ensemble de l'échantillon, cette proportion atteignant 96 % lorsque le viol survient à l'adolescence (12-17 ans) et 100 % lorsqu'il survient durant l'enfance (avant 12 ans). Ces données

constituent l'un des arguments empiriques en faveur d'une relation temporelle entre exposition traumatique précoce et apparition ultérieure des comportements alimentaires désordonnés.

Au-delà du constat chronologique, l'identification du trauma dans les populations TCA soulève une question clinique spécifique qui mérite un traitement approfondi : à qui revient-il d'initier l'évocation de l'histoire traumatique ? Cette question, longtemps considérée comme secondaire, structure en réalité la qualité de l'alliance thérapeutique et l'accès ultérieur au retraitement. Les études empiriques convergent vers un constat contre-intuitif pour de nombreux cliniciens. Read, (2006) ainsi Deprince & Freyd (2006), rapportent que la plupart des patients ayant subi des expériences traumatiques souhaitent que les professionnels les interrogent explicitement à ce sujet, tandis que peu de cliniciens le font effectivement par peur des conséquences. Cette asymétrie entre attente patient et pratique clinique est retrouvée spécifiquement dans les populations TCA (Mitchell et al., 2021 ; Brewerton, 2023).

Plusieurs raisons expliquent cette réticence : crainte de raviver une détresse intolérable, sentiment d'incompétence face à une potentielle révélation, incertitude sur l'articulation thérapeutique à proposer après le dévoilement, et surestimation de la spontanéité supposée des patients à évoquer leur histoire. Cette littérature invite à repenser la posture du clinicien exerçant auprès des patient concernés par les TCA. Plutôt que d'attendre une évocation spontanée, souvent différée par les patients en raison de la honte, de la loyauté familiale ou de l'absence de lien perçu avec le trouble alimentaire, il apparaît cliniquement justifié d'intégrer un dépistage systématique et explicite, formulé de manière « normalisante » et respectueuse du rythme du patient. Les recommandations SAMHSA (2014) proposent des formulations type : « Nous savons que de nombreuses personnes ayant des difficultés alimentaires ont également vécu des expériences difficiles ou traumatiques au cours de leur vie. Est-ce quelque chose que vous souhaiteriez aborder maintenant, plus tard, ou pas du tout ? » Cette formulation respecte trois principes de la trauma-informed care : elle normalise sans banaliser, elle ouvre l'espace sans contraindre la révélation, et elle restitue au patient la maîtrise du moment et des modalités de la discussion.

Sur le plan pratique, cette posture peut s'appuyer sur l'utilisation d'outils standardisés dont la structure même protège la rencontre clinique à une intrusion prématurée (par ailleurs, dans le projet EMOTRAC et REPAT-CA les questions relatives aux psychotrauma étaient systématiquement annoncés avec le choix d'y répondre ou non). Le Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5 ; Weathers et al., 2013), le Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF ; Bernstein et al., 2003) et l'International Trauma Questionnaire (ITQ ; Cloitre et al., 2018) permettent de documenter la charge traumatique avec une validité psychométrique établie tout en maintenant un cadre écrit qui laisse au patient le temps de composer avec sa réponse.

La restitution des résultats en entretien constitue alors un second temps, négocié avec le patient, permettant d'articuler l'exploration de la dimension traumatique avec la formulation clinique partagée du trouble alimentaire. Cette étape conditionne la pertinence de l'ensemble des phases ultérieures.

2. Éducation

La psychoéducation constitue une intervention de première ligne, recommandée tant sur la nature des TCA que sur les effets du trauma sur le fonctionnement neurobiologique, émotionnel et comportemental (Brewerton, 2019 ; SAMHSA, 2014). Elle remplit trois fonctions complémentaires. Premièrement, elle soutient la construction de l'alliance thérapeutique, facteur pronostique majeur dont l'effet sur l'issue des TCA est documenté par les méta-analyses (Graves et al., 2017, avec un effet faible à modéré .13 to .22).

Deuxièmement, elle permet au patient de resignifier ses symptômes, non comme des défauts de caractère ou de volonté, mais comme des réponses adaptatives à des états de détresse intense. Troisièmement, elle mobilise des mécanismes neurobiologiques documentés, notamment la réduction de l'activation amygdalienne par engagement cortical préfrontal (Lindquist & Barrett, 2012). Dans une consultation d'experts internationaux sur le traitement du TSPT complexe, Cloitre et al., (2011) ont identifié la psychoéducation sur le trauma comme l'une des interventions présentant le meilleur rapport sécurité/efficacité, devant les approches d'exposition et de retraitement dans les contextes de fort risque de décompensation. Ce consensus a été confirmé dans les recommandations ISTSS (*International Society for Traumatic Stress Studies*) pour le TSPT complexe. Dans une perspective transdiagnostique, la psychoéducation prépare directement les étapes suivantes en stabilisant le fonctionnement cognitif et en renforçant la capacité de mentalisation nécessaire au travail ultérieur.

3. Liens fonctionnels adaptatifs

Cette étape constitue probablement le changement paradigmatique plus important, via la lecture fonctionnelle des symptômes alimentaires défendue tout au long de cette thèse. Les comportements alimentaires pathologiques (restriction, accès hyperphagique, conduites de purge, hyperactivité physique) peuvent remplir une fonction régulatrice active dans la gestion des états émotionnels et des symptômes post-traumatiques. Brewerton (2007, 2022) et Lockwood et al., (2004) conceptualisent cette dynamique sous l'hypothèse de l'automédication (self-medication hypothesis), formalisée initialement par Khantzian (1997) dans le champ des addictions : les comportements cibles sont mobilisés non pour leurs effets primaires mais pour leur capacité à moduler des états internes aversifs. Dans le champ alimentaire, cette fonction régulatrice a été documentée à trois niveaux complémentaires.

Au niveau comportemental, les études en évaluation écologique momentanée (EMA) établissent que les accès hyperphagiques sont précédés d'une élévation significative de l'affect négatif et suivis d'une réduction transitoire de celui-ci (Haedt-Matt & Keel, 2011 ; Berg et al., 2013 ; Smyth et al., 2007). Au niveau cognitif, l'engagement dans des préoccupations alimentaires et corporelles fonctionne comme un mécanisme d'évitement expérientiel au sens de Hayes et al. (1996), déplaçant l'attention des affects traumatiques vers des contenus mentaux potentiellement plus tolérables. Au niveau neurobiologique, les études d'imagerie suggèrent que les comportements hyperphagiques activent des circuits opioïdiques et dopaminergiques impliqués dans la modulation de la détresse (Avena & Bocarsly, 2012; Ziauddeen et al., 2012).

Cette conceptualisation converge directement avec les résultats des études empiriques de ce travail doctoral.

L'analyse en réseau (Étude 4) identifie l'absorption dissociative, le manque de clarté émotionnelle et l'accès limité aux stratégies de régulation comme nœuds centraux et de pont, suggérant que les comportements alimentaires périphériques constituent effectivement des stratégies secondaires activées par des déficits régulatoires amont. L'analyse en profils latents (Étude 3) confirme par ailleurs que les profils cumulant hyperréactivité émotionnelle et déficits régulatoires présentent la plus forte prévalence de TSPT complexe (jusqu'à 68.4 %), supportant l'hypothèse que les conduites alimentaires opèrent, dans ces configurations, comme des régulateurs affectifs dysfonctionnels ancrés dans une histoire traumatique.

4. Priorisation des dangers

Avant tout engagement dans un travail de remémoration ou de retraitement traumatique, l'évaluation et la gestion des dangers immédiats demeurent prioritaires. Cette hiérarchisation clinique ne relève pas d'un principe de précaution abstrait : elle repose sur des données épidémiologiques et cliniques convergentes documentant que les patients TCA à forte charge traumatique cumulent les niveaux de risque somatique, suicidaire et comportemental les plus élevés.

Sur le plan du risque suicidaire, les TCA figurent parmi les pathologies psychiatriques à plus forte létalité, avec un taux de mortalité par suicide estimé à 4 à 6 fois celui de la population générale pour l'anorexie mentale (Arcelus et al., 2011 ; Smith et al., 2018) et la comorbidité avec le TSPT aggrave significativement ce risque : Mitchell et al. (2012). Les analyses de Brewerton et al. (2020), conduites sur une large cohorte de patientes en traitement résidentiel pour TCA, établissent de manière convergente que la présence d'un TSPT actuel est associée à une augmentation significative de la sévérité symptomatique alimentaire, des idéations suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie, après ajustement pour les comorbidités anxieuses et dépressives.

Sur le plan des comportements autodommageables non suicidaires, les études cliniques rapportent des prévalences élevées dans les TCA, particulièrement dans les formes à expression boulimique et dans les sous-groupes présentant des antécédents traumatiques (Svirko & Hawton, 2007). Par ailleurs, certaines données suggèrent que la charge traumatique module la probabilité de mobilisation de ces stratégies de régulation par la douleur physique (Claes et al., 2003).

Sur le plan somatique, les conséquences de la dénutrition, des conduites de purge et des comportements compensatoires exposent à des complications potentiellement létales : troubles hydroélectrolytiques, arythmies cardiaques, bradycardie, ostéoporose précoce et, dans les formes sévères de renutrition, syndrome de renutrition inappropriée (Brown & Mehler, 2015).

La co-occurrence d'un TSPT complique la prise en charge somatique, notamment par une moindre observance thérapeutique, un risque accru d'hospitalisations répétées et une adhésion plus fragile aux recommandations nutritionnelles (Brewerton, 2022 ; Mitchell et al., 2021).

Ces constats imposent une évaluation structurée systématique à l'entrée en soins. Sur le plan psychiatrique, l'évaluation du risque suicidaire doit reposer sur des outils validés tels que la columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS) (Salvi, 2019) ou, en contexte français, les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le repérage de la crise suicidaire. Sur le plan somatique, un bilan médical initial incluant constantes vitales, tests sanguin, bilan hépatique et électrocardiogramme constitue une norme minimale pour les présentations cliniques avec restriction sévère ou conduites de purge répétées. Sur le plan comportemental, l'évaluation structurée des comportements autodommageables permet de documenter précisément les conduites à risque et leur fonction régulatrice présumée. Cette évaluation n'exclut en aucun cas le travail trauma-centré : elle en conditionne la temporalité et les modalités. Reconnaître les dangers et les hiérarchiser constitue précisément une pratique trauma-informée, en ce qu'elle refuse à la fois l'évitement systématique du trauma et la confrontation prématurée à des contenus que le patient n'a pas encore les ressources de traiter.

5. Amélioration des symptômes alimentaires

Le travail trauma-centré ne peut s'engager que sur un terrain suffisamment stabilisé. Le patient doit disposer de capacités cognitives et émotionnelles minimales pour traiter l'information, ce qui implique une restauration nutritionnelle suffisante et un allègement des comportements alimentaires les plus délétères. La dénutrition aiguë altère de manière documentée les fonctions exécutives, la mémoire de travail et la régulation émotionnelle (Treasure et al., 2020 ; Lopez et al., 2008), rendant physiologiquement compromis le travail de retraitement traumatique.

Cette étape soulève une tension clinique majeure, bien documentée dans la littérature thérapeutique. Traiter le TCA sans adresser la dimension traumatique expose à un risque accru de rechute : Mitchell et al. (2021) rapportent que la présence d'un TSPT comorbide multiplie par deux le risque de rechute post-thérapeutique dans les TCA de type boulimique. Inversement, initier un retraitement traumatique sur un organisme sévèrement dénutri est contre-indiqué par la plupart des recommandations internationales (NICE, 2017 ; APA, 2023), en raison des risques de décompensation médicale et psychiatrique. C'est précisément pour résoudre cette tension que les modèles intégrés, combinant stabilisation nutritionnelle progressive et travail émotionnel préparatoire, sont aujourd'hui privilégiés par rapport aux modèles strictement séquentiels (Brewerton, 2023 ; Trottier et al., 2022; Vitousek et al., 1998).

6. Tolérance à la détresse

Les patients souffrant de TCA présentent des caractéristiques qui compliquent le travail trauma-centré et qui justifient un investissement spécifique sur la tolérance à la détresse. Lavender et al. (2015) ont établi dans une revue systématique que les patients TCA manifestent une tolérance à la détresse significativement diminuée, une sensibilité accrue au dégoût (Aharoni & Hertz, 2011) et une plus grande propension aux stratégies d'évitement émotionnel, toutes caractéristiques qui augmentent la probabilité d'abandon thérapeutique en cas de confrontation prématurée aux contenus traumatiques. Ce profil rejoint directement les processus de dysrégulation émotionnelle qui occupent une place centrale dans ce travail doctoral : la difficulté à moduler, tolérer et traiter les états affectifs intenses constitue à la fois un facteur de vulnérabilité au trauma et un mécanisme de maintien des comportements alimentaires pathologiques. Développer la tolérance à la détresse ne constitue donc pas une étape préparatoire accessoire mais un levier thérapeutique à part entière, dont l'efficacité propre est documentée dans plusieurs essais contrôlés. Safer et al., (2010), dans un essai randomisé comparant la *Dialectical Behavior Therapy* adaptée aux TCA avec condition contrôle, rapportent une réduction de 64 % des épisodes hyperphagiques attribuable aux compétences de tolérance à la détresse et de régulation émotionnelle. Ces données empiriques soutiennent directement le ciblage explicite de la tolérance à la détresse dans le protocole BASED présenté dans l'Étude 5 de cette thèse, notamment via les modules de fenêtre de tolérance et de régulation physiologique (séances 2 et 3).

7. Disponibilité

La septième étape répond à une question décisionnelle fondamentale, trop souvent automatique dans les cadres cliniques actuels : le patient est-il demandeur d'un travail de retraitement centré sur l'évènement traumatique, et ce travail est-il cliniquement nécessaire pour lui ?

Cette double interrogation conditionne l'articulation entre la phase de stabilisation (couverte par les étapes 1 à 6) et l'engagement éventuel dans des thérapies centrées sur le retraitement des souvenirs traumatiques, telles que l'EMDR (Shapiro, 1996), la Cognitive Processing Therapy (Resick & Schnicke, 1993) ou la Prolonged Exposure (Foa et al., 2007), toutes recommandées actuellement par l'OMS.

Plusieurs constats empiriques invitent à nuancer l'hypothèse selon laquelle le retraitement traumatique serait systématiquement nécessaire. Premièrement, les recommandations internationales récentes (ISTSS, 2019 ; Coventry et al., 2020) soulignent que le retraitement n'est pas la seule voie thérapeutique efficace dans le TSPT complexe : les approches phase-oriented intégrant stabilisation, régulation émotionnelle et travail relationnel peuvent produire des résultats cliniquement significatifs sans exposition aux souvenirs traumatiques. Deuxièmement, dans les populations TCA, la confrontation directe aux contenus traumatiques présente des risques spécifiques de décompensation, notamment chez les patients présentant une dissociation somatoforme élevée ou une fragilité nutritionnelle (Brewerton, 2023 ; Trottier & Monson, 2021). Troisièmement, certains patients expriment, à l'issue d'une stabilisation réussie, une absence de souhait de retraitement traumatique, préférant consolider les acquis de la phase de stabilisation. Ce choix, lorsqu'il est éclairé, doit être respecté dans une perspective de décision partagée (Elwyn et al., 2012; SAMHSA, 2014). L'évaluation de la disponibilité repose alors sur trois dimensions conjointes.

- La dimension subjective concerne la demande et le souhait du patient : est-il prêt à s'engager dans un travail confrontant ? quelles sont ses réticences et leur fondement clinique ?
- La dimension objective concerne la pertinence clinique : l'état actuel du patient permet-il un retraitement sans décompensation prévisible ? les symptômes post-traumatiques continuent-ils d'entraver le fonctionnement après la phase de stabilisation ?
- La dimension institutionnelle concerne la disponibilité du dispositif : le clinicien référent est-il formé aux approches trauma-focused ? A-t-il le cadre de travail nécessaire pour l'accompagnement complet du patient ? Un relais vers un professionnel spécialisé est-il possible ?

La décision de s'engager ou non dans un retraitement traumatique ne constitue pas une étape automatique et universelle, mais une articulation clinique nuancée fondée sur l'évaluation conjointe de la demande du patient, de la nécessité clinique et de la disponibilité du dispositif de soins. Cette perspective décisionnelle, centrée sur le patient et soutenue par les recommandations internationales actuelles, constitue probablement l'évolution la plus importante des pratiques trauma-informed des dix dernières années (Cloitre et al., 2020).

3.4. Domaines d'application : au-delà des TCA

La lecture processuelle et transdiagnostique adoptée dans cette thèse n'a pas été inventée par ce travail doctoral, mais elle y est mobilisée et mise à l'épreuve de manière systématique. Cette approche est potentiellement transférable à d'autres domaines cliniques dans lesquels la co-occurrence d'un TSPT et d'une pathologie somatique ou psychiatrique complexifie significativement la prise en charge.

- En addictologie, la co-occurrence entre troubles de l'usage de substances (TUS) et TSPT est bien documentée, avec des prévalences de TSPT importante dans les populations en traitement pour trouble de l'usage (McCauley et al., 2012; Roberts et al., 2022). Les modèles d'auto-médication postulent que l'usage de substances remplit une fonction de régulation émotionnelle analogue à celle décrite dans cette thèse pour les comportements alimentaires (Khantzian, 1997).

Le croisement entre TCA et TUS, que nous avons amorcé dans le cadre du partenariat avec l'association Addictions France, constitue un terrain pertinent pour tester la transférabilité de nos résultats, dans la mesure où les deux types de conduites partagent de possibles mécanismes communs de renforcement négatif, d'évitement expérientiel et de rigidification régulatoire.

- En psycho-oncologie, les données montrent que la prévalence du TSPT chez les personnes ayant survécu à un cancer est estimée entre 10 et 20 % (Abbey et al., 2014; Cordova et al., 2017), et que la détresse post-traumatique, qu'elle soit réactionnelle à l'annonce du cancer ou présente à priori est associée à une moindre adhérence aux traitements, à une qualité de vie réduite et à des difficultés alimentaires fréquemment sous-évaluées (Andrykowski & Kangas, 2010). Les altérations émotionnelles et la dissociation impliquées dans certains de nos résultats, pourrait-être particulièrement saillantes dans les contextes où le corps a été vécu comme un terrain de menace (traitements invasifs, modifications corporelles, douleur chronique).
- L'obésité constitue un champ particulièrement pertinent au regard des travaux fondateurs de Felitti et al. (1998) sur les *Adverse Childhood Experiences* (ACE). En réalité, c'est dans le cadre de la clinique d'obésité de son département que Vincent Felitti a constaté un taux d'abandon thérapeutique paradoxal important. Il a observé que les patients abandonnaient le programme alors même qu'ils perdaient effectivement du poids. En les questionnant, il s'est rendu compte que certains patients tiraient un bénéfice de ce poids (se protéger, repousser les autres, etc.). L'investigation de ce paradoxe l'a conduit à explorer les antécédents de traumatismes précoces dans cette population. Cette observation initiale a fondé l'étude ACE, menée à partir de 1995 sur une cohorte de plus de 17 000 adultes.

Cette histoire, peu connue en dehors de l'étude originelle, a établi pour la première fois une relation dose-réponse robuste entre la charge traumatique précoce et les trajectoires somatiques et psychiatriques adultes, incluant l'obésité, les conduites addictives et les pathologies cardiovasculaires. L'obésité, qu'elle présente ou non une comorbidité avec un trouble du comportement alimentaire (TCA), nécessite des investigations cliniques approfondies et une extension spécifique en liens avec les travaux de cette thèse, notamment en raison de la forte stigmatisation dont elle fait l'objet. Il est essentiel de rappeler que cette stigmatisation constitue en soi un facteur de risque psychotraumatique. De nombreux auteurs soulignent en effet le potentiel traumatogène du harcèlement (scolaire, social ou médical) lié au poids, qui s'apparente souvent à un traumatisme relationnel chronique pouvant générer une symptomatologie de type stress post-traumatique (Braun et al., 2022; Hicks White et al., 2018; Puhl & King, 2013).

- L'anorexie mentale restrictive présente un profil mécanistique différent des TCA de type binge investigués dans cette thèse, moins dominé par les processus dissociatifs et davantage structuré par la rigidité cognitive, le perfectionnisme et les altérations intéroceptives spécifiques à la restriction (Oldershaw et al., 2019 ; Kaye et al., 2013; Lavender et al., 2015). La prévalence des antécédents traumatiques y est significativement plus faible que dans les formes à expression avec binge, mais demeure substantielle, avec des estimations comprises entre 8 et 22 % selon les études, les définitions opérationnelles et les outils utilisés (Rijkers et al., 2019 ; Caslini et al., 2016). Les formes restrictives avec comorbidité traumatique pourraient bénéficier d'une adaptation du cadre proposé, notamment par l'intégration de modules ciblant de manière plus saillante la sécurité corporelle et l'intéroception. Une réplication des analyses conduites dans cette thèse sur des échantillons spécifiques d'obésité et d'anorexie mentale restrictive constituerait une perspective empirique directe, permettant de tester la spécificité des profils identifiés et leur extension à l'ensemble du spectre alimentaire.

Douleur chronique

L'association entre TSPT et syndromes douloureux chroniques est bien établie, avec des modèles de maintien mutuel soulignant le rôle de l'hypervigilance, de l'évitement et de la dysrégulation émotionnelle (Asmundson et al., 2002; Siqveland et al., 2017). Les personnes présentant un TSPT comorbide rapportent une intensité douloureuse plus élevée, une détresse associée plus importante et des résultats thérapeutiques moins favorables aux interventions standards (Fishbain et al., 2017 ; Karimov-Zwienenberg et al., 2024).

Cette congruence mécanistique a été explorée dans le cadre d'une revue systématique conduite avec ma collègue doctorante Maria Karimov-Zwienenberg, présentée dans le préambule de cette thèse, portant sur l'articulation entre douleur chronique, adversité(s) et TSPT(C). Cette revue, analogue dans sa méthodologie à la revue systématique constituant l'Étude 2 de cette thèse, suggère une transférabilité conceptuelle directe entre les deux champs. La contribution de Maria Karimov-Zwienenberg au développement du protocole BASED, notamment via son expertise en yoga trauma-informé et en pratiques intéroceptives, constitue une illustration concrète de la pertinence de ce regard croisé. Les composantes du protocole BASED, et particulièrement les modules de stabilisation, d'ancrage corporel et de restauration de la sécurité intéroceptive, pourraient être adaptées aux populations douloureuses chroniques sous réserve d'une validation empirique spécifique.

Ces extensions reposent sur le constat, largement répliqué dans la littérature, que les personnes présentant un TSPT comorbide à leur pathologie principale bénéficient moins des traitements standards et présentent des issues cliniques plus défavorables, un pattern clinique documenté en addictologie (Roberts et al., 2015), en psycho-oncologie (Cordova et al., 2017b), dans les TCA (Beers et al., 2025 ; Brewerton, 2019) et dans la douleur chronique (Fishbain et al., 2017). Ce constat transversal plaide pour l'intégration systématique d'une évaluation et d'une prise en charge des dimensions traumatiques dans l'ensemble de ces champs cliniques.

4. Conclusion

Comprendre les troubles des conduites alimentaires, ce n'est pas se mettre à la place des personnes qui en souffrent, c'est ajuster nos postures, nos cadres de travail et nos modèles théoriques pour accueillir la complexité de ce qu'elles vivent. Cette thèse a contribué à défendre une hypothèse simple dans son apparence, mais exigeante dans ses implications : les TCA ne se réduisent pas seulement à des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels. Chez une proportion importante de personnes concernées, ils s'inscrivent dans une organisation plus large du rapport à l'existence et à l'expérience interne, une organisation souvent graduellement marquée par les difficultés à identifier, tolérer et moduler les états émotionnels, par des phénomènes de déconnexion et de détachement psychocorporel, et fréquemment par l'empreinte d'expériences traumatiques précoces ou répétées. Les cinq études de ce travail doctoral convergent vers ce constat. L'analyse en clusters a montré que des profils cognitivo-émotionnels distincts traversent les catégories diagnostiques. La revue systématique a identifié la dysrégulation émotionnelle comme un mécanisme intermédiaire central entre psychotraumatisme et accès hyperphagiques, tout en soulignant le rôle encore sous-exploré de la dissociation.

L'analyse en profils latents a révélé que l'hétérogénéité des TCA ne relève pas seulement de la sévérité symptomatique, mais de configurations différenciées de vulnérabilité émotionnelle. L'analyse en réseau a montré que certains processus émotionnels, traumatiques et dissociatifs occupent des positions centrales et de pont dans l'architecture psychopathologique, tandis que les comportements alimentaires eux-mêmes apparaissent en périphérie du système. Enfin, le protocole BASED a constitué une première tentative de traduire ces résultats en une intervention clinique ciblant les processus identifiés comme les plus structurants.

De ces travaux se dégagent, trois messages principaux :

- Premièrement, la perturbation émotionnelle n'est pas un épiphénomène des TCA : elle en constitue un mécanisme central, qui structure l'hétérogénéité clinique et conditionne une partie de la réponse thérapeutique. Les processus de régulation émotionnelle et leurs déficits méritent une place centrale plan dans l'évaluation et le traitement.
- Deuxièmement, les dimensions traumatiques et dissociatives ne concernent pas tous les TCA, mais lorsqu'elles sont présentes, elles participent au socle selon lequel l'expérience corporelle et alimentaire est organisée. Les ignorer, c'est risquer de traiter la surface du problème sans en atteindre l'architecture sous-jacente.
- Troisièmement, les comportements alimentaires, aussi spectaculaires ou inquiétants qu'ils puissent paraître, ne sont pas le cœur du système. Ce sont des réponses (parfois les seules disponibles) à une détresse qui trouve sa source en amont, dans la manière dont le corps, les émotions et les relations à soi et aux autres ont été vécus, interprétés et intégrés au fil du développement.

Ces constats engagent un changement de regard. Ils invitent les cliniciens à ne plus simplement demander « Que mangez-vous ? » ou « Combien pesez-vous ? », mais aussi « Que ressentez-vous quand vous mangez ? », « Que se passe-t-il dans votre corps à ce moment-là ? », « Que signifie mettre en danger le corps ? » et, lorsque la relation thérapeutique le permet, « Que s'est-il passé dans votre histoire pour que cette manière de faire face devienne nécessaire ? ». Ils invitent les chercheurs à dépasser les frontières diagnostiques et à modéliser les processus qui les traversent. Et ils invitent les institutions à créer les conditions d'un soin qui ne reproduise pas, par inadvertance, les dynamiques d'invalidation, de contrôle et d'imprévisibilité qui ont souvent contribué à façonner le trouble. Comprendre les TCA dans cette logique, c'est envisager un travail plus large autour de ce qui participe au maintien du trouble. C'est accueillir un vécu, souvent traumatique, qui cherche encore un canal d'expression et un espace de sécurité. Car au fond, ce que la clinique qualifie de pathologie est souvent le vestige d'une adaptation qui fut vitale.

Le symptôme alimentaire n'est pas une anomalie surgie de nulle part : il fut, peut-être un jour, la seule forteresse possible face à l'impensable ; la seule manière dont un corps et un psychisme ont trouvé pour garantir leur survie lorsque l'environnement ne leur offrait aucune autre issue. La restriction qui anesthésie, l'accès hyperphagique qui submerge, la dissociation qui déconnecte ; chacune de ces réponses porte en elle la trace d'un système qui a fait ce qu'il pouvait, avec ce qu'il avait. Reconnaître cela ne revient pas à excuser le symptôme ni à renoncer à le traiter. C'est, plus fondamentalement, en comprendre la logique pour ne pas combattre la maladie aveuglément. C'est accepter qu'avant de démanteler une forteresse, il faut d'abord s'assurer que la personne qui l'habite dispose d'un autre endroit sûr. C'est comprendre que le soin ne commence pas par la suppression du symptôme, mais par la construction (ou la reconstruction) d'un sentiment de sécurité suffisant pour qu'il devienne possible de s'en passer. Comprendre les TCA dans cette logique, c'est envisager un travail plus large autour de ce qui participe au maintien du trouble. C'est accueillir un vécu, souvent traumatique, qui cherche encore un canal d'expression et un espace de sécurité.

Et c'est, peut-être, la première condition pour que les personnes concernées puissent, à leur rythme, déposer les armes qu'elles n'ont jamais choisies de porter.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbey, G., Thompson, S. B. N., Hickish, T., & Heathcote, D. (2014). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.3654>
- Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>
- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood : Results from a nationally representative United States sample. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1281-1296. <https://doi.org/10.1002/eat.22783>
- Aharoni, R., & Hertz, M. M. (2011). Disgust Sensitivity and Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.1124>
- Akkermann, K., Kaasik, K., Kiive, E., Nordquist, N., Orelund, L., & Harro, J. (2012). The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 46(1), 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.013>
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology : Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927-946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. (2015). Emotion Regulation Flexibility. *Cognitive Therapy & Research*, 39(3), 263-278. (102498751). <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9662-4>
- Allen, M. S., & Robson, D. A. (2020). Personality and body dissatisfaction : An updated systematic review with meta-analysis. *Body Image*, 33, 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.001>
- Aloi, M., Carcione, A., Lo Coco, G., Rania, M., Carbone, E. A., de Filippis, R., Segura-Garcia, C., & Liuzza, M. T. (2024). Metacognition as a transdiagnostic factor across eating disorders : A latent profile analysis study. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1391715>

- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., & Et., A. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting : A comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0395-z>
- Aloi, M., Rania, M., Lo Coco, G., Carcione, A., Castellini, G., Waldherr, K., & Segura-Garcia, C. (2024). Editorial : Psychosocial risk factors in the development, maintenance and treatment outcome of eating disorders. *Frontiers in Psychology*, 15, 1486941. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1486941>
- Alvarenga, M., Scagliusi, F., & Philippi, S. (2010). Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale (Deas). *Perceptual and Motor Skills*, 110, 379-395. <https://doi.org/10.2466/PMS.110.2.379-395>
- Amiri, S., & Ab Khan, M. (2025). Is eating disorders a risk agent for all-cause mortality : A meta-analysis. *Eating Disorders*, 33(5), 602-636. (187749498). <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2402634>
- Andrykowski, M. A., & Kangas, M. (2010). Posttraumatic stress disorder associated with cancer diagnosis and treatment. In *Psycho-oncology*, 2nd ed (p. 348-357). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195367430.003.0047>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders : A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arend, A.-K., Blechert, J., Yanagida, T., Voderholzer, U., & Reichenberger, J. (2024a). Emotional food craving across the eating disorder spectrum : An ecological momentary assessment study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(1), 58. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01690-4>
- Arend, A.-K., Blechert, J., Yanagida, T., Voderholzer, U., & Reichenberger, J. (2024b). Emotional food craving across the eating disorder spectrum : An ecological momentary assessment study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(1), 58. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01690-4>
- Arexis, M. (2023). *A scoping review of emotion regulation and inhibition in emotional eating and binge-eating disorder : What about a continuum?*
- Arexis, M., Feron, G., Brindisi, M.-C., Billot, P.-É., & Chambaron, S. (2024). Existe-t-il un continuum des troubles de la régulation émotionnelle et de l'inhibition entre l'alimentation émotionnelle et l'hyperphagie boulimique ? Une revue systématique de la littérature de type scoping review sur la question. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 59(5), 307-318. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2024.06.002>

- Armour, C., Múllerová, J., Fletcher, S., Lagdon, S., Burns, C. R., Robinson, M., & Robinson, J. (2016). Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 383-393. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1154-7>
- Arroyo, A., & Andersen, K. K. (2016). Appearance-Related Communication and Body Image Outcomes : Fat Talk and Old Talk Among Mothers and Daughters. *Journal of Family Communication*. <https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1144604>
- Asmundson, G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain : Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 47(10), 930-937. <https://doi.org/10.1177/070674370204701004>
- Ataria, Y. (2013). Sense of ownership and sense of agency during trauma. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s11097-013-9334-y>
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2025). Eating Disorders : A Review. *JAMA*, 333(14), 1242-1252. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.0132>
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2019). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311-330.
- Avena, N. M., & Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders : Neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology, Central Regulation of Food Intake and Energy Expenditure*, 63(1), 87-96. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.11.010>
- Ávila, A., SanMiguel, N., & Serrano, M. A. (2025). Core Symptoms of Eating Disorders and Heart Rate Variability : A Systematic Review. *Sci*, 7(3), 89. <https://doi.org/10.3390/sci7030089>
- Bael, K. V., Scarfo, J., Suleyman, E., Katherveloo, J., Grimble, N., & Ball, M. (2024). A systematic review and meta-analysis of the relationship between subjective interoception and alexithymia : Implications for construct definitions and measurement. *PLOS ONE*, 19(11), e0310411. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310411>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Aouad, P., Barakat, S., Boakes, R., Brennan, L., Bryant, E., Byrne, S., Caldwell, B., Calvert, S.,

- Carroll, B., Castle, D., Caterson, I., Chelius, B., Chiem, L., ... Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders : Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Barca, L., & Pezzulo, G. (2020). Keep your interoceptive streams under control : An active inference perspective on anorexia nervosa. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 20(2), 427-440. <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00777-6>
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., & Et., A. (2007). Perfectionism and eating disorders : Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Barlow, D. H. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders : Workbook*. Oxford University Press, USA.
- Barnhart, W. R., Braden, A. L., & Price, E. (2021). Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating : An exploratory study. *Appetite*, 158, 105038. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105038>
- Barrett, L. F. (2016a). The theory of constructed emotion : An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
- Barrett, L. F. (2016b). The theory of constructed emotion : An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, nsw154. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-Regulation Failure : An Overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1-15.
- Beadle, J. N., Paradiso, S., Salerno, A., & McCormick, L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in Anorexia Nervosa. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(2), 107-120.
- Beccia, A. L., Austin, S. B., Baek, J., Agénor, M., Forrester, S., Ding, E. Y., Jesdale, W. M., & Lapane, K. L. (2022). Cumulative exposure to state-level structural sexism and risk of disordered eating : Results from a 20-year prospective cohort study. *Social science & medicine (1982)*, 301, 114956. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114956>
- Beccia, A. L., Baek, J., Jesdale, W. M., Austin, S. B., Forrester, S., Curtin, C., & Lapane, K. L. (2019). Risk of disordered eating at the intersection of gender and racial/ethnic identity among U.S. high school students. *Eating Behaviors*, 34, 101299. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.05.002>
- Bédard, A., Lamarche, P.-O., Grégoire, L.-M., Trudel-Guy, C., Provencher, V., Desroches, S., & Lemieux, S. (2020). Can eating pleasure be a lever for healthy eating? A systematic scoping review of

- eating pleasure and its links with dietary behaviors and health. *PLOS ONE*, 15(12), e0244292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244292>
- Belli, H., Ural, C., Akbudak, M., & Sagaltıcı, E. (2019). Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(8), 527-531. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1662085>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 4(10), e517-e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Benfer, N., Bardeen, J. R., Cero, I., Kramer, L. B., Whiteman, S. E., Rogers, T. A., Silverstein, M. W., & Weathers, F. W. (2018). Network models of posttraumatic stress symptoms across trauma types. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.004>
- Berends, T., Boonstra, N., & Van Elburg, A. (2018). Relapse in anorexia nervosa : A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 445-455. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000453>
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Negative Affect Prior to and Following Overeating-Only, Loss of Control Eating-Only, and Binge Eating Episodes in Obese Adults. *The International journal of eating disorders*, 48(6), 641-653. <https://doi.org/10.1002/eat.22401>
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2013). Facets of Negative Affect Prior to and Following Binge-Only, Purge-Only, and Binge/Purge Events in Women With Bulimia Nervosa. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 111-118. <https://doi.org/10.1037/a0029703>
- Bernardo, C. de O., Bastos, J. L., González-Chica, D. A., Peres, M. A., & Paradies, Y. C. (2017). Interpersonal discrimination and markers of adiposity in longitudinal studies : A systematic review. *Obesity Reviews*, 18(9), 1040-1049. <https://doi.org/10.1111/obr.12564>
- Bernardoni, F., Bernhardt, N., Pooseh, S., King, J. A., Geisler, D., Ritschel, F., Boehm, I., Seidel, M., Roessner, V., Smolka, M. N., & Ehrlich, S. (2020a). Metabolic state and value-based decision-making in acute and recovered female patients with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 45(4), 253-261. <https://doi.org/10.1503/jpn.190031>
- Bernardoni, F., Bernhardt, N., Pooseh, S., King, J. A., Geisler, D., Ritschel, F., Boehm, I., Seidel, M., Roessner, V., Smolka, M. N., & Ehrlich, S. (2020b). Metabolic state and value-based decision-making in acute and recovered female patients with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 45(4), 253-261. <https://doi.org/10.1503/jpn.190031>

- Berner, L. A., Crosby, R. D., Cao, L., Engel, S. G., Lavender, J. M., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2017). Temporal Associations between Affective Instability and Dysregulated Eating Behavior in Bulimia Nervosa. *Journal of psychiatric research*, 92, 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.04.009>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003a). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003b). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bernstein, E., Putnam, F., & Carlson, E. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 174, 727-735.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*, 101(Supplement_2), 539-549. <https://doi.org/10.1542/peds.101.S2.539>
- Birkeland, M. S., Greene, T., & Spiller, T. R. (2020). The network approach to posttraumatic stress disorder : A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1700614. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1700614>
- Bizzi, F., Riva, A., Charpentier Mora, S., Tironi, M., Sforza, S. E., Milani, L. M., & Nacinovich, R. (2023). Investigating Functioning Profile of Adolescents with Anorexia before and during the COVID-19 Pandemic : A Cross-Sectional Study on Mentalizing, Alexithymia, and Impulsiveness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3670. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043670>
- Blanken, T. F., Deserno, M. K., Dalege, J., Borsboom, D., Blanken, P., Kerkhof, G. A., & Cramer, A. O. J. (2018). The role of stabilizing and communicating symptoms given overlapping communities in psychopathology networks. *Scientific Reports*, 8(1), 5854. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-24224-2>
- Blechert, J., Goltsche, J. E., Herbert, B. M., & Wilhelm, F. H. (2014). Eat your troubles away : Electrocortical and experiential correlates of food image processing are related to emotional eating style and emotional state. *Biological Psychology*, 96, 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.12.007>
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, 50(2-3), 477-485. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.10.003>

- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility : An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Borg, S. L., Schaefer, L. M., Hazzard, V. M., Herting, N., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Crow, S. J., Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2022). Relationships Between Childhood Abuse and Eating Pathology Among Individuals with Binge-Eating Disorder : Examining the Moderating Roles of Self-Discrepancy and Self-Directed Style. *Eating Disorders*, 30(4), 355-369. pbh.
- Borm, I., Hartmann, S., Barnow, S., & Pruessner, L. (2025). Binge Eating as Emotion Regulation? A Meta-Analysis of Ecological Momentary Assessment Studies. *Clinical Psychology Review*, 121, 102625. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102625>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5-13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., & Cramer, A. (2013a). Network Analysis : An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 9, 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013b). Network Analysis : An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Borsboom, D., Cramer, A. O. J., & Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42, e2. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266>
- Bos, F. M., Snippe, E., de Vos, S., Hartmann, J. A., & Et., A. (2017). Can We Jump from Cross-Sectional to Dynamic Interpretations of Networks Implications for the Network Perspective in Psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000453583>
- Bourdier, L., Lalanne, C., Morvan, Y., Kern, L., Romo, L., & Berthoz, S. (2017). Validation and Factor Structure of the French-Language Version of the Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ). *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00442>
- Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., & Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy : Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite*, 125, 410-417. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.022>
- Braun, T. D., Puhl, R. M., Quinn, D. M., Gorin, A., Tishler, D., & Papasavas, P. (2022). Weight stigma and posttraumatic stress disorder symptoms in individuals seeking bariatric surgery. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 18(8), 1066-1073. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.05.011>

- Bray, B., Sadowski, A., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2023). Clinical aspects of binge eating disorder : A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1087165. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1087165>
- Brenner, E. G., Schwartz, R. C., & Becker, C. (2023). Development of the internal family systems model : Honoring contributions from family systems therapies. *Family Process*, 62(4), 1290-1306. <https://doi.org/10.1111/famp.12943>
- Brewer, R., Cook, R., & Bird, G. (2016). Alexithymia : A general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, 3(10), 150664. <https://doi.org/10.1098/rsos.150664>
- Brewer-Smyth, K. (2022). Primary and Secondary Prevention, Health Equity, and Trauma-Informed Institutional and Public Policies to Promote Healing and Resilience. In K. Brewer-Smyth (Éd.), *Adverse Childhood Experiences : The Neuroscience of Trauma, Resilience and Healing throughout the Life Course* (p. 429-454). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-08801-8_16
- Brewerton, T. (2008). The links between PTSD and eating disorders : Diagnostic and treatment implications. *Psychiatric Times*, 25, 43-45.
- Brewerton, T. D. (2007a). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity : Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285-304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Brewerton, T. D. (2007b). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity : Focus on PTSD. *Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Brewerton, T. D. (2019). An Overview of Trauma-Informed Care and Practice for Eating Disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 445-462. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1532940>
- Brewerton, T. D. (2023a). The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity : A commentary on the evolution of principles and guidelines. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1149433. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1149433>
- Brewerton, T. D. (2023b). The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity : A commentary on the evolution of principles and guidelines. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1149433>
- Brewerton, T. D., & Brady, K. (2014). The Role of Stress, Trauma, and PTSD in the Etiology and Treatment of Eating Disorders, Addictions, and Substance Use Disorders. In T. D. Brewerton & A. Baker Dennis (Éds.), *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders* (p. 379-404). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45378-6_17

- Brewerton, T. D., Dansky, B. S., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (2015). The Number of Divergent Purging Behaviors Is Associated With Histories of Trauma, PTSD, and Comorbidity in a National Sample of Women. *Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1013394>
- Brewerton, T. D., Gavidia, I., Suro, G., & Perlman, M. M. (2022). Eating disorder onset during childhood is associated with higher trauma dose, provisional PTSD, and severity of illness in residential treatment. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2892>
- Brewerton, T. D., Nguyen, C., Bishop, N., & Dennis, K. (2025). PTSD, complex PTSD and the dissociative subtype of PTSD in patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01449-x>
- Brewerton, T. D., Suro, G., Gavidia, I., & Perlman, M. M. (2026). Complex PTSD as defined by the PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) in patients with eating disorders. *Eating Disorders*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/10640266.2026.2647725>
- Briere, J., & Scott, C. (2007). Assessment of Trauma Symptoms in Eating-Disordered Populations. *Eating Disorders*, 15(4), 347-358. <https://doi.org/10.1080/10640260701454360>
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 21, 223-226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Bringmann, L. F., Vissers, N., Wichers, M., Geschwind, N., Kuppens, P., Peeters, F., Borsboom, D., & Tuerlinckx, F. (2013). A Network Approach to Psychopathology : New Insights into Clinical Longitudinal Data. *PLoS ONE*, 8(4), e60188. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060188>
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 496-501. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.003>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Brooks, S. J., Rask-Andersen, M., Benedict, C., & Schiöth, H. B. (2012). A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings : Is it time for a spectrum model? *BMC Psychiatry*, 12(1), 76. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-76>
- Brown, C., & Mehler, P. S. (2015). Medical complications of anorexia nervosa and their treatments : An update on some critical aspects. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0202-3>
- Bruch, H. (1973). Psychiatric aspects of obesity. *Psychiatric Annals*, 3(7), 6-10.

- Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., Delbachian, I., Réveillère, C., & Courtois, R. (2016). Validation de la version française de la Binge Eating Scale : Étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique. *L'Encéphale*, 42(5), 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.009>
- Brunstrom, J. M., & Cheon, B. K. (2018). Do humans still forage in an obesogenic environment? Mechanisms and implications for weight maintenance. *Physiology & Behavior*, 193, 261-267. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.02.038>
- Bryant, E., Marks, P., Griffiths, K., Boulet, S., Pehlivan, M., Barakat, S., Touyz, S., & Maguire, S. (2025). Treating the individual : Moving towards personalised eating disorder care. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01246-6>
- Burnatowska, E., Surma, S., & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2022). Relationship between Mental Health and Emotional Eating during the COVID-19 Pandemic : A Systematic Review. *Nutrients*, 14(19), 3989. <https://doi.org/10.3390/nu14193989>
- Burnatowska, E., Wikarek, A., Oboza, P., Ogarek, N., Glinianowicz, M., Kocelak, P., & Olszanecka-Glinianowicz, M. (2023). Emotional Eating and Binge Eating Disorders and Night Eating Syndrome in Polycystic Ovary Syndrome—A Vicious Circle of Disease : A Systematic Review. *Nutrients*, 15(2), 295. <https://doi.org/10.3390/nu15020295>
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005>
- Burton, P., J. Smit, H., & J. Lightowler, H. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.007>
- Butler, L. (2006). Normative Dissociation. *The Psychiatric clinics of North America*, 29, 45-62, viii. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.004>
- Calugi, S., Sartirana, M., Misconel, A., Boglioli, C., & Et., A. (2020a). Eating disorder psychopathology in adults and adolescents with anorexia nervosa : A network approach. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23270>
- Calugi, S., Sartirana, M., Misconel, A., Boglioli, C., & Et., A. (2020b). Eating disorder psychopathology in adults and adolescents with anorexia nervosa : A network approach. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23270>
- Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute Stress Disorder Revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 245-267. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502>

- Cardi, V., Leppanen, J., Leslie, M., Esposito, M., & Treasure, J. (2019). The use of a positive mood induction video-clip to target eating behaviour in people with bulimia nervosa or binge eating disorder : An experimental study. *Appetite*, 133, 400-404. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.001>
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C., & Marshall, M. A. (2010). Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46(4), 346-351. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.007>
- Carlson, E., & Putnam, F. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6, 16-27.
- Carrard, I., Lien Rebetez, M. M., Mobbs, O., & Van der Linden, M. (2015). Factor structure of a French version of the eating disorder examination-questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 137-144. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0148-x>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders : A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis Αντώνιος Ντακανάλης, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78, 79-90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor : One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119-137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., & Et., A. (2018). Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse : A 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2586>
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic Crossover and Outcome Predictors in Eating Disorders According to DSM-IV and DSM-V Proposed Criteria : A 6-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270-279. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>

- Cavicchioli, M., Scalabrini, A., Northoff, G., Mucci, C., Ogliari, A., & Maffei, C. (2021). Dissociation and emotion regulation strategies : A meta-analytic review. *Journal of Psychiatric Research*, 143, 370-387. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.011>
- Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/>
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). ENDOCRINOLOGY OF THE STRESS RESPONSE1. *Annual Review of Physiology*, 67(Volume 67, 2005), 259-284. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.67.040403.120816>
- Christensen, K. A., & Haynos, A. F. (2020). A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders : Enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00298-0>
- Christian, C., Perko, V. L., Vanzhula, I. A., Tregarthen, J. P., Forbush, K. T., & Levinson, C. A. (2020). Eating disorder core symptoms and symptom pathways across developmental stages : A network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(2), 177-190. <https://doi.org/10.1037/abn0000477>
- Chu, J., Raney, J. H., Ganson, K. T., Wu, K., Rupanagunta, A., Testa, A., Jackson, D. B., Murray, S. B., & Nagata, J. M. (2022). Adverse childhood experiences and binge-eating disorder in early adolescents. *Journal of eating disorders*, 10(1), 168. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40337-022-00682-y>
- Chua, J. L., Touyz, S., & Hill, A. J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters : An experimental study. *International Journal of Obesity*, 28(4), 606-610. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802595>
- Cifuentes, L., & Acosta, A. (2022). Homeostatic regulation of food intake. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*, 46(2), 101794. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2021.101794>
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2003). Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours : A comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*, 11(5), 379-396. <https://doi.org/10.1002/erv.510>
- Clatworthy, Jane., Buick, Deanna., Hankins, Matthew., Weinman, John., & Horne, Robert. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology : A review. *British Journal of Health Psychology*, 10(3), 329-358. <https://doi.org/10.1348/135910705X25697>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Ortigo, K. M., Jackson, C., & Koenen, K. C. (2020). *Treating Survivors of Childhood Abuse and Interpersonal Trauma : STAIR Narrative Therapy*. Guilford Publications.

- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD : Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615-627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD : A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire : Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD : Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Colle, L., Hilviu, D., Boggio, M., Toso, A., Longo, P., Abbate-Daga, G., Garbarini, F., & Fossataro, C. (2023). Abnormal sense of agency in eating disorders. *Scientific Reports, 13*(1), 14176. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-41345-5>
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Loss of Control Is Central to Psychological Disturbance Associated With Binge Eating Disorder. *Obesity, 16*(3), 608-614. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.99>
- Coniglio, K. A., Christensen, K. A., Haynos, A. F., Rienecke, R. D., & Selby, E. A. (2019). The posited effect of positive affect in anorexia nervosa : Advocating for a forgotten piece of a puzzling disease. *International Journal of Eating Disorders, 52*(9), 971-976. <https://doi.org/10.1002/eat.23147>
- Convertino, A. D., & Mendoza, R. R. (2023). Posttraumatic stress disorder, traumatic events, and longitudinal eating disorder treatment outcomes : A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 56*(6), 1055-1074. <https://doi.org/10.1002/eat.23933>
- Convertino, A. D., Morland, L. A., & Blashill, A. J. (2022). Trauma exposure and eating disorders : Results from a United States nationally representative sample. *International Journal of Eating Disorders, 55*(8), 1079-1089. <https://doi.org/10.1002/eat.23757>
- Cook-Cottone, C. (2006). The attuned representation model for the primary prevention of eating disorders : An overview for school psychologists. *Psychology in the Schools, 43*(2), 223-230. <https://doi.org/10.1002/pits.20139>
- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders : A model for attunement and mindful self-care. *Body Image, 14*, 158-167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>

- Cools, J., Schotte, D. E., & McNally, R. J. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(2), 348-351. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.2.348>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*(4), 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017a). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The lancet. Psychiatry, 4*(4), 330-338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017b). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Dir.). (2009a). *Treating complex traumatic stress disorders : An evidence-based guide* (p. xxi, 468). The Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Dir.). (2009b). *Treating complex traumatic stress disorders : An evidence-based guide* (p. xxi, 468). The Guilford Press.
- Courty, A., Godart, N., Lalanne, C., & Berthoz, S. (2015). Alexithymia, a compounding factor for eating and social avoidance symptoms in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry, 56*, 217-228. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.011>
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events : Systematic review and component network meta-analysis. *PLOS Medicine, 17*(8), e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity : A network perspective. *The Behavioral and Brain Sciences, 33*(2-3), 137-150; discussion 150-193. <https://doi.org/10.1017/S0140525X09991567>
- Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob.
- CROCQ, L., DALLIGAND, L., VILLERBU, L.-M., TARQUINIO, C., DUCHET, C., COQ, J.-M., CHIDIAC, N., & VITRY, M. (2007). *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes*. Masson.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015a). Research Review : What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>

- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015b). Research Review : What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Curzio, O., Maestro, S., Rossi, G., Calderoni, S., Giombini, L., Scardigli, S., Ragione, L. D., & Muratori, F. (2018a). Transdiagnostic vs. disorder-focused perspective in children and adolescents with eating disorders : Findings from a large multisite exploratory study. *European Psychiatry*, 49, 81-93. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.024>
- Curzio, O., Maestro, S., Rossi, G., Calderoni, S., Giombini, L., Scardigli, S., Ragione, L. D., & Muratori, F. (2018b). Transdiagnostic vs. disorder-focused perspective in children and adolescents with eating disorders : Findings from a large multisite exploratory study. *European Psychiatry*, 49, 81-93. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.024>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems : Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- da Luz, F. Q., Mohsin, M., Jana, T. A., Marinho, L. S., Santos, E. dos, Lobo, I., Pascoareli, L., Gaeta, T., Ferrari, S., Teixeira, P. C., Cordás, T., & Hay, P. (2023). An Examination of the Relationships between Eating-Disorder Symptoms, Difficulties with Emotion Regulation, and Mental Health in People with Binge Eating Disorder. *Behavioral Sciences*, 13(3), 234. <https://doi.org/10.3390/bs13030234>
- Damasio, A. R. (1999). *Sentiment même de soi (Le) : Corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & Van Der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children : Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
- Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet : A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001091. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>
- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012a). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior, Allostasis and Allostatic Load*, 106(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012b). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>

- Dang, A., Giles, S., Fuller-Tyszkiewicz, M., Kiropoulos, L., & Krug, I. (2022). A Systematic Review and Meta-Analysis on the DSM–5 Severity Ratings for Eating Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29, 325-344. <https://doi.org/10.1037/cps0000078>
- Dang, T. B., Hughes, E. K., Dang, A. B., Lai, H. Y., Lee, J., Liu, S., Portingale, J., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Krug, I. (2024). Taking a Deeper Dive Into OSFED Subtypes : A Meta-Analysis and Systematic Review. *International Journal of Eating Disorders*, 57(10), 2006-2040. <https://doi.org/10.1002/eat.24280>
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), 5-11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study : Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199704\)21:3%3C213::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199704)21:3%3C213::AID-EAT2%3E3.0.CO;2-N)
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>
- Darves-Bornoz, J.-M., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1999). Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 271-275. <https://doi.org/10.1177/070674379904400308>
- Datta, N., Hughes, A., Modafferi, M., & Klabunde, M. (2025a). An FMRI meta-analysis of interoception in eating disorders. *NeuroImage*, 305, 120933. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2024.120933>
- Datta, N., Hughes, A., Modafferi, M., & Klabunde, M. (2025b). An FMRI meta-analysis of interoception in eating disorders. *NeuroImage*, 305, 120933. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2024.120933>
- Dawson, D., Strodl, E., & Kitamura, H. (2022). Childhood maltreatment and disordered eating : The mediating role of emotion regulation. *Appetite*, 172, 105952. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105952>
- Day, S., Hay, P., Basten, C., Byrne, S., Dearden, A., Goldstein, M., Hannigan, A., Heruc, G., Houlihan, C., Roberts, M., Tannous, W. K., Thornton, C., Valentine, N., & Mitchison, D. (2024a). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in eating disorder treatment-seekers : Prevalence and associations with symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 37(4), 672-684. <https://doi.org/10.1002/jts.23047>
- Day, S., Hay, P., Basten, C., Byrne, S., Dearden, A., Goldstein, M., Hannigan, A., Heruc, G., Houlihan, C., Roberts, M., Tannous, W. K., Thornton, C., Valentine, N., & Mitchison, D. (2024b). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in eating disorder treatment-seekers :

- Prevalence and associations with symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 37(4), 672-684. <https://doi.org/10.1002/jts.23047>
- Day, S., Hay, P., Tannous, Wadad. K., Fatt, S. J., & Mitchison, D. (2024). A Systematic Review of the Effect of PTSD and Trauma on Treatment Outcomes for Eating Disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 947-964. <https://doi.org/10.1177/15248380231167399>
- Day, S., Mitchison, D., Tannous, W. K., & Hay, P. (2025). PTSD and Complex PTSD in Residential Treatment for Eating Disorders : Moderating Effects on Symptom Severity and Outcome Trajectory. *International Journal of Eating Disorders*, 58(9), 1732-1746. <https://doi.org/10.1002/eat.24465>
- De Young, K. P., & Bottera, A. R. (2018). A summary of reporting guidelines and evaluation domains for using single-case experimental designs and recommendations for the study of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.22887>
- Decroix, C., Perquier, F., Lejoyeux, M., & Darbeda, S. (2019). Qualités psychométriques et validation de la version française de la Binge Eating Scale comme outil de dépistage du Binge Eating Disorder dans une population de consultation de chirurgie bariatrique. *French Journal of Psychiatry, Congrès Français de Psychiatrie 2019*, 1, S96-S97. <https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.310>
- Delacre, M., Lakens, D., & Leys, C. (2017). Why Psychologists Should by Default Use Welch's t-test Instead of Student's t-test. *International Review of Social Psychology*, 30(1), 92-101. <https://doi.org/10.5334/irsp.82>
- Deprince, A. P., & Freyd, J. J. (2006). Costs and Benefits of Being Asked About Trauma History. *Journal of Trauma Practice*. https://doi.org/10.1300/J189v03n04_02
- Devoe, D. J., Anderson, A., Bahji, A., Singh, M., Patten, S. B., Soumbasis, A., Ramirez Pineda, A., Flanagan, J., Richardson, C., Lange, T., Dimitropoulos, G., & Paslakis, G. (2022). The Prevalence of Impulse Control Disorders and Behavioral Addictions in Eating Disorders : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.724034>
- Devonport, T. J., Nicholls, W., & Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 3-24. <https://doi.org/10.1177/1359105317697813>
- Diaz de Leon-Vazquez, C., Villalobos, A., & Rivera-Márquez, J. (2019). Effect of parental criticism on disordered eating behaviors in male and female university students in Mexico City. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0564-4>
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder : A Review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>

- Dingemans, A. E., Visser, H., Paul, L., & Van Furth, E. F. (2015). Set-shifting abilities, mood and loss of control over eating in binge eating disorder : An experimental study. *Psychiatry Research*, 230(2), 242-248. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.001>
- Dohle, S., Diel, K., & Hofmann, W. (2018). Executive functions and the self-regulation of eating behavior : A review. *Appetite*, 124, 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.041>
- Dougherty, E. N., Bottera, A. R., Haedt-Matt, A. A., & Wildes, J. E. (2023). Reconceptualizing emotion regulation and coping strategy usage in eating disorders research : The utility of a regulatory flexibility framework. *International Journal of Eating Disorders*, 56(10), 1835-1841. <https://doi.org/10.1002/eat.24027>
- DuBois, R. H., Rodgers, R. F., Franko, D. L., Eddy, K. T., & Et., A. (2017). A network analysis investigation of the cognitive-behavioral theory of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.08.004>
- Duclos, J., Dorard, G., Berthoz, S., Curt, F., Faucher, S., Falissard, B., & Godart, N. (2014). Expressed emotion in anorexia nervosa : What is inside the “black box”? *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.002>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149-161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- Echeverri-Alvarado, B., Pickett, S., & Gildner, D. (2020). A model of post-traumatic stress symptoms on binge eating through emotion regulation difficulties and emotional eating. *Appetite*, 150, 104659. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104659>
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahlani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa : Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-250. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process : A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Ehring, T., & Quack, D. (2010a). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors : The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior therapy*, 41, 587-598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Ehring, T., & Quack, D. (2010b). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors : The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior therapy*, 41, 587-598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>

- Eibl, M., & Nicoleta Turliuc, M. (2025). Complex posttraumatic stress disorder symptoms and anorexia nervosa manifestations. Dissociative symptoms and emotion dysregulation as explanatory mechanisms. *Eating Disorders*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/10640266.2025.2558015>
- Eichler, J., Schmidt, R., Bartl, C., Benecke, C., Strauss, B., Brähler, E., & Hilbert, A. (2023a). Self-regulation profiles reflecting distinct levels of eating disorder and comorbid psychopathology in the adult population : A latent profile analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(2), 418-427. <https://doi.org/10.1002/eat.23857>
- Eichler, J., Schmidt, R., Bartl, C., Benecke, C., Strauss, B., Brähler, E., & Hilbert, A. (2023b). Self-regulation profiles reflecting distinct levels of eating disorder and comorbid psychopathology in the adult population : A latent profile analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(2), 418-427. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.23857>
- El-Jor, C., Hallez, Q., Filippone, L., Flaudias, V., & Shankland, R. (2025). Disordered Eating in Emerging Adults : A Narrative Review and Recommendations for Prevention. *Emerging Adulthood*, 13(3), 721-747. <https://doi.org/10.1177/21676968251318056>
- Elliott, H., Jones, P., & Schmidt, U. (2019). Central Symptoms Predict Posttreatment Outcomes and Clinical Impairment in Anorexia Nervosa : A Network Analysis. *Clinical Psychological Science*, 8, 216770261986595. <https://doi.org/10.1177/2167702619865958>
- Elran-Barak, R., Sztainer, M., Goldschmidt, A. B., Crow, S. J., Peterson, C. B., Hill, L. L., Crosby, R. D., Powers, P., Mitchell, J. E., & Le Grange, D. (2015). Dietary Restriction Behaviors and Binge Eating in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder : Trans-diagnostic Examination of the Restraint Model. *Eating Behaviors*, 18, 192-196. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.012>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making : A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S., & Turner, J. (2009). Trauma-Sensitive Yoga : Principles, Practice, and Research. *International Journal of Yoga Therapy*, 19(1), 123-128. <https://doi.org/10.17761/ijyt.19.1.h6476p8084l22160>
- Engel, S. G., Crosby, R. D., Thomas, G., Bond, D., Lavender, J. M., Mason, T., Steffen, K. J., Green, D. D., & Wonderlich, S. A. (2016). Ecological Momentary Assessment in Eating Disorder and Obesity Research : A Review of the Recent Literature. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 37. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0672-7>
- Engel, S. G., Wittrock, D. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., & Kolotkin, R. L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality

- of life instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 62-71.
<https://doi.org/10.1002/eat.20200>
- Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Le Grange, D., Simonich, H. K., Cao, L., Lavender, J. M., & Gordon, K. H. (2013). The Role of Affect in the Maintenance of Anorexia Nervosa : Evidence from a Naturalistic Assessment of Momentary Behaviors and Emotion. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 709-719.
<https://doi.org/10.1037/a0034010>
- Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L., & Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes : An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 531-536. <https://doi.org/10.1002/eat.20399>
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2017). Estimating psychological networks and their accuracy : A tutorial paper. *Behavior Research Methods*. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Evers, C., Dingemans, A., Junghans, A. F., & Boevé, A. (2018). Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 195-208. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.028>
- Evers, C., Marijn Stok, F., & De Ridder, D. T. D. (2010). Feeding Your Feelings : Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804.
<https://doi.org/10.1177/0146167210371383>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders : Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4%3C363::AID-EAT2260160405%3E3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4%3C363::AID-EAT2260160405%3E3.0.CO;2-%23)
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders : A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fasolato, R., De Felice, M., Barbui, C., Bertani, M., Bonora, F., Castellazzi, M., Castelli, S., Cristofalo, D., Dall’Agnola, R. B., Ruggeri, M., Signoretto, B., & Bonetto, C. (2024). Early maladaptive schemas mediate the relationship between severe childhood trauma and eating disorder symptoms : Evidence from an exploratory study. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 138.
<https://doi.org/10.1186/s40337-024-01103-y>

- Favieri, F., Tambelli, R., Chen, E., & Casagrande, M. (2024). Self-Regulation in Eating Behaviors : The Role of Executive Function in Response to Food Stimuli. *Nutrients*, 16(14), 2318. <https://doi.org/10.3390/nu16142318>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Félix, S., Gonçalves, S., & Conceição, E. M. (2024). Emotion Regulation Interventions for Obesity-Related Eating Behaviors in Adolescence. In S. I. Ahmad (Éd.), *Obesity : Clinical, Surgical and Practical Guide* (p. 269-275). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-62491-9_20
- Félix, S., Gonçalves, S., Ramos, R., Tavares, A., Vaz, A. R., Machado, P. P. P., & Conceição, E. (2025). Emotion regulation as a transdiagnostic construct across the spectrum of disordered eating in adolescents : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 369, 868-885. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.017>
- Fernández-Aranda, F., Treasure, J., Paslakis, G., Agüera, Z., Giménez, M., Granero, R., Sánchez, I., Serrano-Troncoso, E., Gorwood, P., Herpertz-Dahlmann, B., Bonin, E., Monteleone, P., & Jiménez-Murcia, S. (2021). The impact of duration of illness on treatment nonresponse and drop-out : Exploring the relevance of enduring eating disorder concept. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 499-513. <https://doi.org/10.1002/erv.2822>
- Ferrell, E. L., Russin, S. E., & Flint, D. D. (2022). Prevalence estimates of comorbid eating disorders and posttraumatic stress disorder : A quantitative synthesis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(2), 264-282. psych (2020-80200-001). <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1832168>
- Fischler, C. (1988). Food, self and identity. *Social Science Information*, 27(2), 275-292. <https://doi.org/10.1177/053901888027002005>
- Fishbain, D. A., Pulikal, A., Lewis, J. E., & Gao, J. (2017). Chronic Pain Types Differ in Their Reported Prevalence of Post -Traumatic Stress Disorder (PTSD) and There Is Consistent Evidence That Chronic Pain Is Associated with PTSD : An Evidence-Based Structured Systematic Review. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw065>
- Fisher, J. (2017a). *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors : Overcoming Internal Self-Alienation* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315886169>
- Fisher, J. (2017b). *Trauma-Informed Stabilisation Treatment : A New Approach to Treating Unsafe Behaviour*. 3(1).
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy*.

- Forbes, C. N., Tull, M. T., Lavender, J. M., Dixon-Gordon, K. L., & Gratz, K. L. (2022). Development and Initial Validation of the Body-focused Self-damaging Behavior Expectancies Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(3), 875-897. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09906-y>
- Forbush, K. T., Chen, P., Hagan, K. E., Chapa, D. A. N., Gould, S. R., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2018). A new approach to eating-disorder classification : Using empirical methods to delineate diagnostic dimensions and inform care. *International Journal of Eating Disorders*, 51(7), 710-721. (132366185). <https://doi.org/10.1002/eat.22891>
- Forbush, K. T., Chen, Y., Chen, P.-Y., Bohrer, B. K., Hagan, K. E., Iverson-Chapa, D. A. N., Christensen Pacella, K. A., Perko, V., Richson, B. N., Johnson Munguia, S. N., Thomeczek, M. L., Nelson, S. V., Christian, K., Swanson, T. J., & Wildes, J. E. (2024). Integrating “Lumpers” versus “Splitters” Perspectives : Toward a Hierarchical Dimensional Taxonomy of Eating Disorders from Clinician Ratings. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 12(4), 625-643. <https://doi.org/10.1177/21677026231186803>
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A. N., Bohrer, B. K., & Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology : A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry, Advances in Transdiagnostic Psychopathology Research*, 79, 40-52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.009>
- Forrest, L., Sarfan, L., Ortiz, S., Brown, T., & Smith, A. (2019a). Bridging eating disorder symptoms and trait anxiety in patients with eating disorders : A network approach. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 701-711. <https://doi.org/10.1002/eat.23070>
- Forrest, L., Sarfan, L., Ortiz, S., Brown, T., & Smith, A. (2019b). Bridging eating disorder symptoms and trait anxiety in patients with eating disorders : A network approach. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 701-711. <https://doi.org/10.1002/eat.23070>
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Toward a Psychobiology of Posttraumatic Self-Dysregulation : Reexperiencing, Hyperarousal, Dissociation, and Emotional Numbing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 110-124. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.010>
- Fried, E. I., & Cramer, A. O. J. (2017a). Moving Forward : Challenges and Directions for Psychopathological Network Theory and Methodology. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 999-1020.
- Fried, E. I., & Cramer, A. O. J. (2017b). Moving Forward : Challenges and Directions for Psychopathological Network Theory and Methodology. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 999-1020.
- Fried, E. I., Eidhof, M. B., Palic, S., Costantini, G., Huisman-van Dijk, H. M., Bockting, C. L. H., Engelhard, I., Armour, C., Nielsen, A. B. S., & Karstoft, K.-I. (2018). Replicability and Generalizability of

- Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Networks : A Cross-Cultural Multisite Study of PTSD Symptoms in Four Trauma Patient Samples. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 335-351. <https://doi.org/10.1177/2167702617745092>
- Friston, K., FitzGerald, T., Rigoli, F., Schwartenbeck, P., O'Doherty, J., & Pezzulo, G. (2016). Active inference and learning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 862-879. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.022>
- Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required Sample Size to Detect the Mediated Effect. *Psychological Science*, 18(3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Gahagan, S. (2012). The Development of Eating Behavior—Biology and Context. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 33(3), 261-271. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31824a7baa>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period : A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- garcia, A., Planell, L., Doval, E., Estragués, J., Raich, R., & Vanderlinden, J. (2012). Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eating and weight disorders: EWD*, 17. <https://doi.org/10.1007/BF03325137>
- Garcia, F. D., Grigioni, S., Chelali, S., Meyrignac, G., & Et., A. (2010). Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.483251>
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(02\)00100-9](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00100-9)
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilon Mann, T., Hamdan, S., Bar-Haim, Y., Lazarov, A., & Et., A. (2018). Different attention bias patterns in anorexia nervosa restricting and binge/purge types. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2593>
- Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Cao, L., Moessner, M., Forbush, K. T., Accurso, E. C., & Le Grange, D. (2018). Network analysis of pediatric eating disorder symptoms in a treatment-seeking, transdiagnostic sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 251-264. <https://doi.org/10.1037/abn0000327>
- González-Gómez, M., López-Villatoro, J. M., Galvez-Merlin, A., Fuentes-García, N., Carrasco, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2025). Dissociative Symptoms Associated With Phenotypical Characteristics in

- Eating Disorders : A Systematic Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(6), e70201. <https://doi.org/10.1002/cpp.70201>
- Goossens, L., Van Durme, K., Naeye, H., Verbeken, S., & Bosmans, G. (2019). Insecure Attachment Moderates the Association between Thin Internalization and Girls' Eating Concerns. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 3183-3192. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01494-6>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT -E). *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12039>
- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride : A cognitive-behavioural functional analysis. In *Body Shame*. Routledge.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation : Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The Relationship Between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Inpatients with Substance Use Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 544-553. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9268-4>
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- Green, M. R. (1974). Review of Eating disorders : Obesity, anorexia nervosa, and the person within. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(3), 467-468. <https://doi.org/10.1037/h0097727>
- Grilo, C. M. (2024). Treatment of Eating Disorders : Current Status, Challenges, and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 20(1), 97-123. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080822-043256>
- Grilo, C. M., & Pittman, B. (2024). Exploring Dietary Restraint as a Mediator of Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments on Outcomes for Patients with Binge-Eating Disorder with Obesity. *The International journal of eating disorders*, 57(12), 2475-2481. <https://doi.org/10.1002/eat.24288>

- Grilo, C. M., & Shiffman, S. (1994). Longitudinal investigation of the abstinence violation effect in binge eaters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 611-619. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.611>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation : Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Grossman, P. (2023). Fundamental challenges and likely refutations of the five basic premises of the polyvagal theory. *Biological Psychology*, 180, 108589. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108589>
- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E., & Courtet, Ph. (2016a). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*, 6(1), 35761. <https://doi.org/10.1038/srep35761>
- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E., & Courtet, Ph. (2016b). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*, 6(1), 35761. <https://doi.org/10.1038/srep35761>
- Gulacan, D., Gunay-Oge, R., & Inozu, M. (2025). The role of Experiential Avoidance and related factors in eating disorders : A systematic review. *Current Psychology*, 44(8), 7312-7325. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07425-7>
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011a). Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating : A Meta-Analysis of Studies using Ecological Momentary Assessment. *Psychological bulletin*, 137(4), 660-681. <https://doi.org/10.1037/a0023660>
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011b). Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating : A Meta-Analysis of Studies using Ecological Momentary Assessment. *Psychological bulletin*, 137(4), 660-681. <https://doi.org/10.1037/a0023660>
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011c). Revisiting the affect regulation model of binge eating : A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660-681. <https://doi.org/10.1037/a0023660>
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2015). Affect regulation and purging : An ecological momentary assessment study in purging disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 399-411. <https://doi.org/10.1037/a0038815>

- Hallings-Pott, C., Waller, G., Watson, D., & Scragg, P. (2005a). State dissociation in bulimic Eating Disorders : An experimental study. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 37-41. <https://doi.org/10.1002/eat.20146>
- Hallings-Pott, C., Waller, G., Watson, D., & Scragg, P. (2005b). State dissociation in bulimic Eating Disorders : An experimental study. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.20146>
- Hamaker, E. L., Ceulemans, E., Grasman, R. P. P. P., & Tuerlinckx, F. (2015). Modeling Affect Dynamics : State of the Art and Future Challenges. *Emotion Review*, 7(4), 316-322. <https://doi.org/10.1177/1754073915590619>
- Han, S., & Kahn, J. (2017). Attachment, Emotion Regulation Difficulties, and Disordered Eating Among College Women and Men. *The Counseling Psychologist*, 45, 001100001774488. <https://doi.org/10.1177/0011000017744884>
- Harrington, E. F., Crowther, J. H., & Shipherd, J. C. (2010). Trauma, binge eating, and the “strong Black woman”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 469-479. <https://doi.org/10.1037/a0019174>
- Harris, R. B. S. (1990). Role of set-point theory in regulation of body weight. *The FASEB Journal*, 4(15), 3310-3318. <https://doi.org/10.1096/fasebj.4.15.2253845>
- Harrison, A., Tchanturia, K., Naumann, U., & Treasure, J. (2011). Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02026.x>
- Harrison, A., Tchanturia, K., Naumann, U., & Treasure, J. (2012). Social emotional functioning and cognitive styles in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 261-279. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02026.x>
- Hart, O., Nijenhuis, E. R. s, & Steele, K. (2007). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2024). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. De Boeck Supérieur.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders : A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Haslbeck, J. M. B., & Waldorp, L. J. (2017a). How well do network models predict observations? On the importance of predictability in network models. *Behavior Research Methods*. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0910-x>

- Haslbeck, J. M. B., & Waldorp, L. J. (2017b). How well do network models predict observations? On the importance of predictability in network models. *Behavior Research Methods*. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0910-x>
- Hayes, J. F., Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., Jakubiak, J., Brown, M. L., & Wilfley, D. E. (2018a). Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Youth with Overweight and Obesity : Implications for Treatment. *Current Obesity Reports*, 7(3), 235-246. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0316-9>
- Hayes, J. F., Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., Jakubiak, J., Brown, M. L., & Wilfley, D. E. (2018b). Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Youth with Overweight and Obesity : Implications for Treatment. *Current obesity reports*, 7(3), 235-246. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0316-9>
- Hayes, J. F., Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., Jakubiak, J., Brown, M. L., & Wilfley, D. E. (2018c). Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Youth with Overweight and Obesity : Implications for Treatment. *Current obesity reports*, 7(3), 235-246. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0316-9>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Et., A. (2006). Acceptance and Commitment Therapy : Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active : Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011a). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation : Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011b). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation : Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Haynos, A. F., Wang, S. B., LeMay-Russell, S., Lavender, J. M., Pearson, C. M., Mathis, K. J., Peterson, C. B., & Crow, S. J. (2021). An Empirical Taxonomy of Reward Response Patterns in a Transdiagnostic Eating Disorder Sample. *Eating behaviors*, 42, 101531. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101531>
- Hazzard, V. M., Crosby, R. D., Crow, S. J., Engel, S. G., Schaefer, L. M., Brewerton, T. D., Castellini, G., Trottier, K., Peterson, C. B., & Wonderlich, S. A. (2021). Treatment outcomes of psychotherapy for binge-eating disorder in a randomized controlled trial : Examining the roles of childhood

- abuse and posttraumatic stress disorder. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 29(4), 611-621. <https://doi.org/10.1002/erv.2823>
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108. (1991-33164-001). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hennig, C. (2007). Cluster-wise assessment of cluster stability. *Computational Statistics & Data Analysis*, 52(1), 258-271. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2006.11.025>
- Herbert, B. M. (2020). Interoception and Its Role for Eating, Obesity, and Eating Disorders. *European Journal of Health Psychology*, 27(4), 188-205. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000062>
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). *The Body in the Mind : On the Relationship Between Interoception and Embodiment*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1756-8765.2012.01189.x>
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2019). The relevance of interoception for eating behavior and eating disorders. In *The interoceptive mind : From homeostasis to awareness* (p. 165-186). Oxford University Press.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1983). A Boundary Model for the Regulation of Eating. *Psychiatric Annals*, 13(12), 918-927. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19831201-03>
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. L. (1992b). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hicks White, A. A., Pratt, K. J., & Cottrill, C. (2018). The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite*, 129, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.034>
- Higgs, S. (2016). Cognitive processing of food rewards. *Appetite, Special Issue: How can food pleasure drive healthy eating habits?*, 104, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.10.003>
- Higgs, S., & Spetter, M. S. (2018). Cognitive Control of Eating : The Role of Memory in Appetite and Weight Gain. *Current Obesity Reports*, 7(1), 50-59. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0296-9>
- Higgs, S., & Thomas, J. (2016). Social influences on eating. *Current Opinion in Behavioral Sciences, Diet, behavior and brain function*, 9, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.10.005>
- Hill, D. C., Moss, R. H., Sykes-Muskett, B., Conner, M., & O'Connor, D. B. (2018). Stress and eating behaviors in children and adolescents : Systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 123, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.109>

- Himmerich, H., Keeler, J. L., Davies, H. L., Tessema, S. A., & Treasure, J. (2024). The evolving profile of eating disorders and their treatment in a changing and globalised world. *The Lancet*, 403(10445), 2671-2675. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00874-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00874-2)
- Hoek, H. W. (2025). The Incidence and Prevalence of Eating Disorders Between 1975 and 2024 : A Commentary on Lee and Chi (2025). *International Journal of Eating Disorders*, 58(10), 1893-1896. <https://doi.org/10.1002/eat.24495>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The Future of Intervention Science : Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science : Process-Based Therapy. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hohl, K., & Dolcos, S. (2024). Measuring cognitive flexibility : A brief review of neuropsychological, self-report, and neuroscientific approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*, 18. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1331960>
- Hohlstein, L. A., Smith, G. T., & Atlas, J. G. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders : Development and validation of measures of eating and dieting expectancies. *Psychological Assessment*, 10(1), 49-58. (1998-00298-007). <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.1.49>
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25(1), 1-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285-291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
- Hoyle, R. H. (2023). *Handbook of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications.
- Humphry, S., & McGrane, J. (2010). Is there a contradiction between the network and latent variable perspectives? *The Behavioral and brain sciences*, 33, 160-161. <https://doi.org/10.1017/S0140525X10000786>
- Husky, M. M., Lépine, J., Gasquet, I., & Kovess-Masfety, V. (2015). Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France : Results From the WMH Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 28(4), 275-282. <https://doi.org/10.1002/jts.22020>

- Hyland, P., Hamer, R., Fox, R., Vallières, F., Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2024). Is Dissociation a Fundamental Component of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder? *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(1), 45-61. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2231928>
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders : Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Jacques-Tiura, A. J., Lanni, D. J., Anderson, L. A., & Naar, S. (2021). Victimization and Food Addiction Symptoms : Direct and Indirect Effects Through Emotion Dysregulation, Impulsivity, and Loss-of-Control Eating. *Psychology of Women Quarterly*, 45(2), 243-254. <https://doi.org/10.1177/0361684320987126>
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan.
- Javaras, K. N., Franco, V. F., Ren, B., Bulik, C. M., Crow, S. J., McElroy, S. L., Jr, H. G. P., & Hudson, J. I. (2024). The natural course of binge-eating disorder : Findings from a prospective, community-based study of adults. *Psychological Medicine*, 54(11), 2906-2916. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000977>
- Jenkinson, P. M., Taylor, L., & Laws, K. R. (2018). Self-reported interoceptive deficits in eating disorders : A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 110, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.005>
- Jones, E. J., Egan, S. J., Howell, J. A., Hoiles, K. J., & Mazzucchelli, T. G. (2020). An examination of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders in adolescents. *Eating Behaviors*, 39, 101445. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101445>
- Jones, P. J., Ma, R., & McNally, R. J. (2019a). Bridge Centrality : A Network Approach to Understanding Comorbidity. *Multivariate Behavioral Research*. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1614898>
- Jones, P. J., Ma, R., & McNally, R. J. (2019b). Bridge Centrality : A Network Approach to Understanding Comorbidity. *Multivariate Behavioral Research*. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1614898>
- Joormann, J., & Vanderlind, W. M. (2014). Emotion Regulation in Depression : The Role of Biased Cognition and Reduced Cognitive Control. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 402-421. <https://doi.org/10.1177/2167702614536163>
- Juarascio, A. S., Felton, J. W., Borges, A. M., Manasse, S. M., Murray, H. B., & Lejuez, C. W. (2016). An investigation of negative affect, reactivity, and distress tolerance as predictors of disordered

- eating attitudes across adolescence. *Journal of adolescence*, 49, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.02.005>
- Kadriu, F., Claes, L., Witteman, C., Vroling, M., Norré, J., & Krans, J. (2022). Intrusive images, autobiographical memories, and core beliefs of patients with an eating disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 36(4), 842-851. <https://doi.org/10.1002/acp.3974>
- Kalia, V., & Knauff, K. (2020a). Emotion regulation strategies modulate the effect of adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *PLOS ONE*, 15(6), e0235412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235412>
- Kalia, V., & Knauff, K. (2020b). Emotion regulation strategies modulate the effect of adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *PLOS ONE*, 15(6), e0235412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235412>
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences : A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457-465. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215>
- Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 125(2), 181-201. <https://doi.org/10.1097/00005053-195704000-00004>
- Kaplan, R., Kaplan, S., & Brown, T. (1989). Environmental Preference : A Comparison of Four Domains of Predictors. *Environment and Behavior*, 21(5), 509-530. <https://doi.org/10.1177/0013916589215001>
- Karimov-Zwienenberg, M., Symphor, W., Peraud, W., & Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain : A systematic review. *PLOS ONE*, 19(8), e0309332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309332>
- Karr, T. M., Crosby, R. D., Cao, L., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Simonich, H., & Wonderlich, S. A. (2013). Posttraumatic Stress Disorder as a Moderator of the Association Between Negative Affect and Bulimic Symptoms : An Ecological Momentary Assessment Study. *Comprehensive psychiatry*, 54(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.011>
- Kashdan, T. B. (2010a). Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kashdan, T. B. (2010b). Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kay, A. E., & Lamont, J. M. (2024). Relationships amongst mother's body image and eating attitudes, daughters' body image and eating attitudes, and health in college women. *Current Psychology*, 43(36), 28625-28634. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06416-4>

- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels : The neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences*, 36(2), 110-120. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.01.003>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Keegan, E., Tchanturia, K., & Wade, T. D. (2021a). Central coherence and set-shifting between nonunderweight eating disorders and anorexia nervosa : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 229-243. (149247160). <https://doi.org/10.1002/eat.23430>
- Keegan, E., Tchanturia, K., & Wade, T. D. (2021b). Central coherence and set-shifting between nonunderweight eating disorders and anorexia nervosa : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 229-243. (149247160). <https://doi.org/10.1002/eat.23430>
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204. <https://doi.org/10.1002/eat.20810>
- Keel, P. K., Brown, T. A., Holm-Denoma, J., & Bodell, L. P. (2011). Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders : Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 553-560. <https://doi.org/10.1002/eat.20892>
- Keel, P. K., & Smith, G. T. (2017). Introduction to the special section : Why we should highlight the outstanding contributions of young investigators in the field of eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 479.
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder : A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 285-303. <https://doi.org/10.1111/papt.12044>
- Kelly, N. R., Cotter, E. W., & Mazzeo, S. E. (2014). Examining the role of distress tolerance and negative urgency in binge eating behavior among women. *Eating Behaviors*, 15(3), 483-489. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.012>
- Kenardy, J., Arnou, B., & Agras, W. S. (1996). The Aversiveness of Specific Emotional States Associated with Binge-Eating in Obese Subjects. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(6), 839-844. <https://doi.org/10.3109/00048679609065053>
- Kenardy, J., Butler, A., Carter, C., & Moor, S. (2003). Eating, mood, and gender in a noneating disorder population. *Eating Behaviors*, 4(2), 149-158. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00019-9](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00019-9)
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887-903. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00018-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00018-5)

- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A Greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes : The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2%3C159::AID-EAT5%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2%3C159::AID-EAT5%3E3.0.CO;2-F)
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe : Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., De Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., ... Zucker, N. (2018). Interoception and Mental Health : A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
- Khalsa, S. S., Hassanpour, M. S., Strober, M., Craske, M. G., & Et., A. (2018). Interoceptive Anxiety and Body Representation in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00444>
- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D., & Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0145-3>
- Khalsa, S. S., & Verdonk, C. (2024). Interoception and mental health. In *Interoception : A comprehensive guide* (p. 265-316). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-68521-7_9
- Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders : A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Kimber, M., McTavish, J. R., Couturier, J., Boven, A., Gill, S., Dimitropoulos, G., & MacMillan, H. L. (2017). Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate

- partner violence for eating disorders : A systematic critical review. *BMC Psychology*, 5(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0202-3>
- Kingdon, D., Afghan, S., Arnold, R., Faruqui, R., Friedman, T., Jones, I., Jones, P., Lloyd, K., Nicholls, D., O'Neill, T., Qurashi, I., Ramzan, A., Series, H., Staufenberg, E., & Brugha, T. (2010). A Diagnostic System Using Broad Categories With Clinically Relevant Specifiers : Lessons for Icd-11. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 326-335. <https://doi.org/10.1177/0020764010367864>
- Kingston, J., Clarke, S., & Remington, B. (2010). Experiential Avoidance and Problem Behavior : A Mediational Analysis. *Behavior Modification*, 34(2), 145-163. <https://doi.org/10.1177/0145445510362575>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., & Et., A. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Koskina, A., Mountford, V., & Tchanturia, K. (2016). The impact of perceptual, cognitive and behavioural factors on dissociative experiences and body disturbance in eating disorders : An exploratory study. *Advances in Eating Disorders*, 4(1), 59-74. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1116016>
- Köster, E. P., & Mojet, J. (2015). From mood to food and from food to mood : A psychological perspective on the measurement of food-related emotions in consumer research. *Food Research International*, 76, 180-191. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2015.04.006>
- Kotilahti, E., West, M., Isomaa, R., Karhunen, L., Rocks, T., & Ruusunen, A. (2020). Treatment interventions for Severe and Enduring Eating Disorders : Systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1280-1302. <https://doi.org/10.1002/eat.23322>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) : A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(Volume 17, 2021), 83-108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- Kral, T. V. E., & Rauh, E. M. (2010). Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiology & behavior*, 100(5), 567-573. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.04.031>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., & Et., A. (2012). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*. <https://doi.org/10.1177/0741932512452794>

- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). Single-Case Designs Technical Documentation. *What Works Clearinghouse*. <https://eric.ed.gov/?id=eD510743>
- Krug, I., Dang, A. B., Lu, E., Ooi, W. L., Portingale, J., & Miles, S. (2024). A Narrative Review on the Neurocognitive Profiles in Eating Disorders and Higher Weight Individuals : Insights for Targeted Interventions. *Nutrients*, 16(24), 4418. <https://doi.org/10.3390/nu16244418>
- Krug, I., Liu, S., Portingale, J., Croce, S., Dar, B., Obleada, K., Satheesh, V., Wong, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2025). A meta-analysis of mortality rates in eating disorders : An update of the literature from 2010 to 2024. *Clinical Psychology Review*, 116, 102547. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102547>
- Kutz, A. M., Marsh, A. G., Gunderson, C. G., Maguen, S., & Masheb, R. M. (2020). Eating Disorder Screening : A Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 885-893. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05478-6>
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders : Relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393-400. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.008>
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2012). An Evaluation of the Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2214>
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2013). An Evaluation of the Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99-107. <https://doi.org/10.1002/erv.2214>
- Lampe, E. W., Velkoff, E. A., & Manasse, S. M. (2026). Characterizing Emotional Inertia and Its Relation to Eating Disorder Behaviors in Patients Seeking Treatment for Binge-spectrum Eating Disorders. *The International journal of eating disorders*, 59(3), 607-614. <https://doi.org/10.1002/eat.24602>
- Lanfredi, M., Macis, A., Ferrari, C., Meloni, S., Pedrini, L., Ridolfi, M. E., Zonca, V., Cattane, N., Cattaneo, A., & Rossi, R. (2021). Maladaptive behaviours in adolescence and their associations with personality traits, emotion dysregulation and other clinical features in a sample of Italian students : A cross-sectional study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00154-w>
- Lang, K., Roberts, M., Harrison, A., Lopez, C., Goddard, E., Khondoker, M., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2016). Central Coherence in Eating Disorders : A Synthesis of Studies Using the Rey Osterrieth

- Complex Figure Test. *PLOS ONE*, 11(11), e0165467.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165467>
- Lanius, R. A. (2015). Trauma-related dissociation and altered states of consciousness : A call for clinical, treatment, and neuroscience research. *European Journal of Psychotraumatology*.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27905>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD : Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- Lanius, R., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P., & Spiegel, D. (2012). Lanius RA, Brand B, Vermetten E, Frewen PA, Spiegel D. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder : Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depress Anxiety* 29: 701-708. *Depression and Anxiety*, 00, 1-8. <https://doi.org/10.1002/da.21889>
- Lannoy, S., Heeren, A., Rochat, L., Rossignol, M., & Et., A. (2014). Is there an all-embracing construct of emotion reactivity? Adaptation and validation of the emotion reactivity scale among a French-speaking community sample. *Comprehensive Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.023>
- Lantrip, C., Isquith, P. K., Koven, N. S., Welsh, K., & Et., A. (2015). Executive Function and Emotion Regulation Strategy Use in Adolescents. *Applied Neuropsychology: Child*.
<https://doi.org/10.1080/21622965.2014.960567>
- Latner, J. D., Hildebrandt, T., Rosewall, J. K., Chisholm, A. M., & Hayashi, K. (2007). Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2203-2211. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.002>
- Lavender, J. M., De Young, K. P., Anestis, M. D., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., & Le Grange, D. (2013). Associations between Retrospective versus Ecological Momentary Assessment Measures of Emotion and Eating Disorder Symptoms in Anorexia Nervosa. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 1514-1520.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.021>
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa : A Conceptual Review of the Empirical Literature. *Clinical psychology review*, 40, 111-122.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Lebois, L. A. M., Harnett, N. G., Van Rooij, S. J. H., Ely, T. D., Jovanovic, T., Bruce, S. E., House, S. L., Ravichandran, C., Dumornay, N. M., Finegold, K. E., Hill, S. B., Merker, J. B., Phillips, K. A., Beaudoin, F. L., An, X., Neylan, T. C., Clifford, G. D., Linnstaedt, S. D., Germine, L. T., ... Ressler,

- K. J. (2022). Persistent Dissociation and Its Neural Correlates in Predicting Outcomes After Trauma Exposure. *American Journal of Psychiatry*, 179(9), 661-672. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21090911>
- Lebois, L. A. M., Kumar, P., Palermo, C. A., Lambros, A. M., O'Connor, L., Wolff, J. D., Baker, J. T., Gruber, S. A., Lewis-Schroeder, N., Ressler, K. J., Robinson, M. A., Winternitz, S., Nickerson, L. D., & Kaufman, M. L. (2022). Deconstructing dissociation : A triple network model of trauma-related dissociation and its subtypes. *Neuropsychopharmacology*, 47(13), 2261-2270. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01468-1>
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Tchanturia, K., & Williams, S. (2021a). *The role of emotion regulation in eating disorders : A network meta-analysis approach*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/gbqju>
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Tchanturia, K., & Williams, S. (2021b). *The role of emotion regulation in eating disorders : A network meta-analysis approach*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/gbqju>
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S., & Tchanturia, K. (2022a). The Role of Emotion Regulation in Eating Disorders : A Network Meta-Analysis Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.793094>
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S., & Tchanturia, K. (2022b). The role of emotion regulation in eating disorders : A network meta-analysis approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 793094. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.793094>
- Lev-ari, L., Zohar, A. H., & Bachner-Melman, R. (2021a). Eating for numbing : A community-based study of trauma exposure, emotion dysregulation, dissociation, body dissatisfaction and eating disorder symptoms. *PeerJ*, 9, e11899. <https://doi.org/10.7717/peerj.11899>
- Lev-ari, L., Zohar, A. H., & Bachner-Melman, R. (2021b). Eating for numbing : A community-based study of trauma exposure, emotion dysregulation, dissociation, body dissatisfaction and eating disorder symptoms. *PeerJ*, 9, e11899. <https://doi.org/10.7717/peerj.11899>
- Levinson, C. A., Cusack, C., Brown, M. L., & Smith, A. R. (2022). A network approach can improve eating disorder conceptualization and treatment. *Nature Reviews Psychology*, 1(7), 419-430. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00062-y>
- Levinson, C. A., Osborn, K., Hooper, M., Vanzhula, I., & Ralph-Nearman, C. (2024). Evidence-Based Assessments for Transdiagnostic Eating Disorder Symptoms : Guidelines for Current Use and Future Directions. *Assessment*, 31(1), 145-167. <https://doi.org/10.1177/10731911231201150>
- Levinson, C. A., & Williams, B. M. (2020). Eating disorder fear networks : Identification of central eating disorder fears. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 1960-1973.

- Lian, Y., Liu, S., Zhang, D., Qiao, D., Zhang, Z., Mi, G., Liu, Z., & Wu, X. (2025). Emotion dysregulation and eating disorder symptoms : A network analysis in college students with subclinical eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01325-8>
- Lieberman, A., Robison, M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Le Grange, D., Bardone-Cone, A. M., Kolden, G., & Joiner, T. E. (2023). Self-hate, dissociation, and suicidal behavior in bulimia nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 335, 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.015>
- Liebman, R., Becker, K., Smith, K., Cao, L., Keshishian, A., Crosby, R., Eddy, K., & Thomas, J. (2020). Network Analysis of Posttraumatic Stress and Eating Disorder Symptoms in a Community Sample of Adults Exposed to Childhood Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 34, 665-674. <https://doi.org/10.1002/jts.22644>
- Liebman, R. E., Hernandez, K. M., Ip, J., Burdo, J., & Trottier, K. (2025). Psychological Treatment of Co-Occurring Trauma History, Posttraumatic Stress Disorder, and Eating Disorders : A Systematic Review of Clinical Outcomes. *European Eating Disorders Review*, 33(5), 957-973. <https://doi.org/10.1002/erv.3195>
- Linardon, J. (2021). Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders : A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23623>
- Linardon, J., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates : A META-ANALYSIS. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1073-1098. <https://doi.org/10.1002/eat.23509>
- Linardon, J., Wade, T., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). *The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders : A systematic review and meta-analysis*. https://figshare.com/articles/journal_contribution/The_efficacy_of_cognitive-behavioral_therapy_for_eating_disorders_a_systematic_review_and_meta-analysis/20815570/1
- Lindenbach, D., Austin, A., Singh, M., Trebilcock, A., Bhattarai, A., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2026). Adverse Childhood Experiences Predict Treatment Drop Out in Adolescents and Young Adults With Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 59(1), 205-210. <https://doi.org/10.1002/eat.24558>
- Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2012). A functional architecture of the human brain : Emerging insights from the science of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 16(11), 533-540. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.09.005>

- Lockwood, R., Lawson, R., & Waller, G. (2004). Compulsive Features in the Eating Disorders : A Role for Trauma? *Journal of Nervous & Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000116468.54734.f4>
- Longo, P., Marzola, E., Martini, M., Amodeo, L., & Abbate-Daga, G. (2023). Anorexia Nervosa and Somatoform Dissociation : A Neglected Body-Centered Perspective. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(1), 141-156. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2119631>
- Longo, P., Panero, M., Amodeo, L., Matilde, D., Abbate-Daga, G., & Marzola, E. (2020). Psychoform and somatoform dissociation in anorexia nervosa : A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28. <https://doi.org/10.1002/cpp.2517>
- López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 363. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
- Loth, K. A., MacLehose, R. F., Fulkerson, J. A., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Food-Related Parenting Practices and Adolescent Weight Status : A Population-Based Study. *Pediatrics*, 131(5), e1443-e1450. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3073>
- Lowe, M. R., & Maycock, B. (1988). Restraint, disinhibition, hunger and negative affect eating. *Addictive Behaviors*, 13(4), 369-377. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(88\)90043-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(88)90043-3)
- Luo, X., Donnellan, M. B., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2016). The dimensional nature of eating pathology : Evidence from a direct comparison of categorical, dimensional, and hybrid models. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 715-726. <https://doi.org/10.1037/abn0000174>
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders : A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37-46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
- Macht, M. (1999). Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy. *Appetite*. <https://doi.org/10.1006/appe.1999.0236>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating : A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35(1), 65-71. <https://doi.org/10.1006/appe.2000.0325>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)

- Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L. A., Manios, Y., & Et., A. (2021). The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu13041138>
- Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity' : An artefact of current diagnostic systems? *British Journal of Psychiatry*, 186(3), 182-184. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.182>
- Manasse, S. M., Forman, E. M., Ruocco, A. C., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., & Fitzpatrick, K. K. (2015). Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of overweight women with and without binge eating pathology. *The International journal of eating disorders*, 48(6), 677-683. <https://doi.org/10.1002/eat.22383>
- Manjrekar, E., Berenbaum, H., & Bhayani, N. (2015). Investigating the moderating role of emotional awareness in the association between urgency and binge eating. *Eating Behaviors*, 17, 99-102. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.01.010>
- Maria, A.-S., Barry, C., Ringuenet, D., Falissard, B., & Et., A. (2020). Subjective cognitive rigidity and attention to detail : A cross-cultural validation of the Detail and Flexibility Questionnaire (DFlex) in a French clinical sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. <https://doi.org/10.1080/13803395.2020.1842333>
- Marinelli, L. (2024). *De la perception à la régulation des signaux corporels dans les comportements alimentaires : Rôle de la conscience intéroceptive et de la pleine conscience*.
- Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., & Et., A. (2008). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing & Health*. <https://doi.org/10.1002/nur.20304>
- Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A., & Thomason, M. E. (2015). Childhood Trauma Exposure Disrupts the Automatic Regulation of Emotional Processing. *Neuropsychopharmacology*, 40(5), 1250-1258. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.311>
- Mason, T. B., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Steiger, H., Cao, L., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Crosby, R. D. (2017). Comfortably Numb : The Role of Momentary Dissociation in the Experience of Negative Affect Around Binge Eating. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 335. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000658>
- Mateo, S. (2020). Procédure pour conduire avec succès une revue de littérature selon la méthode PRISMA. *Kinésithérapie, la Revue*, 20(226), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.05.019>
- Maximino, C. (2023). Biocultural psychopathology as a new epistemology for mental disorders. *History of psychiatry*, 34, 957154X231168080. <https://doi.org/10.1177/0957154X231168080>
- Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2009). Environmental and genetic risk factors for eating disorders : What the clinician needs to know. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 67-82. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.003>

- McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders : Advances in Assessment and Treatment. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 19(3), 10.1111/cpsp.12006. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12006>
- McClure, Z., Messer, M., Anderson, C., Liu, C., & Linardon, J. (2022). Which dimensions of emotion dysregulation predict the onset and persistence of eating disorder behaviours? A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 310, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.041>
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., De Almeida, J. M. C., De Girolamo, G., De Vries, Y. A., Florescu, S., ... De Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders : A comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e153. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000633>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Nelson, C. A. (2017). Neglect as a Violation of Species-Expectant Experience : Neurodevelopmental Consequences. *Biological psychiatry*, 82(7), 462-471. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.02.1096>
- McNally, R. J. (2021). Network Analysis of Psychopathology : Controversies and Challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(Volume 17, 2021), 31-53. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-092850>
- Mehling, W. E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J., & Jones, A. (2018). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PLOS ONE*, 13(12), e0208034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034>
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE*, 7(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Mendoza, R. R., Convertino, A. D., & Blashill, A. J. (2024). A longitudinal study of potentially traumatic events and binge-purge eating disorder onset in children. *Appetite*, 193, 107132. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107132>
- Meneguzzo, P., De Mico, A., Maragno, L., Marzotto, A., Conti, F., Maggi, L., Mezzani, B., & Todisco, P. (2025). Childhood adversity and empathy in eating disorders : Exploring transdiagnostic profiles and socio-emotional functioning. *Child Abuse & Neglect*, 164, 107445. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107445>
- Meneguzzo, P., Garolla, A., Bonello, E., & Todisco, P. (2022). Alexithymia, dissociation and emotional regulation in eating disorders : Evidence of improvement through specialized inpatient

- treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 718-724. <https://doi.org/10.1002/cpp.2665>
- Mennella, J. A., Lukasewycz, L. D., Griffith, J. W., & Beauchamp, G. K. (2011). Evaluation of the Monell Forced-Choice, Paired-Comparison Tracking Procedure for Determining Sweet Taste Preferences across the Lifespan. *Chemical Senses*. <https://doi.org/10.1093/chemse/bjq134>
- Merwin, R. M. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion regulation : Theory, evidence, and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 208-214. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01252.x>
- Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Wagner, H. R., Ritschel, L. A., Craighead, L. W., & Zucker, N. L. (2013). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa : Relationship to self-perceived sensory sensitivity. *Cognition & Emotion*, 27(3), 441-452. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.719003>
- Merwin, R. M., Nikolaou, P., Moskovich, A. A., Babyak, M., Smith, P. J., & Karekla, M. (2023). Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy. *Body Image*, 44, 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.12.010>
- Meule, A., & Vögele, C. (2013). The Psychology of Eating. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00215>
- Micali, N., & Dahlgren, C. L. (2016). All that glisters is not an endophenotype : Rethinking endophenotypes in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0910-x>
- Michelini, G., Palumbo, I. M., DeYoung, C. G., Latzman, R. D., & Kotov, R. (2021). Linking RDoC and HiTOP : A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. *Clinical Psychology Review*, 86, 102025. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102025>
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>
- Mikhail, M. E. (2021). Affect Dysregulation in Context : Implications and Future Directions of Experience Sampling Research on Affect Regulation Models of Loss of Control Eating. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 747854. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747854>
- Mischoulon, D., Eddy, K. T., Keshaviah, A., Dinescu, D., Ross, S. L., Kass, A. E., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2011). Depression and Eating Disorders : Treatment and Course. *Journal of affective disorders*, 130(3), 470-477. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.043>

- Misitano, A., Moro, A. S., Ferro, M., & Forresi, B. (2022). The Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder : A Systematic Review of the Literature using the Latent Profile Analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2120155>
- Mitchell, J. S., Huckstepp, T., Allen, A., Louis, P. J., Anijärv, T. E., & Hermens, D. F. (2024). Early adaptive schemas, emotional regulation, and cognitive flexibility in eating disorders : Subtype specific predictors of eating disorder symptoms using hierarchical linear regression. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(1), 54. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01682-4>
- Mitchell, K. S., Singh, S., Hardin, S., & Thompson-Brenner, H. (2021a). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes : Investigating the unified treatment model. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1260-1269. <https://doi.org/10.1002/eat.23515>
- Mitchell, K. S., Singh, S., Hardin, S., & Thompson-Brenner, H. (2021b). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes : Investigating the unified treatment model. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23515>
- Mitchison, D., Wang, S. B., Wade, T., Haynos, A. F., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., Tame, J., & Hay, P. (2023). Development of transdiagnostic clinical risk prediction models for 12-month onset and course of eating disorders among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 56(7), 1406-1416. <https://doi.org/10.1002/eat.23951>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology : A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402-1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Monell, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 921-930. (132936387). <https://doi.org/10.1002/eat.22925>
- Monteleone, A. M., Barone, E., Cascino, G., Schmidt, U., Gorwood, P., Volpe, U., Abbate-Daga, G., Castellini, G., Díaz Marsá, M., Favaro, A., Fukutomi, A., Guillaume, S., Minařík, P., Pacheco, J. A. S., Panero, M., Papežová, H., Ricca, V., Segura-Garcia, C., Scanferla, E., ... Monteleone, P. (2023). Pathways to eating disorder care : A European multicenter study. *European Psychiatry*, 66(1), e36. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.23>
- Monteleone, A. M., & Cascino, G. (2021a). A systematic review of network analysis studies in eating disorders : Is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 531-547. <https://doi.org/10.1002/erv.2834>

- Monteleone, A. M., & Cascino, G. (2021b). A systematic review of network analysis studies in eating disorders : Is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 531-547. <https://doi.org/10.1002/erv.2834>
- Monteleone, A. M., & Cascino, G. (2021c). A systematic review of network analysis studies in eating disorders : Is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 531-547. <https://doi.org/10.1002/erv.2834>
- Monteleone, A. M., & Cascino, G. (2021d). A systematic review of network analysis studies in eating disorders : Is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 531-547. <https://doi.org/10.1002/erv.2834>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019a). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology : A mixed-model investigation. *European Psychiatry*, 61, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.08.002>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019b). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology : A mixed-model investigation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 61, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.08.002>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Salerno, L., Albano, G., Barone, E., Cardi, V., & Lo Coco, G. (2023). The interplay between emotion regulation, interpersonal problems and eating symptoms in individuals with obesity : A network analysis study. *Journal of Affective Disorders*, 324, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.056>
- Monthuy-Blanc, J., Corno, G., & Abou Chabake, S. (2023). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on perceptual disturbances and dysfunctional eating attitudes and behaviors : A review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1139261>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999a). The SCOFF questionnaire : Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467-1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999b). The SCOFF questionnaire : Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467-1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (2000). The SCOFF questionnaire. *Western Journal of Medicine*, 172(3), 164-165. <https://doi.org/10.1136/ewj.172.3.164>

- Morin, A., Bujacz, A., & Gagné, M. (2018a). Person-Centered Methodologies in the Organizational Sciences : Introduction to the Feature Topic. *Organizational Research Methods*, 21, 109442811877385. <https://doi.org/10.1177/1094428118773856>
- Morin, A., Bujacz, A., & Gagné, M. (2018b). Person-Centered Methodologies in the Organizational Sciences : Introduction to the Feature Topic. *Organizational Research Methods*, 21, 109442811877385. <https://doi.org/10.1177/1094428118773856>
- Moroshko, I., Raspovic, A., Liu, J., & Brennan, L. (2025a). Trauma and eating disorders : An integrated umbrella and scoping review. *Clinical Psychology Review*, 119, 102592. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102592>
- Moroshko, I., Raspovic, A., Liu, J., & Brennan, L. (2025b). Trauma and eating disorders : An integrated umbrella and scoping review. *Clinical Psychology Review*, 119, 102592. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102592>
- Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), 2043808718779431. <https://doi.org/10.1177/2043808718779431>
- Morrison, J., Williams, M. O., & Fox, J. R. E. (2022). Negative childhood events and the development of the anorexic voice : A grounded theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(4), 1018-1035. <https://doi.org/10.1111/papt.12416>
- Mortimer, R. (2019). Pride Before a Fall : Shame, Diagnostic Crossover, and Eating Disorders. *Journal of Bioethical Inquiry*, 16(3), 365-374. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09923-3>
- Mourilhe, C., Moraes, C. E. de, Veiga, G. da, Q da Luz, F., Pompeu, A., Nazar, B. P., Coutinho, E. S. F., Hay, P., & Appolinario, J. C. (2021). An evaluation of binge eating characteristics in individuals with eating disorders : A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 162, 105176. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105176>
- Mrosovsky, N., & Powley, T. L. (1977). Set points for body weight and fat. *Behavioral Biology*, 20(2), 205-223. [https://doi.org/10.1016/S0091-6773\(77\)90773-8](https://doi.org/10.1016/S0091-6773(77)90773-8)
- Mueller, M., D'Addario, M., Egger, M., Cevallos, M., Dekkers, O., Mugglin, C., & Scott, P. (2018). Methods to systematically review and meta-analyse observational studies : A systematic scoping review of recommendations. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0495-9>
- Muir, X., Preece, D. A., & Becerra, R. (2024). Alexithymia and eating disorder symptoms : The mediating role of emotion regulation. *Australian Psychologist*, 59(2), 121-131. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2236280>

- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (s. d.). *Self-Regulation and Depletion of Limited Resources : Does Self-Control Resemble a Muscle?*
- Musher-Eizenman, D. R., Goodman, L., Roberts, L., Marx, J., Taylor, M., & Hoffmann, D. (2019). An examination of food parenting practices : Structure, control and autonomy promotion. *Public Health Nutrition*, 22(5), 814-826. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003312>
- Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings : A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 51-59. <https://doi.org/10.1111/inm.12012>
- Nagata, J. M., Garber, A. K., Tabler, J. L., Murray, S. B., & Bibbins-Domingo, K. (2018). Prevalence and Correlates of Disordered Eating Behaviors Among Young Adults with Overweight or Obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 33(8), 1337-1343. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4465-z>
- Näring, G., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Relationships Between Self-Reported Potentially Traumatizing Events, Psychoform and Somatoform Dissociation, and Absorption, in Two Non-Clinical Populations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 982-988. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01701.x>
- Nelson, J. D., Cuellar, A. E., Cheskin, L. J., & Fischer, S. (2022). Eating Disorders and Posttraumatic Stress Disorder : A Network Analysis of the Comorbidity. *Behavior Therapy*, 53(2), 310-322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.09.006>
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic Illness : A Problem in Communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1/6), 154-160.
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S. J., Smolak, L., Piran, N., & Wertheim, E. H. (2006). Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating : What Next? *Eating Disorders*, 14(4), 265-285. <https://doi.org/10.1080/10640260600796184>
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006). Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents : How Do Dieters Fare 5 Years Later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), 559-568. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.01.003>
- Nicholls, W., Devonport, T. J., & Blake, M. (2015). The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obesity Reviews*. <https://doi.org/10.1111/obr.12329>
- Nijenhuis, E. (2006). *DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ ET TRAUMA*.
- Nilsson, D., Lejonclou, A., & Holmqvist, R. (2020a). Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1664631>

- Nilsson, D., Lejonclou, A., & Holmqvist, R. (2020b). Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1664631>
- Nilsson, D., Lejonclou, A., & Holmqvist, R. (2020c). Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1664631>
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The Emotion Reactivity Scale : Development, Evaluation, and Relation to Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Behavior Therapy*, 39(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology : Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Nordgren, L., Ghaderi, A., Ljótsson, B., & Hesser, H. (2022). Identifying subgroups of patients with eating disorders based on emotion dysregulation profiles : A factor mixture modeling approach to classification. *Psychological Assessment*, 34(4), 367-378. <https://doi.org/10.1037/pas0001103>
- Novak, E. T. (2018). Trauma-Sensitive Mindfulness : Practices for Safe and Transformative Healing. *Transactional Analysis Journal*. <https://doi.org/10.1080/03621537.2018.1471295>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders : A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Núñez-Regueiro, F., & Núñez-Regueiro, S. (2021). Identifying Salient Stressors of Adolescence : A Systematic Review and Content Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(12), 2533-2556. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01492-2>
- Nylund-Gibson, K., & Choi, A. Y. (2018a). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440-461. <https://doi.org/10.1037/tps0000176>
- Nylund-Gibson, K., & Choi, A. Y. (2018b). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440-461. <https://doi.org/10.1037/tps0000176>
- Obeid, N., Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K. A., Schubert, N., Tasca, G., Thai, H., & Goldfield, G. (2022). Examining Shared Pathways for Eating Disorders and Obesity in a Community Sample of Adolescents : The REAL Study. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.805596>

- O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology, 27*(1, Suppl), S20-S31. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.S20>
- Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *The Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 263-279, xi-xii. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012>
- Ohly, H., White, M. P., Wheeler, B. W., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Nikolaou, V., & Garside, R. (2016). Attention Restoration Theory : A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B, 19*(7), 305-343. <https://doi.org/10.1080/10937404.2016.1196155>
- Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019a). Anorexia nervosa and a lost emotional self : A psychological formulation of the development, maintenance, and treatment of anorexia nervosa. *Frontiers in psychology, 10*, 219.
- Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019b). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self : A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>
- O'Loughlen, E., Galligan, R., & Grant, S. (2023). The functions of binge eating scale (FBES) : Development and preliminary psychometric validation. *Appetite, 183*, 106479. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106479>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J., & Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies, 49*(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.002>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, n71*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pak, K. N., Nelson, J., Adams, L. M., & Fischer, S. (2021). Mixture Modeling of Nonsuicidal Self-Injury and Binge Eating : Behaviors and Motives. *Behavior Therapy, Interoceptive Dysfunction and Suicidality, 52*(5), 1265-1276. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.02.005>

- Palfreyman, Z., Haycraft, E., & Meyer, C. (2012). Development of the Parental Modelling of Eating Behaviours Scale (PARM) : Links with food intake among children and their mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 617-629. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00438.x>
- Palfreyman, Z., Haycraft, E., & Meyer, C. (2015). Parental modelling of eating behaviours : Observational validation of the Parental Modelling of Eating Behaviours scale (PARM). *Appetite*, 86, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.008>
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders : Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 366-386. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.001>
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., Susca, G., Traetta, D., Sarracino, D., & Vanderlinden, J. (2018). Childhood Traumatic Experiences and Dissociative Phenomena in Eating Disorders : Level and Association with the Severity of Binge Eating Symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*. (world). <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15299732.2017.1304490>
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder : A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>
- Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Structure and Function*, 214(5-6), 451-463. <https://doi.org/10.1007/s00429-010-0258-9>
- Pearson, C. M., Wonderlich, S. A., & Smith, G. T. (2015). A risk and maintenance model for bulimia nervosa : From impulsive action to compulsive behavior. *Psychological Review*, 122(3), 516-535. <https://doi.org/10.1037/a0039268>
- Pearson, C. M., Zapolski, T. C. B., & Smith, G. T. (2015). A Longitudinal Test of Impulsivity and Depression Pathways to Early Binge Eating Onset. *The International journal of eating disorders*, 48(2), 230-237. <https://doi.org/10.1002/eat.22277>
- Pedrini, L., Meloni, S., Lanfredi, M., Ferrari, C., Geviti, A., Cattaneo, A., & Rossi, R. (2022). Adolescents' mental health and maladaptive behaviors before the Covid-19 pandemic and 1-year after : Analysis of trajectories over time and associated factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00474-x>
- Pellegrini, R. A., Finzi, S., Veglia, F., & Di Fini, G. (2021). Narrative and Bodily Identity in Eating Disorders : Toward an Integrated Theoretical-Clinical Approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 785004. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.785004>
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M. J., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2152109. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152109>

- Pereira, R. F., & Alvarenga, M. (2007). *Disordered Eating : Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders*. 20(3).
- Piedfort-Marin, O. (2022). Traitement des souvenirs traumatiques : Accéder à l'instant de dissociation et promouvoir l'intégration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100252. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100252>
- Pignatelli, A., Wampers, L., Loredi, C., Biondi, & Vanderlinden, J. (2016). Childhood neglect in eating disorders : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing : A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.2.193>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed : False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57(9), 677-689. (2002-15790-001). <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.9.677>
- Polivy, J., Herman, C. P., Younger, J. C., & Erskine, B. (1979a). Effects of a model on eating behavior : The induction of a restrained eating style¹. *Journal of Personality*, 47(1), 100-117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1979.tb00617.x>
- Polivy, J., Herman, C. P., Younger, J. C., & Erskine, B. (1979b). Effects of a model on eating behavior : The induction of a restrained eating style¹. *Journal of Personality*, 47(1), 100-117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1979.tb00617.x>
- Pollatos, O., Kurz, A.-L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schöpf, V., Kopietz, R., Wiesmann, M., & Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 9(4), 381-388. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.02.001>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory : Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation* (p. xvii, 347). W. W. Norton & Company.
- Porges, S. W. (2022). Polyvagal Theory : A Science of Safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
- Prefit, A.-B., Căndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology : A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Presseller, E. K., Lampe, E. W., Nunez, N., & Juarascio, A. S. (2022). Latent profiles of dietary restraint among individuals with binge-spectrum eating disorders : Associations with eating disorder symptom severity. *The International Journal of Eating Disorders*, 55(12), 1843-1852. <https://doi.org/10.1002/eat.23816>
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation : Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT). *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>

- Provencher, V., Polivy, J., & Herman, C. P. (2009). Perceived healthiness of food. If it's healthy, you can eat more! *Appetite*, 52(2), 340-344. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.005>
- Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D., & Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439-454. <https://doi.org/10.1002/eat.22506>
- Pugh, M., & Waller, G. (2017). Understanding the 'Anorexic Voice' in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 670-676. <https://doi.org/10.1002/cpp.2034>
- Pugh, M., Waller, G., & Esposito, M. (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child Abuse & Neglect*, 86, 197-205. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.005>
- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>
- Pustejovsky, J. E., Hedges, L. V., & Shadish, W. R. (2014). Design-Comparable Effect Sizes in Multiple Baseline Designs : A General Modeling Framework. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 39(5), 368-393.
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M.-A., Horczak, P., & Vervaet, M. (2021). Differences in the use of emotion regulation strategies between anorexia and bulimia nervosa : A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 109, 152262. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152262>
- Queiroz, F. L. N. de, Raposo, A., Han, H., Nader, M., Ariza-Montes, A., & Zandonadi, R. P. (2022). Eating Competence, Food Consumption and Health Outcomes : An Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph19084484>
- Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M. J., Pamies Aubalat, L., Botella Ausina, J., & Et., A. (2012). Peer and family influence in eating disorders : A meta-analysis. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>
- Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M. J., Pamies Aubalat, L., Botella Ausina, J., & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders : A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>
- Quilliot, D., Brunaud, L., Mathieu, J., Quenot, C., Sirveaux, M.-A., Kahn, J.-P., Ziegler, O., & Witkowski, P. (2019). Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 276, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.008>
- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2020a). Child Trauma Experiences and Dissociative Symptoms in Women with Eating Disorders : Case-Control Study. *Children*, 7(12), 274. <https://doi.org/10.3390/children7120274>

- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2020b). Child Trauma Experiences and Dissociative Symptoms in Women with Eating Disorders : Case-Control Study. *Children*, 7(12), 274. <https://doi.org/10.3390/children7120274>
- Rabito-Alcón, M. F., González-Vázquez, A., & Baile, J. I. (2025). The Role of Disgust Emotion in Eating Disorders and Its Relationship with Dissociative Symptoms. *Healthcare*, 13(8), 954. <https://doi.org/10.3390/healthcare13080954>
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa : An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 55-58. <https://doi.org/10.1002/eat.22364>
- READ, J. (2006). Breaking the silence : Learning why, when and how to ask about trauma, and how to respond to disclosures. In *Trauma and Psychosis*. Routledge.
- Reddemann, L., & Piedfort-Marin, O. (2017). Stabilization in the treatment of complex post-traumatic stress disorders : Concepts and principles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.01.009>
- Reichenberger, J., Kuppens, P., Liedlgruber, M., Wilhelm, F. H., Tiefengrabner, M., Ginzinger, S., & Blechert, J. (2018). No haste, more taste : An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior. *Biological Psychology*, 131, 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.09.002>
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A., Richard, A., Voderholzer, U., Naab, S., & Blechert, J. (2021). Emotional eating across different eating disorders and the role of body mass, restriction, and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 773-784. <https://doi.org/10.1002/eat.23477>
- Resick, P. A., & Schnicke, M. (1993). *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims : A Treatment Manual*. SAGE.
- Riddle, D. R., Presseller, E. K., Manasse, S. M., & Juarascio, A. S. (2023). Latent profiles of emotion dysregulation among individuals with binge-spectrum eating disorders : Associations with eating disorder pathology. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 31(6), 793-801. <https://doi.org/10.1002/erv.3009>
- Rienecke, R. D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J., Mehler, P. S., Duffy, A., McClanahan, S., & Blalock, D. V. (2022). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders : Comparison to a nationally representative sample and identification of trauma profiles. *Journal of eating disorders*, 10(1), 72.
- Rijkers, C., Schoorl, M., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2019). Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 510-517. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000545>

- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment : The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119-130. <https://doi.org/10.1002/erv.761>
- Roberts, M. E., Barthel, F. M.-S., Lopez, C., Tchanturia, K., & Treasure, J. L. (2011). Development and validation of the Detail and Flexibility Questionnaire (DFlex) in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12(3), 168-174. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.04.001>
- Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2041831. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>
- Rodgers, R. F., DuBois, R., Thiebaut, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Seneque, M., Lefebvre, P., Renard, E., Courtet, P., & Guillaume, S. (2019). Structural differences in eating disorder psychopathology after history of childhood abuse : Insights from a Bayesian network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(8), 795-805. <https://doi.org/10.1037/abn0000470>
- Rodgers, R. F., Faure, K., & Chabrol, H. (2009). Gender Differences in Parental Influences on Adolescent Body Dissatisfaction and Disordered Eating. *Sex Roles*, 61(11), 837-849. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9690-9>
- Rodrigues, T. F., Ramos, R., Vaz, A. R., Brandão, I. M., Fernandez-Aranda, F., & Machado, P. P. P. (2022). The mediating role of self-criticism, experiential avoidance and negative urgency on the relationship between ED-related symptoms and difficulties in emotion regulation. *European Eating Disorders Review*, 30(6), 760-771. <https://doi.org/10.1002/erv.2914>
- Roefs, A., Fried, E. I., Kindt, M., Martijn, C., Elzinga, B., Evers, A. W. M., Wiers, R. W., Borsboom, D., & Jansen, A. (2022). A new science of mental disorders : Using personalised, transdiagnostic, dynamical systems to understand, model, diagnose and treat psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 153, 104096. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104096>
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors during Adolescence : Implications for Prevention Efforts. *The International journal of eating disorders*, 48(2), 187-198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- Romano, K. A., Peterson, C. B., Forester, G., Wonderlich, J. A., Wonderlich, S. A., Engel, S. E., & Crosby, R. D. (2025). Momentary Meditational Associations Among Affect, Emotion Dysregulation, and Different Types of Loss of Control Eating Among Adults With Binge Eating Disorder.

- International Journal of Eating Disorders*, 58(6), 1072-1084.
<https://doi.org/10.1002/eat.24415>
- Rossi, E., Cassioli, E., Dani, C., Marchesoni, G., Monteleone, A. M., Wonderlich, S. A., Ricca, V., & Castellini, G. (2024a). The maltreated eco-phenotype of eating disorders : A new diagnostic specifier? A systematic review of the evidence and comprehensive description. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 160, 105619. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105619>
- Rossi, E., Cassioli, E., Dani, C., Marchesoni, G., Monteleone, A. M., Wonderlich, S. A., Ricca, V., & Castellini, G. (2024b). The maltreated eco-phenotype of eating disorders : A new diagnostic specifier? A systematic review of the evidence and comprehensive description. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 160, 105619. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105619>
- Rossi, L., & Isnard, P. (2023). Obesity and PTSD : A review on this association from childhood to adulthood. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(6), 320-324.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.03.004>
- Rousseau, A., Knotter, R.-M., Barbe, R.-M., Raich, R.-M., & Chabrol, H. (2005). Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale*, 31(2), 162-173.
[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82383-8](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82383-8)
- Rozin, P., & Vollmecke, T. A. (1986). Food likes and dislikes. *Annual review of nutrition*, 6(1), 433-456.
- Ruderman, A. J. (1985). Dysphoric mood and overeating : A test of restraint theory's disinhibition hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 78-85. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.94.1.78>
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder : Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior therapy*, 41(1), 106-120.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>
- Sala, M., Keshishian, A., Song, S., Moskowitz, R., Bulik, C. M., Roos, C. R., & Levinson, C. A. (2023). Predictors of relapse in eating disorders : A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 281-299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.002>
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology : A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 834-851.
<https://doi.org/10.1002/eat.23247>
- Salias, C., Gross, J. J., Petrova, K., Forbush, K. T., & Preece, D. A. (2025a). Eating disorder symptoms and profiles of emotion regulation strategy use. *Journal of Affective Disorders*, 380, 94-103.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.050>

- Salias, C., Gross, J. J., Petrova, K., Forbush, K. T., & Preece, D. A. (2025b). Eating disorder symptoms and profiles of emotion regulation strategy use. *Journal of Affective Disorders*, 380, 94-103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.050>
- Salkovskis, P. M. (1991). The Importance of Behaviour in the Maintenance of Anxiety and Panic : A Cognitive Account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6-19. <https://doi.org/10.1017/S0141347300011472>
- Salmona, M. (2018a). Chapitre 7. L'amnésie traumatique : Un mécanisme dissociatif pour survivre. In *Victimologie* (p. 71-85). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2018.02.0071>
- Salmona, M. (2018b). La mémoire traumatique : Violences sexuelles et psycho-trauma: *Les Cahiers de la Justice*, N° 1(1), 69-87. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>
- Salvi, J. (2019). Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Emergency medicine practice*, 21(5), CD3-CD4.
- Sandhu, D., Dougherty, E. N., & Haedt-Matt, A. (2023). PTSD symptoms as a potential mediator of associations between military sexual assault and disordered eating. *Eating Disorders*, 31(3), 285-299. <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2133586>
- Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M. J., & Fullerton, C. S. (2013). A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations : Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. *PLoS ONE*, 8(4), e59236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059236>
- Sarin, S., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). The dangers of dwelling : An examination of the relationship between rumination and consumptive coping in survivors of childhood sexual abuse. *Cognition & Emotion*, 24(1), 71-85. <https://doi.org/10.1080/02699930802563668>
- Satter, E. (2000). A Moderate View on Fat Restriction for Young Children. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(1), 32-36. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00013-4](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00013-4)
- Satter, E. (2007). Eating Competence : Definition and Evidence for the Satter Eating Competence Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(5), S142-S153. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.01.006>
- Saure, E., Raevuori, A., Laasonen, M., & Lepistö-Paisley, T. (2022). Emotion recognition, alexithymia, empathy, and emotion regulation in women with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01496-2>
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental Influence on Eating Behavior. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22-34. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>

- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., & Et., A. (2018). Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(5), 734-760. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.12.024>
- Scharff, A., Ortiz, S. N., Forrest, L. N., & Smith, A. R. (2021). Comparing the clinical presentation of eating disorder patients with and without trauma history and/or comorbid PTSD. *Eating Disorders*, 29(1), 88-102. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642035>
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress. *Zeitschrift für Psychologie*, 218. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44(4), 695-729. <https://doi.org/10.1177/0539018405058216>
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable : Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106-128. <https://doi.org/10.1037/a0038019>
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006a). Anorexia nervosa : Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006b). Anorexia nervosa : Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Schmidt, U., Wade, T. D., & Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) : Development, Key Features, and Preliminary Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48>
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Epskamp, S., & Et., A. (2013). Deconstructing the construct : A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.02.007>
- Schmitz, M., Back, S. N., Seitz, K. I., Harbrecht, N. K., Streckert, L., Schulz, A., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2023). The impact of traumatic childhood experiences on interoception : Disregarding one's own body. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00212-5>
- Schwartz, R. C. (1995). *Internal Family Systems Therapy, Second Edition*. Routledge & CRC Press. <https://www.routledge.com/Internal-Family-Systems-Therapy-Second-Edition/Schwartz-Schwartz-Sweezy/p/book/9781462541461>

- Selby, E. A., Bodell, L. P., & Haynos, A. F. (2024). Editorial : Positive emotion dysregulation in eating disorders and dysregulated eating behaviors. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1437889>
- Serpell, L., Hirani, V., Willoughby, K., Neiderman, M., & Lask, B. (2006). Personality or pathology? : Obsessive–compulsive symptoms in children and adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 404-413. <https://doi.org/10.1002/erv.742>
- Seth, A. K. (2013). Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(11), 565-573. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.09.007>
- Seth, A. K., & Friston, K. J. (2016). Active interoceptive inference and the emotional brain. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1708), 20160007. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0007>
- Shapiro, F. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 209-218. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(96\)00029-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(96)00029-8)
- Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2014). Dimensions of Early Experience and Neural Development : Deprivation and Threat. *Trends in cognitive sciences*, 18(11), 580-585. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.09.001>
- Shiffman, S., Stone, A., & Hufford, M. (2008). Ecological Momentary Assessment. *Annual review of clinical psychology*, 4, 1-32. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Shisslak, C. M., & Crago, M. (2001). Risk and protective factors in the development of eating disorders. In *Body image, eating disorders, and obesity in youth : Assessment, prevention, and treatment* (p. 103-125). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10404-004>
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209-219. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199511\)18:3%3C209::AID-EAT2260180303%3E3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199511)18:3%3C209::AID-EAT2260180303%3E3.0.CO;2-E)
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., THE COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION, AND DEPENDENT CARE, AND SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS, Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shonkoff, J. P., Richter, L., Van Der Gaag, J., & Bhutta, Z. A. (2012). An Integrated Scientific Framework for Child Survival and Early Childhood Development. *Pediatrics*, 129(2), e460-e472. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0366>

- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind : Third Edition: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/The-Developing-Mind/Daniel-Siegel/9781462542758?srsId=AfmBOor8AXpOlhSxOjsZgSvPxaBvmckECAVSBSEzJ6GHqilgEsPxS4YH>
- Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of « Alexithymic » Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2/6), 255-262.
- Siqueland, J., Hussain, A., Lindstrøm, J. C., Ruud, T., & Et., A. (2017). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Persons with Chronic Pain: A Meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00164>
- Slane, J. D., Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Developmental Trajectories of Disordered Eating from Early Adolescence to Young Adulthood : A Longitudinal Study. *The International journal of eating disorders*, 47(7), 793-801. <https://doi.org/10.1002/eat.22329>
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders : Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Eating disorders and suicidality : What we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*, 22, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.023>
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse : Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261-271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>
- Smith, K. E., Hayes, N. A., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2017). Emotional reactivity in a clinical sample of patients with eating disorders and nonsuicidal self-injury. *Psychiatry research*, 257, 519-525. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.014>
- Smyth, J., Wonderlich, S., Heron, K., Sliwinski, M., Crosby, R., Mitchell, J., & Engel, S. (2007). Daily and Momentary Mood and Stress Are Associated With Binge Eating and Vomiting in Bulimia Nervosa Patients in the Natural Environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 629-638. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.629>
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., De Toffol, M., Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A. F., Steinhausen, H.-C., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders : A transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), 124-138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>

- Speakman, J. R., Levitsky, D. A., Allison, D. B., Bray, M. S., & Et., A. (2011). Set points, settling points and some alternative models : Theoretical options to understand how genes and environments combine to regulate body adiposity. *Disease Models & Mechanisms*. <https://doi.org/10.1242/dmm.008698>
- Spurk, D., Hirschi, A., Wang, M., Valero, D., & Kauffeld, S. (2020). Latent profile analysis : A review and “how to” guide of its application within vocational behavior research. *Journal of Vocational Behavior*, 120, 103445. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103445>
- Srivastava, P., Lampe, E. W., Michael, M. L., Manasse, S., & Juarascio, A. S. (2021). Stress appraisal prospectively predicts binge eating through increases in negative affect. *Eating and weight disorders : EWD*, 26(7), 2413-2420. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01082-4>
- Steegers, C., Dieleman, G., Moskalenko, V., Santos, S., Hillegers, M., White, T., & Jansen, P. W. (2021). The longitudinal relationship between set-shifting at 4 years of age and eating disorder related features at 9 years of age in the general pediatric population. *International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2180-2191. <https://doi.org/10.1002/eat.23633>
- Stevenson, M. P., Schilhab, T., & Bentsen, P. (2018). Attention Restoration Theory II : A systematic review to clarify attention processes affected by exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*. <https://doi.org/10.1080/10937404.2018.1505571>
- Stevenson, R. J., & Francis, H. M. (2017). The hippocampus and the regulation of human food intake. *Psychological bulletin*, 143(10), 1011.
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 931-944. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00074-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00074-6)
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E. (2016). Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset : Evidence from Prospective Studies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(Volume 12, 2016), 359-381. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317>
- Stice, E., & Presnell, K. (2007). *The body project : Promoting body acceptance and preventing eating disorders*. Oxford University Press.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls : A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131-138. (2002-00946-003). <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.2.131>

- Stice, E., & Van Ryzin, M. J. (2019). A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(2), 119-128. <https://doi.org/10.1037/abn0000400>
- Stice, E., Ziemba, C., Margolis, J., & Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls : Testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy, 27*(4), 531-549. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80042-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80042-6)
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments : Toward a social ecology of health promotion. *American psychologist, 47*(1), 6.
- Stone, A. A., & Brownell, K. D. (1994). The stress-eating paradox : Multiple daily measurements in adult males and females. *Psychology and Health, 9*(6), 425-436.
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments : Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health, 29*, 253-272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist, 62*(3), 181.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders, 8*(5), 499-509. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198909\)8:5%3C499::AID-EAT2260080502%3E3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198909)8:5%3C499::AID-EAT2260080502%3E3.0.CO;2-A)
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985a). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research, 29*(1), 71-83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985b). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research, 29*(1), 71-83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Subramanian, M., & Thaiss, C. A. (2024). Interoceptive inference and prediction in food-related disorders. *Genes & Development, 38*(17-20), 808-813. <https://doi.org/10.1101/gad.352301.124>
- Sumithran, P., & Proietto, J. (2012). The defence of body weight : A physiological basis for weight regain after weight loss. *Clinical Science*. <https://doi.org/10.1042/CS20120223>
- Suwalska, J., & Bogdański, P. (2021). Social Modeling and Eating Behavior—A Narrative Review. *Nutrients, 13*(4), 1209. <https://doi.org/10.3390/nu13041209>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders : A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research, 197*(1), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>

- Svaldi, J., Tuschen-Caffier, B., Trentowska, M., Caffier, D., & Naumann, E. (2014). Differential caloric intake in overweight females with and without binge eating : Effects of a laboratory-based emotion-regulation training. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.008>
- Svaldi, J., Werle, D., Naumann, E., Eichler, E., & Berking, M. (2019). Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 115, 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.005>
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-Injurious Behavior and Eating Disorders : The Extent and Nature of the Association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409-421. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.409>
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift : Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319-333. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>
- Sweeney, A., & Taggart, D. (2018). (Mis)understanding trauma-informed approaches in mental health. *Journal of Mental Health*, 27(5), 383-387. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1520973>
- Symphor, W., Rault, A., Plasonja, N., & Décamps, G. (2024). Phénomènes de prise de poids lors du sevrage alcoolique : Mécanismes explicatifs et recommandations thérapeutiques. *Médecine des Maladies Métaboliques, L'alcool : le danger de l'addiction*, 18(6), 502-508. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2024.08.008>
- Talmon, A., & Tsur, N. (2021). Intergenerational transmission of childhood maltreatment and eating disorder behaviors : Shedding light on the mother-daughter dyad and grandmother-mother-daughter triad. *Children and Youth Services Review*, 129, 106209. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106209>
- Tanofsky-Kraff, M., & Yanovski, S. Z. (2004). Eating Disorder or Disordered Eating? Non-normative Eating Patterns in Obese Individuals. *Obesity Research*, 12(9), 1361-1366. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.171>
- Tapajóz P. De Sampaio, F., Soneira, S., Aulicino, A., Harris, P., & Allegri, R. F. (2015). Emotional reactivity to social stimuli in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 229(3), 887-894. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.049>
- Tarlow, K. R. (2017). An Improved Rank Correlation Effect Size Statistic for Single-Case Designs : Baseline Corrected Tau. *Behavior Modification*, 41(4), 427-467. <https://doi.org/10.1177/0145445516676750>
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders : A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>

- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., & Et., A. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical Therapy*. <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1>
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., Treasure, J., & Morris, R. (2012). Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders : Examining the Evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS ONE*, 7(1), e28331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028331>
- Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., & Treasure, J. (2011). Cognitive Flexibility and Clinical Severity in Eating Disorders. *PLoS ONE*, 6(6), e20462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020462>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology : A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American journal of psychiatry*, 170(10), 1114-1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences (. *Journal of Abnormal Psychology*. <https://doi.org/10.1037/h0036681>
- Tenconi, E., Santonastaso, P., Degortes, D., Bosello, R., & Et., A. (2010). Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls : Exploring putative endophenotypes. *The World Journal of Biological Psychiatry*. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.483250>
- Terr, L. C. (1984). Time and Trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*. <https://doi.org/10.1080/00797308.1984.11823446>
- Teyssseyre, J., Tapia, G., Raysséguier, C., Chami, L., Gissot, V., & El-Hage, W. (2026). Latent profiles of PTSD and CPTSD : The importance of emotional hypoactivation. *European Journal of Psychotraumatology*, 17(1), 2661294. <https://doi.org/10.1080/20008066.2026.2661294>
- Thomas, R., Siliquini, R., Hillegers, M. H., & Jansen, P. W. (2020a). The association of adverse life events with children's emotional overeating and restrained eating in a population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1709-1718. <https://doi.org/10.1002/eat.23351>
- Thomas, R., Siliquini, R., Hillegers, M. H., & Jansen, P. W. (2020b). The association of adverse life events with children's emotional overeating and restrained eating in a population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1709-1718. <https://doi.org/10.1002/eat.23351>
- Thornley, E., Vorstenbosch, V., & Frewen, P. (2016). Gender differences in perceived causal relations between trauma-related symptoms and eating disorders in online community and inpatient samples. *Traumatology*, 22(3), 222-232. <https://doi.org/10.1037/trm0000071>

- Toni, G., Berioli, M. G., Cerquiglini, L., Ceccarini, G., Grohmann, U., Principi, N., & Esposito, S. (2017). Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Nutrients*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/nu9080906>
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Lilienfeld, L. R., Berrettini, W. H., Bulik, C. M., & Kaye, W. H. (2005). Symptom Fluctuation in Eating Disorders : Correlates of Diagnostic Crossover. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 732-740. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.732>
- Treasure, J., Hübel, C., & Himmerich, H. (2022). The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders : Implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*, 21(1), 147-148. <https://doi.org/10.1002/wps.20935>
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013a). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited : A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013b). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited : A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>
- Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Clark Bryan, D., Rowlands, K., & Schmidt, U. (2020a). Cognitive Interpersonal Model for Anorexia Nervosa Revisited : The Perpetuating Factors that Contribute to the Development of the Severe and Enduring Illness. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 630. <https://doi.org/10.3390/jcm9030630>
- Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Clark Bryan, D., Rowlands, K., & Schmidt, U. (2020b). Cognitive Interpersonal Model for Anorexia Nervosa Revisited : The Perpetuating Factors that Contribute to the Development of the Severe and Enduring Illness. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 630. <https://doi.org/10.3390/jcm9030630>
- Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-Sensitive Mindfulness : Practices for Safe and Transformative Healing*. W. W. Norton & Company.
- Trethewey, E., Evans, S., McIver, S., De Manincor, M., Janakiraman, J., Iyer, A. V., & O'Shea, M. (2025). Consensus-Based Recommendations for Yoga as Adjunct Therapy in Eating Disorder Treatment : A Delphi Study. *International Journal of Eating Disorders*, 58(6), 1113-1129. <https://doi.org/10.1002/eat.24420>

- Trethewey, E., Evans, S., McIver, S., O'Brien, J., Lowndes, J., Pepin, G., & O'Shea, M. (2023). One size may not fit all : A mapping review of yoga-based interventions for the treatment of eating disorders. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 53, 101779. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101779>
- Trethewey, E., McIver, S., Evans, S., O'Brien, J., & O'Shea, M. (2023). Yoga as an adjunct treatment for the eating disorders : A qualitative enquiry of clinician perspectives. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 53, 101796. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101796>
- Tribole, & Resch. (1995). *Intuitive eating : A recovery book for the chronic dieter : rediscover the pleasures of eating and rebuild your body image*. 1st ed. <https://agris.fao.org/search/en/providers/123819/records/6473604908fd68d54603dbd1>
- Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M. K., & Mitchison, D. (2021). Emotion Dysregulation within the CBT-E Model of Eating Disorders : A Narrative Review. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 1021-1036. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10225-5>
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders : State of the Research and Future Research Directions. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
- Trottier, K., MacDonald, D. E., & Liebman, R. (2026). Managing Post traumatic Stress Disorder in Eating Disorder Treatment. *Psychiatric Clinics*, 49(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.08.007>
- Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., & Crosby, R. D. (2022). Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 52(3), 587-596. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004967>
- Trottier, K., Wonderlich, S. A., Monson, C. M., Crosby, R. D., & Olmsted, M. P. (2016). Investigating posttraumatic stress disorder as a psychological maintaining factor of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 455-457. <https://doi.org/10.1002/eat.22516>
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A Preliminary Investigation of the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001>
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226-240. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 42-50. (134324791). <https://doi.org/10.1002/eat.23004>

- Ulrich, R., Simons, R., Losito, B., Fiorito, E., Miles, M., & Zelson, M. (1991). Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11 : 201-230. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- Van Borkulo, C. D., Van Bork, R., Boschloo, L., Kossakowski, J. J., Tio, P., Schoevers, R. A., Borsboom, D., & Waldorp, L. J. (2023). Comparing network structures on three aspects : A permutation test. *Psychological Methods*, 28(6), 1273-1285. <https://doi.org/10.1037/met0000476>
- Van Der Hart, O. (2021). Trauma-related dissociation : An analysis of two conflicting models. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100210. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100210>
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-Related Dissociation : Conceptual Clarity Lost and Found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- Van Der Kolk, B. (2015). The Body Keeps the Score : Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. *Journal of Sex & Marital Therapy*. <https://doi.org/0143127748>
- Van Der Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score : Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265. <https://doi.org/10.3109/10673229409017088>
- Van Der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an Adjunctive Treatment for Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(06), e559-e565. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561>
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2%3C295::AID-EAT2260050209%3E3.0.CO;2-T)
- Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., Engels, R. C. M. E., & De Weerth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58(1), 277-284. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.10.005>
- van Beers, E., de Vries, I., Planting, C., Christ, C., de Beurs, E., & van den Berg, E. (2025). Biological treatments for co-occurring eating disorders and psychological trauma : A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1523269.

- van Borkulo, C. D., van Bork, R., Boschloo, L., Kossakowski, J. J., Tio, P., Schoevers, R. A., Borsboom, D., & Waldorp, L. J. (2023). Comparing network structures on three aspects : A permutation test. *Psychological Methods*, 28(6), 1273-1285. <https://doi.org/10.1037/met0000476>
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Et., A. (1993). The dissociation questionnaire (DIS-Q) : Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.5640010105>
- van Strien, T., Frijters, J. E. R., van Staveren, W. A., Defares, P. B., & Deurenberg, P. (1986). The predictive validity of the Dutch Restrained Eating Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 747-755. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198605\)5:4%3C747::AID-EAT2260050413%3E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198605)5:4%3C747::AID-EAT2260050413%3E3.0.CO;2-6)
- Vanzhula, I. A., Calebs, B., Fewell, L., & Levinson, C. A. (2018a). Illness pathways between eating disorder and post-traumatic stress disorder symptoms : Understanding comorbidity with network analysis. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2634>
- Vanzhula, I. A., Calebs, B., Fewell, L., & Levinson, C. A. (2018b). Illness pathways between eating disorder and post-traumatic stress disorder symptoms : Understanding comorbidity with network analysis. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2634>
- Vanzhula, I., Calebs, B., Fewell, L., & Levinson, C. A. (2019). Illness Pathways between Eating Disorder and Post Traumatic Stress Disorder Symptoms : Understanding Comorbidity with Network Analysis. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 27(2), 147-160. <https://doi.org/10.1002/erv.2634>
- Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P. J., Musher-Eizenman, D. R., O'Connor, T. M., Patrick, H., & Power, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices : A content map to guide future research. *Nutrition Reviews*, 74(2), 98-117. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M., & Teixeira, P. J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation : A self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-21>
- Vervaet, M., Puttevils, L., Hoekstra, R. H. A., Fried, E., & Vanderhasselt, M. (2021). Transdiagnostic vulnerability factors in eating disorders : A network analysis. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 86-100. <https://doi.org/10.1002/erv.2805>
- Vidaña, A. G., Forbush, K. T., Barnhart, E. L., Mildrum Chana, S., & Et., A. (2020). Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eating Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101426>

- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00012-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00012-9)
- Voon, V., Derbyshire, K., Rück, C., Irvine, M. A., Worbe, Y., Enander, J., Schreiber, L. R. N., Gillan, C., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J., Robbins, T. W., Harrison, N. A., Wood, J., Daw, N. D., Dayan, P., Grant, J. E., & Bullmore, E. T. (2015). Disorders of compulsivity : A common bias towards learning habits. *Molecular Psychiatry*, 20(3), 345-352. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.44>
- Wade, T. D., & Waller, G. (2025). Transdiagnostic single-session interventions identify rapid versus gradual responders and inform therapy personalisation before commencing therapy for eating disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2547977>
- Wade, T. D., Wilksch, S. M., & Lee, C. (2012). A longitudinal investigation of the impact of disordered eating on young women's quality of life. *Health Psychology*, 31(3), 352-359. <https://doi.org/10.1037/a0025956>
- Waller, G., & Beard, J. (2024). Recent Advances in Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders (CBT-ED). *Current Psychiatry Reports*, 26(7), 351-358. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01509-0>
- Waller, G., & Kyriacou Marcoulides, O. (2013). Safety Behaviours in Eating Disorders : Factor Structure and Clinical Validation of the Brief Safety Behaviours Scale. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 257-261. <https://doi.org/10.1002/erv.2208>
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 387-397. <https://doi.org/10.1348/014466501163878>
- Walsh, B. T. (2011). The Importance of Eating Behavior in Eating Disorders. *Physiology & behavior*, 104(4), 525-529. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.05.007>
- Wang, S. B., Jones, P. J., Dreier, M., Elliott, H., & Et., A. (2018). Core psychopathology of treatment-seeking patients with binge-eating disorder : A network analysis investigation. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002702>
- Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalglish, T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K. A., Michelini, G., Nelson, B. D., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waldman, I., Witthöft, M., Wright, A. G. C., ... Workgroup, H. U. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) : III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry*, 21(1), 26-54. <https://doi.org/10.1002/wps.20943>

- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Hanscombe, K. B., Purves, K. L., Adan, R. A. H., Alfredsson, L., Ando, T., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, 51(8), 1207-1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>
- Waugh, C. E., Wager, T. D., Fredrickson, B. L., Noll, D. C., & Et., A. (2008). The neural correlates of trait resilience when anticipating and recovering from threat. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. <https://doi.org/10.1093/scan/nsn024>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., Schnurr, P. P., & others. (2013). *The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5)*.
- Wehrly, S. E., Bonilla, C., Perez, M., & Liew, J. (2014). Controlling Parental Feeding Practices and Child Body Composition in Ethnically and Economically Diverse Preschool Children. *Appetite*, 73, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.11.009>
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders : Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66-81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>
- Westwood, H., & Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa : An Updated Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring Alexithymia, Depression, and Binge Eating in Self-Reported Eating Disorders in Women. *Perspectives in psychiatric care*, 41, 114-123. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2005.00022.x>
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Incorporating Dimensions into the Classification of Eating Disorders : Three Models and Their Implications for Research and Clinical Practice. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 396-403. <https://doi.org/10.1002/eat.22091>
- Williams, G. A., & Kibowski, F. (2015). Latent Class Analysis and Latent Profile Analysis. In L. A. Jason & D. S. Glenwick (Éds.), *Handbook of Methodological Approaches to Community-Based Research* (p. 143-152). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190243654.003.0015>
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., & Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders : An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.20074>

- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-Behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738. <https://doi.org/10.1177/0145445503259853>
- Wiss, D. A., & Brewerton, T. D. (2020a). Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity : A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Physiology & Behavior*, 223, 112964. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112964>
- Wiss, D. A., & Brewerton, T. D. (2020b). Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity : A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Physiology & Behavior*, 223, 112964. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112964>
- Witte, T. H., Jordan, H. R., & Michael, M. L. (2018). Posttraumatic Stress Symptoms and Binge Eating With Mental Escape Features. *Journal of Loss and Trauma*, 23(8), 684-697. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1500348>
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). A Latent Class Analysis of Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder : Evidence for a Dissociative Subtype. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 698-705. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1574>
- Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Dochat, C., & Afari, N. (2021). Understanding relationships between posttraumatic stress disorder symptoms, binge-eating symptoms, and obesity-related quality of life : The role of experiential avoidance. *Eating Disorders*, 29(3), 260-275. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1868062>
- Wooldridge, T. (2022). Binge eating disorder : The subjugation of the « hungry self ». *Psychoanalytic Psychology*, 39(4), 287-294. pdh (2022-59479-001). <https://doi.org/10.1037/pap0000408>
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., & Et., A. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity : A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000294>
- Ye, Q., Yang, Y., Qi, Y., Li, J., Lei, H., Sun, L., & Zhang, J. (2025). Global trends and hotspots of adolescent eating disorders : A bibliometric study and visual analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1608930. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1608930>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*, 3rd ed (p. x, 83). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Yurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology*, 17(2), 251-257. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2007.03.009>
- Zaccari, B., Higgins, M., Haywood, T. N., Patel, M., Emerson, D., Hubbard, K., Loftis, J. M., & Kelly, U. A. (2023). Yoga vs Cognitive Processing Therapy for Military Sexual Trauma–Related

- Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 6(12), e2344862. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44862>
- Zanola, A., Tshimanga, L. F., Meregalli, V., Atzori, M., & Collantoni, E. (s. d.). *Stratifying Eating Disorders with Clustering : From Diagnosis to Phenotypic Diversity*.
- Zanola, A., Tshimanga, L. F., Meregalli, V., Favaro, A., Atzori, M., & Collantoni, E. (2025). *Stratifying Eating Disorders with Clustering : From Diagnosis to Phenotypic Diversity* (p. 2025.08.25.25334344). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2025.08.25.25334344>
- Zeidan, R. K., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Kheir, N., Hallit, S., & Obeid, S. (2019). Validation of the Arabic version of the binge eating scale and correlates of binge eating disorder among a sample of the Lebanese population. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0270-2>
- Zelazo, P. D., & Cunningham, W. A. (2007). Executive Function : Mechanisms Underlying Emotion Regulation. In *Handbook of emotion regulation* (p. 135-158). The Guilford Press.
- Ziauddeen, H., Subramaniam, N., Gaillard, R., Burke, L. K., Farooqi, I. S., & Fletcher, P. C. (2012). Food images engage subliminal motivation to seek food. *International Journal of Obesity*, 36(9), 1245-1247. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.239>
- Ziegler, O., Mathieu, J., Böhme, P., & Witkowski, P. (2017). Le *Binge Eating Disorder* en 2017 : De l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(3), 237-245. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30063-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30063-9)

ANNEXES

1. Annexe 1 : Portfolio du candidat sur les activités réalisées pendant le doctorat.

FORMATIONS SCIENTIFIQUES ET DOCTORALES COMPLEMENTAIRES

Formations obligatoires Doctorants

- MOOC Éthique de la recherche
- MOOC Intégrité scientifique dans les métiers de la recherche
- Journée de l'École Doctorale
- Enseigner à l'université - Socle commun : Construire un enseignement

Formations facultatives

- Médiation scientifique : tout un « langage » à apprendre - Cap Sciences
- Enseigner à l'université - Socle personnalisé : Découvrir le Challenge Based Learning
- Enseigner à l'université - Socle personnalisé : Intégrer la gamification dans son enseignement
- Découvrir la science ouverte
- Valoriser ma thèse et mes publications scientifiques avec l'accès ouvert

Formations cliniques

- (Every)Body Project - Programme de prévention des troubles des conduites alimentaires (13 et 14 janvier 2025) - Etablissement d'Aide aux Troubles du Comportement Alimentaire (Endat)
- Colloque régional addictions et territoires en nouvelle aquitaine (ATNoA) (14 novembre 2024) Institut de Formation Aquitain pour les Professionnels de Santé, Bordeaux
- Catastrophes naturelles et Psychotraumatismes : savoir faire face et innover (20 juin 2024 - 21 juin 2024) aforCUMP- SFP (Centre Hospitalier Charles Perrens)
- Développement des Compétences Psycho-sociales (04 juin 2024 - 6 juin 2024) Association Francophone d'Éducation et de Promotion de la Santé - AFEPS
- Education thérapeutique du patient, Université de Bordeaux.
- Prise en charge du risque suicidaire, Association Rénovation, Bordeaux, France

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

Articles dans des Revues à Comités de Lecture (ACL)

Karimov-Zwienenberg, M., **Symphor, W.**, Peraud, W., & Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain : A systematic review. *PLOS ONE*, 19(8), e0309332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309332>

Symphor, W., Rault, A., Plasonja, N., & Décamps, G. (2024). Phénomènes de prise de poids lors du sevrage alcoolique : Mécanismes explicatifs et recommandations thérapeutiques. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 18(6), 502-508. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2024.08.008>

Symphor, W., Plasonja, N., Decamps, G. (in prep). Emotion (dys)regulation and trauma-related factors of binge eating: a PRISMA systematic review

Communications dans des conférences et évènements scientifiques

- Symphor, W.** ; Guillaume, S., Doranges, M., Chatelain, R., Sénèque, M., Décamps, G. (2026). Au-delà des diagnostics : profils cognitivo-émotionnels dans les troubles des conduites alimentaires identifiés par analyse en clusters. Communication orale, à l'occasion du congrès de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB). Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), Rouen, France, 26 et 27 mars 2026.
- Symphor, W.** (2025). Pourquoi parler de trauma en contexte d'obésité ? Construire un soin sécurisant pour le patient et le soignant. Communication orale, à l'occasion des soirées CSO. Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) du CHU de Bordeaux, Bordeaux, France, 9 octobre 2025.
- Symphor, W.** & Decamps, G. (2025). L'insécurité alimentaire : un facteur d'inégalité sociale et de risque pour les troubles des conduites alimentaires. Communication orale lors du 13ème congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Toulouse, 9-11 juillet 2025.
- Symphor, W.** & Decamps, G. (2025). Psychotraumatisme(s) et troubles des conduites alimentaires : contribution des processus émotionnels. Présentation orale lors de la journée de réflexion clinique autour des troubles alimentaires. EMAS – RHESEAU, Université Maastricht, Belgique, 5 juin 2025.
- Symphor, W.** (2025). Manger avec sa tête ou avec son cœur ? Communication orale lors de l'évènement Pint of Science Festival, Bordeaux, 20 mai 2025.
- Symphor, W.** (2025). Psychotraumatismes et processus émotionnels impliqués dans les troubles des conduites alimentaires. Communication orale lors de l'après-midi thématique troubles alimentaires : quand la prévention rencontre le soin, Université de Bordeaux, 15 janvier 2025.
- Symphor, W.** (2024). Déterminants émotionnels et traumatiques des accès hyperphagiques et du craving alimentaire : Investigation de profils psychologiques et construction d'une intervention thérapeutique. Communication orale Grand Séminaire des Doctorant.e.s, Université de Bordeaux, 22 février 2024.

Communications affichées

- Symphor, W.** & Decamps, G. (2025). Dissociation et désordres alimentaires : conceptualiser la dissociation comme une stratégie d'évitement. Communication affichée lors du 13ème congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Toulouse, 9-11 juillet 2025.
- Symphor, W., Plasonja, N., Decamps, G.** (2025). (Dys)régulation émotionnelle et facteurs liés au psychotraumatisme dans les accès hyperphagiques : une revue systématique. Communication affichée lors du 13ème congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Toulouse, 9-11 juillet 2025.
- Symphor, W.** & Décamps, G. (2023). Régulation émotionnelle et intensité du craving chez les personnes alcoolodépendantes : Effet médiateur des motivations à boire. Communication affichée lors du 12ème congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Montpellier, 4-7 juillet 2023.

Ateliers et webinaires scientifiques

Symphor, W. & Turgon, R. (2025). Image du corps : du poids des idéaux à la neutralité corporelle. Communication orale, à l'occasion d'un webinaire en ligne, Association Focus Corps, France, 3 octobre 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=3csKdWK7SD8&t=4173s>

Symphor, W., Cuisinier, E., Choupin, D. (2025). Passer devant une boulangerie, une expérience psychologique. Atelier présenté aux journées territoriales de l'obésité du CSO du CHU de Bordeaux, Bordeaux, 6 juin 2025.

Symphor, W. (2025). Régulation des traumatismes dans les troubles alimentaires : perspectives thérapeutiques. Communication orale lors d'un webinaire organisé par l'Association Francophone du Psychotraumatisme et de la Résilience (AFPR), Nice, 7 février 2025.

Symphor, W. (2024). Quand les émotions alimentent le trouble : une perspective émotionnelle des troubles alimentaires. Communication en ligne lors de la semaine mondiale des TCA organisé par la Fédération Française Anorexie Boulimie, France, 2 juin 2024.

Autre

- **Organisation d'une après-midi thématique :** troubles alimentaires quand la prévention rencontre le soin, Université de Bordeaux, 15 janvier 2025. **Programme :**
 - Induction de dissonance cognitive dans la prévention des troubles des conduites alimentaires (TCA). *Roxane Turgon*
 - Psychotraumatismes et processus émotionnels dans les TCA. *Wilfried Symphor*
 - Écouter son corps : l'intéroception au cœur des TCA. *Léa Marinelli*
 - Prise en charge TCC dans les TCA. *Natalija Plasonja*
- **Réalisation d'un atelier psychoéducatif et participatif autour des troubles alimentaires auprès d'un public lycéen.** Lycée des Métiers Saint Vincent de Paul, Bordeaux, 9 avril 2024

Activité de formateur

De septembre 2025 à juin 2026

Cycle de formations : « Repérage et prise en soins des troubles alimentaires en addictologie » Association Addictions France. Formation réalisée auprès des professionnels de santé et du médico-social en addictologie (équipes pluridisciplinaires complètes). Déploiement à l'échelle régionale (Nouvelle-Aquitaine) :

- **Septembre 2025 :** CSAPA d'Angoulême (20/09)
- **Novembre 2025 :** CSAPA de Périgueux (25/11)
- **Décembre 2025 :** Antenne d'Agen (11/12)
- **Janvier 2026 :** Antenne de Bordeaux (15/01)
- **Mai 2026 :** Antennes de Brive (21/05) et Limoges (22/05)
- **Juin 2026 :** Antennes d'Anglet (11/06), Pau et Mont-de-Marsan (12/06)

19 et 20 mai 2025

« Prévention primaire et secondaire des troubles alimentaires » - Formation réalisée auprès de 15 chargées de prévention en addictologie de l'Association Addictions France, Bordeaux.

12 et 13 mai 2025

« Prévention primaire et secondaire des troubles alimentaires » - Formation réalisée auprès de 14 chargées de prévention en addictologie de l'Association Addictions France, Bordeaux.

15 et 16 octobre 2024

« Conduite addictive et posture professionnelle » - Formation réalisée auprès des professionnels de l'association « La main des 5 », Bordeaux.

25 juillet 2024

« Sensibilisation aux troubles alimentaires : approche préventive » - Formation réalisée auprès des volontaires en service civique de l'Association Addictions France, Bordeaux.

ENSEIGNEMENT ET ACTIVITES PEDAGOGIQUES

Tableau récapitulatif des heures d'enseignement (34h)

Niveaux	Année	Contrat	Intitulé du cours	Volume
Licence 2	2023-2024 2024-2025	MCE	Psychologie différentielle	64h TD
Licence 3	2024-2025 2025-2026	MCE	Spécialisation en psychologie de la santé	4h CM
Licence 3	2025-2026	MCE	Psychologie différentielle : Psychométrie	44h TD
Master 2	2025-2026	MCE	Revue systématique et Essais Randomisés Contrôlés	12h CM
Master 2	2025-2026	MCE	Prise en charge du psychotraumatisme	8h CM

Détail des activités d'enseignement (Année 2023-2024-2025)

UE. L2 Psychologie différentielle (64h TD)

- Apports théoriques et pratiques de la psychométrie
- Apports théoriques et pratiques du concept de personnalité
- Accompagnement de la construction et de la mise en pratique d'une étude sur l'effet Barnum
- Correction de présentations orales

UE. L3. Spécialisation en psychologie de la santé (4h CM)

- Apports théorique et clinique autour des troubles et désordres alimentaires
- Apports théorique de des aspects émotionnels et traumatiques impliqués dans les troubles et désordres alimentaires
- Présentation du parcours de thèse
- Réflexions autour de la méthode scientifique (Population, mesure, statistique)

UE. L3. Psychologie différentielle - psychométrie (44h TD)

- Apports théoriques sur les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires.
- Distinctions entre variables latentes et variables observées.
- Mise en application d'une analyse factorielle exploratoire sur un questionnaire de symptomatologie alimentaire (Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q)
- Mise en perspective des résultats via le modèle transdiagnostique de Fairburn (2008)

UE. M2. Psychologie clinique de la santé - Méthodes d'évaluation en psychologie de la santé (16h CM)

- **Volet revues systématiques (4h) :**
 - L'importance des synthèses de connaissances au service de l'Evidence Based Medecine (EBM)
 - Présentation des différents types de revues (narratives, systématiques, portée (scoping) parapluie, méta-analyses)
 - Présentation de la méthode PRISMA (2020)
 - Analyse critique et traduction clinique des résultats de diverses revues systématiques
- **Volet méthodes de recherche interventionnelles - single case experimental study / Essais randomisés contrôlés (12h) :**
 - L'Evidence-Based Practice (EBP)
 - Typologies des essais (supériorité, non-infériorité), comparateurs et randomisation.
 - Recommandations internationales et standards de publication (CONSORT).
 - Gestion de l'attrition et analyses en intention de traiter (ITT).
 - Fondements méthodologiques et validité interne des plans à lignes de base multiples.
 - Critères de qualité et recommandations des singles cases design (SCRIBE).
 - Conceptualisation clinique et opérationnalisation des variables cibles.
 - Introduction aux modèles mixtes (modèles multiniveaux) pour la capture des trajectoires individuelles de changement.

UE. M2. Psychologie clinique de la santé – La clinique du psychotraumatisme - cadre conceptuels et interventionnel (8h CM)

- Épidémiologie : État des lieux des expositions potentiellement traumatiques et approche historique.
- Nosographie : Analyse des troubles psychotraumatiques dans le DSM-5 et la CIM-11 (débats actuels et évolution historique du concept).
- Modèles théoriques : La dissociation comme paradigme central et état de la recherche contemporaine.
- Approche trauma-informée : Articulation entre psychotraumatisme et psychologie de la santé.
- Pratique clinique : Recommandations internationales et stratégies d'intervention.

INTEGRATION A LA VIE INSTITUTIONNELLE

Laboratoire de Psychologie UR4139

Équipe 1 - Processus fonctionnels et dysfonctionnels : Des cognitions aux comportements :

- Séminaires de laboratoire mensuels
- Communication orale lors du grand séminaire des doctorants 2024 : « Déterminants émotionnels et traumatiques des accès hyperphagiques et du craving alimentaire : Investigation de profils psychologiques et construction d'une intervention thérapeutique »
- **Symphor, W.** & Decamps, G. (2025). Quels liens entre facteurs traumatiques et régulation émotionnelle dans les comportements alimentaires désordonnés ? Communication orale Grand Séminaire des Doctorant.e.s, Université de Bordeaux, 27 mars 2025.

Programme 3 - Expériences adverses et processus psychopathologiques :

- Séminaires de programme mensuels ou bimensuels
- Communication orale du projet de thèse : Déterminants émotionnels et traumatiques des accès hyperphagiques et du craving alimentaire : Investigation de profils psychologiques et construction d'une intervention thérapeutique »
- Communication orale : **Symphor, W** & Raysseguier, C. (2025) « Quand le corps et l'esprit dialoguent : Approche clinique de l'intéroception »

Transaxe Émotion :

- Séminaires mensuels
- Communication orale : Raysseguier, C., Teyseyre, J., **Symphor, W.**, M'Bailara, K. (2024). La régulation des émotions chez l'adulte au regard d'une approche clinique et psychopathologique. Communication orale lors d'un séminaire TransAxe Emotion, Université de Bordeaux, août 2024.

PROJETS DE RECHERCHE

Contrat doctoral en collaboration entre l'Université de Bordeaux et 9 centres experts TCA/obésité : Projet EMOTRAC

Durée : 2023-2026

Objectif du projet : Modéliser les interactions entre les facteurs traumatiques et émotionnels dans les comportements alimentaires désordonnés (accès hyperphagiques, restriction alimentaire) à travers différentes méthodes de recherche (revue systématique de la littérature, études quantitatives centrées variables (analyses en réseaux), études quantitatives centrée personnes (analyse en profils latents) et intervention clinique (single case).

Missions principales :

- Tester la validité d'un modèle en réseau centrée sur les processus émotionnels et traumatiques dans les accès hyperphagiques.
- Identifier les profils émotionnels émergents et leurs caractéristiques associées chez les personnes présentant des troubles des conduites alimentaires (TCA).
- Concevoir une intervention clinique centrée sur les processus émotionnels et intéroceptifs pour réduire la dissociation chez ces patients.
- Tester l'efficacité de cette intervention en conditions expérimentales.

Contrat de collaboration entre l'Association Addictions France et l'Université de Bordeaux : Projet REPA-TCA

Durée : 2023-2026

Objectif du projet : Estimer la proportion d'usagers présentant des troubles des conduites alimentaires (TCA) dans les 9 Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de la région Nouvelle-Aquitaine, et investiguer leurs caractéristiques psychosociales et traumatiques.

Missions principales :

- Réaliser une revue de la littérature sur les liens entre addictions avec substance et les troubles des conduites alimentaires.
- Effectuer une étude transversale pour identifier et dresser un profil des caractéristiques psychologiques et socioéconomiques des usagers présentant des TCA.
- Identifier les spécificités traumatiques de ces usagers pour améliorer le repérage et les prises en charge.

Projet de recherche sur la prévention des troubles des conduites alimentaires - Collaboration entre l'Université de Bordeaux, l'Université de Lyon, et l'Association Addictions France.

Durée : 2024-2027

Objectif du projet : Évaluer l'efficacité du programme de prévention des TCA au travers du EveryBody Project dans un essai randomisé contrôlé auprès de jeunes adultes (18-25 ans).

Missions principales :

- Mettre en œuvre le programme EveryBody Project auprès d'un échantillon diversifié.
- Analyser les effets du programme sur la prévention des troubles des conduites alimentaires (image du corps, intériorisation de l'idéal de minceur).
- Élaborer des recommandations pratiques pour l'implémentation de ce programme à plus grande échelle.

2. Annexe 2 : Avis Comité Protection des Personnes - EMOTRAC (clinique).

Comité de protection des personnes Ile de France II Avis sur une demande initiale

CPP

Nom du CPP : Comité de protection des personnes Ile de France II
Adresse : Hôpital universitaire Necker Enfants malades Carré Necker - 149 rue de Sèvres - Porte N2 1er étage 75015 PARIS France
Courriel : cpp.idf2.nck@aphp.fr
Téléphone : 0142192688

Promoteur / Demandeur

Promoteur : Université de Bordeaux
Représentant légal (UE) : -
Mandataire : -

Dossier

Numéro SI : 24.01401.000304
Numéro national : 2024-A00786-41
Référence interne : -

Règlementation : Loi Jardé
Qualification : Catégorie 3

Produit ou acte : Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

Investigateur : Wilfried Symphor

Titre : **Modélisation des Déterminants Émotionnels et Traumatiques du craving Alimentaire et de l'accès hyperphagique – EMOTRAC**

Ce dossier a été étudié en séance le 12/08/2024 et mandat a été donné au président du CPP d'émettre l'avis à réception des réponses du déposant aux dernières demandes. Au vu des réponses obtenues, l'avis suivant a donc été émis. Cet avis court à compter du changement de statut sur le SI.

Considérant que les conditions éthiques sont remplies notamment au regard des éléments de l'article L.1123-7 du code de la santé publique, l'examen du comité permet de conclure que la recherche peut être réalisée et de rendre l'avis suivant :

Avis favorable

Cet avis est valable deux ans. Conformément à l'article L.1123-11 du code de la santé publique, le promoteur doit déclarer au CPP le début de la recherche. Cette déclaration se fait directement sur le SIRIPH2G (bouton "démarrer l'étude").

Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure un premier participant à la recherche dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (article R.1123-26 du code de la santé publique).

Personnes ayant délibéré

Collège	Catégorie	Nom et prénom	Fonction
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	BRESSON Jean-Louis	
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	WACK Maxime	
Collège I	Qualification RIPH - Autre	MAMZER Marie-France	
Collège I	Spécialiste de médecine générale	MARTINEAUX Claude	
Collège II	Compétence juridique	DE FALLOIS Manon	
Collège II	Compétence juridique	LHUILLIER Floriane	
Collège II	Représentant d'association agréée	ARDIOT Chantal	

Documents analysés par le CPP

Catégorie	Intitulé	Date de dépôt
ATT - Attestation	2024-A00786-41_ATTENTION_20240129_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
COU - Courrier	2024-A00786-41_COURRIER_20240313_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
CVI - CV investigateurs	2024-A00786-41_LISTE CV_20240125_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
DEM - Demande autorisation	2024-A00786-41_DEMANDE_20240129_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
DOC - Autres documents	2024-A00786-41_DOCUMENTS_20240412_EMOTRAC.pdf	12/04/2024
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2024-A00786-41_DONNEES_20210726_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
INF - Doc Information	2024-A00786-41_NIFC_V1_20240129_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
INF - Doc Information	2024-A00786-41_NIFC_V2_20240715_EMOTRAC.pdf	19/07/2024
PRO - Protocole	2024-A00786-41_PROTOCOL_V1_20240313_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
PRO - Protocole	2024-A00786-41_PROTOCOL_V2_20240715_EMOTRAC.pdf	19/07/2024
QUE - Echelles/questionnaires	2024-A00786-41_QUESTIONNAIRES_V1_20240129_EMOTRAC.pdf	29/03/2024
REP - Courrier de réponse	2024-A00786-41_REPONSE_V1_20240715_EMOTRAC.pdf	19/07/2024

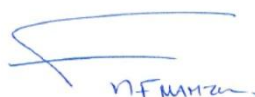
RES - Résumé	2024-A00786- 41_RESUME_V1_20240411_EMOTRA C.pdf	12/04/2024
RES - Résumé	2024-A00786- 41_RESUME_V2_20240715_EMOTRA C.pdf	19/07/2024

**Les documents étiquetés non-conformes sur le SI RIPH2G ou transmis pour information/notification dans le cadre de cette demande d'avis n'ont pas été évalués par le CPP.*

**L'intitulé des documents examinés par le comité, listés sur le présent avis, reprend la nomenclature des fichiers utilisée par le déposant sur le SI RIPH2G.*

Pr Marie-France MAMZER-BRUNEEL,

Présidente du CPP IDF II



CPP Ile de France 2

149, rue de Sèvres
75 743 Paris cedex 15
Carré Necker - Porte N2
Tél. : 01 42 19 26 88
Fax : 01 44 49 45 06

3. Annexe 3 : Avis Comité Ethique de Recherche Université de Bordeaux - EMOTRAC (communautaire).



Avis donné par les membres du Comité d’Ethique de la Recherche de l’Université de Bordeaux (CER-UB)

Date de la réunion du comité : 26/02/2025
 Référence du dossier : CER-UB-2025-2B
 Titre de l’étude : Modélisation des déterminants émotionnels et traumatiques du craving alimentaire et de l’accès hyperphagique.
 Investigateur principal : Dr Greg Décamps
 Etablissement et laboratoire de rattachement : LabPsy UR 4139, U. Bordeaux.
 Lieu(x) de l’étude : en ligne (réseaux sociaux)
 Version d’avis : 2
 Avis précédemment donné (si pas 1^{ère} évaluation) : Demande de modifications mineures

Tenant compte demandes émises par le Comité en séance du 26/02/2025 et des réponses et spécifications fournies par le demandeur, le Bureau du Comité émet, au titre du Comité, l’avis suivant :

Avis favorable

Cet avis porte exclusivement sur les aspects éthiques de la recherche et ne concerne donc pas les aspects RGPD. A ce titre, le comité a recommandé au porteur du projet de prendre l’attache du service compétent de l’UB (rgpd-recherche@u-bordeaux.fr) afin d’assurer la conformité du dossier en matière de traitement des données personnelles.

Pour le CER-UB :

François Ric – Président du CER-UB

4. Annexe 4 : Flyer soignants et participants - EMOTRAC (population clinique).



RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Je suis Wilfried Symphor, doctorant en psychologie, et je sollicite votre aide pour ma thèse. Mon travail de recherche porte sur les liens entre les **symptômes alimentaires, les émotions, et le psychotraumatisme**.

- 1 Pour inclure un patient dans l'étude il vous suffit de lui présenter le **flyer** comportant le **QR code de l'étude**. Les patients sont éligibles du moment qu'ils présentent des **accès hyperphagiques** (ou compulsions alimentaires). Sont donc exclu(e)s les personnes avec une **anorexie mentale de type restrictive**.
- 2 Ainsi ils pourront remplir une série de questionnaires **en ligne**. L'ensemble de l'étude est **validé par un comité d'éthique**
- 3 Vous disposez de l'ensemble des documents, si vous souhaitez en prendre connaissance, **via votre secrétariat**
- 4 A la fin du recueil de données je viendrai vers vous **pour programmer une rencontre et vous présenter les résultats de l'étude**

Merci pour votre aide

En cas de difficultés, de questions, besoins de précision.
Vous pouvez me contacter par mail : wilfried.symphor@u-bordeaux.fr
Wilfried Symphor, Doctorant en psychologie



RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

TROUBLES ALIMENTAIRES

EMOTIONS **TRAUMA**



Nous vous proposons de participer à une étude afin de comprendre les liens entre le psychotraumatisme, les émotions et les difficultés alimentaires.

POUR PARTICIPER

- 1 Etre suivi médicalement dans le cadre d'un **trouble alimentaire/obésité**.
- 2 Etre **majeur** et avoir une bonne maîtrise de la **langue française**
- 3 Etre disponible pour un questionnaire de **30 minutes en ligne**

Wilfried Symphor
Doctorant en psychologie
wilfried.symphor@u-bordeaux.fr



RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

TROUBLES ALIMENTAIRES

EMOTIONS **TRAUMA**



POUR PARTICIPER

Pour participer il suffit de **scanner le QR code** présent sur ce flyer, prévoyez **30 minutes**.

Objectif de l'étude : Comprendre les liens entre le psychotraumatisme, les émotions et les compulsions alimentaires.

Répondez **aux questions du questionnaire** en ligne.

Wilfried Symphor
Doctorant en psychologie
wilfried.symphor@u-bordeaux.fr



5. Annexe 5 : Flyer participants - EMOTRAC (population générale).



Aidez-nous à mieux comprendre les liens entre les événements de vie difficiles, la gestion des émotions et les comportements alimentaires.

POUR PARTICIPER :

- Se sentir concerné par des **difficultés** autour de l'alimentation
- Être **majeur** et avoir une bonne maîtrise de la **langue française**



COMMENT PARTICIPER ?



- Scannez le **QRcode** ou cliquez sur le **lien affiché** dans cette publication (description ou commentaire)
- Vous pourrez alors remplir le questionnaire pour une durée de **20 à 30 minutes en ligne**

Wilfried Symphor, Doctorant en psychologie
wilfried.symphor@u-bordeaux.fr



université
de BORDEAUX

6. Annexe 6 : Note d'information- EMOTRAC (clinique et communautaire).

NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre du projet : *Modélisation des Déterminants Émotionnels et Traumatiques du craving Alimentaire et de l'accès hyperphagique*

ÉMOTRAC (ÉMOTION, MODELISATION, TRAUMA, CRAVING ALIMENTAIRE)

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet :

Docteur Greg Décamps, Maître de conférences en psychologie clinique de la santé, Université de Bordeaux.

greg.decamps@u-bordeaux.fr

Laboratoire de Psychologie (EA4139)

3 ter Place de la Victoire, 33076 Bordeaux Cédex

But du projet de recherche

L'Université de Bordeaux vous propose de participer à une étude clinique dont l'Université de Bordeaux est le promoteur, conformément aux dispositions de l'article L.1121-1 du code de la santé. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au responsable scientifique de l'étude que vous pouvez joindre aux coordonnées ci-dessus.

Pourquoi cette recherche ?

Nous vous invitons à prendre part à une étude de recherche centrée sur les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), en mettant l'accent sur un aspect spécifique de ces troubles : l'accès hyperphagique c'est-à-dire une consommation importante de nourriture dans un court laps de temps. Les TCA constituent un enjeu majeur de santé publique, affectant une part notable de la population. Malgré cela, l'accès hyperphagique n'a pas bénéficié de l'attention nécessaire, bien que son impact sur la santé mentale et physique soit considérable. En participant à cette recherche, vous contribuez à l'avancement de notre compréhension des TCA et dans le développement d'interventions plus précises et adaptées.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

L'objectif principal de cette recherche est de renforcer notre compréhension des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA), en se concentrant particulièrement sur l'accès hyperphagique. Nous nous attachons à identifier les facteurs déterminants de l'accès hyperphagique ainsi que du craving alimentaire, défini comme une envie pressante de consommer certains aliments. Cette étude repose sur une série de questionnaires anonymes destinés à recueillir des données sur votre profil socio-démographique, vos émotions, vos habitudes alimentaires, ainsi que sur l'impact que certains événements difficiles de votre vie ont pu avoir sur vous.

En outre, notre méthode, qui se distingue par une répétition du questionnaire après trois mois, permet d'observer l'évolution des variables étudiées dans le temps, offrant ainsi une vision plus approfondie et dynamique des TCA.

Comment va se dérouler cette recherche

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous proposons de répondre à des questionnaires d'une durée estimée de 40 min. La procédure se déroule ainsi : Au début de l'étude, vous recevrez une série de questionnaires via un questionnaire papier. Ces questionnaires couvriront différents sujets, notamment vos comportements alimentaires, vos émotions, et d'éventuelles expériences négatives vécues. Vous aurez la liberté de remplir ces questionnaires à votre rythme, que ce soit chez vous ou dans votre centre de soin. La durée estimée pour le remplissage de ces questionnaires est d'environ 40 minutes.

Il est important de souligner que votre participation à cette recherche est entièrement volontaire. Vous avez le droit de refuser de participer ou de vous retirer de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de justification et sans aucune conséquence négative sur votre prise en soin ou vos relations avec les professionnels de santé. Par ailleurs vous disposez d'un délai de réflexion de qui vous est propre, la rétractation reste possible à tout moment.

Qui peut participer ?

Les personnes éligibles pour participer à cette étude sont des adultes âgés de plus de 18 ans, qui ne sont pas sous tutelle ou curatelle. Nous veillons à inclure les individus capables de comprendre et de répondre de manière autonome aux questionnaires. Cela exclut ceux qui pourraient avoir des difficultés de compréhension, par exemple, une maîtrise insuffisante de la langue française, qui pourrait entraver leur capacité à comprendre pleinement les instructions ou le contenu des questionnaires. Enfin pour répondre au questionnaire il est nécessaire de ne pas être enceinte et ne pas avoir reçus un diagnostic d'obésité d'origine génétique rare / obésité syndromique / obésité d'origine hypothalamique. Au-delà des critères spécifiés, nous ouvrons la porte de cette recherche à toute personne désireuse d'y contribuer. Votre participation à d'autres études simultanément à celle-ci est tout à fait possible et respectée.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Votre participation à cette étude, bien que ne vous procurant pas de bénéfices directs, permettra l'approfondissement de notre compréhension des Troubles des Conduites Alimentaires (TCA). Votre engagement contribuera de manière significative à l'affinement et à l'amélioration des stratégies thérapeutiques, apportant ainsi une aide précieuse à la communauté médicale et aux individus confrontés aux TCA. Il convient de souligner que les conclusions de cette recherche auront pour but d'optimiser la prise en charge des TCA de manière globale et ne seront pas spécifiquement adaptées à votre cas individuel. Veuillez noter qu'aucune compensation financière n'est associée à votre participation dans cette étude. Cependant, notre équipe reste pleinement disponible pour répondre à toutes vos interrogations ou aborder vos préoccupations tout au long de votre parcours dans le cadre de cette recherche.

Quels sont les inconvénients et risques possibles ?

Considérant la nature sensible de cette étude, il est crucial de reconnaître qu'une participation peut induire des risques psychologiques. Les questions posées, bien que pertinentes à notre recherche, peuvent sembler répétitives ou intrusives et pourraient réveiller des souvenirs de moments de vie stressants ou difficiles. Nous tenons à vous assurer que votre bien-être est notre priorité. Ainsi, si à un moment quelconque vous ressentez un inconfort ou le besoin d'interrompre le questionnaire, vous êtes libre de le faire sans aucune conséquence. De plus, nous vous encourageons à discuter de tout malaise ou questionnement avec votre professionnel de santé, qui est informé des différentes dimensions de cette étude.

Pour toute question ou besoin d'assistance supplémentaire, n'hésitez pas à contacter directement l'investigateur principal de la recherche, M. Wilfried Symphor, à l'adresse électronique suivante : wilfried.symphor@u-bordeaux.fr. Votre santé mentale et votre confort durant cette étude sont d'une importance capitale pour nous.

Cette étude a fait l'objet d'un avis favorable du Comité de Protection des Personnes 2024-A00786-41 en date du 12/08/2024

Quels sont vos droits ?

Nous devons vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Vous avez le droit de décider à tout moment d'interrompre votre participation à l'étude sans aucune conséquence, ni justification. Vous avez le droit de vous opposer à ce que vos données soient utilisées pour cette recherche et de les retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif. Vous êtes tout à fait libre de refuser que l'on utilise les données recueillies lors de vos soins et le fait que vous acceptiez ou non ne modifiera en rien votre prise en charge. Dans tous les cas, vous continuerez à bénéficier du suivi médical habituel et cela n'affectera en rien votre surveillance future. Si vous souhaitez connaître les résultats généraux de l'étude vous avez le droit d'être informé de ces informations, pour ce faire, nous vous invitons à le faire savoir par mail à l'investigateur de l'étude à l'adresse mail suivante : wilfried.symphor@u-bordeaux.fr.

Traitement des données personnelles

Dans le cadre de la recherche clinique à laquelle l'Université de Bordeaux vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le responsable du traitement des données est :

UNIVERSITE DE BORDEAUX, représentée par son représentant légal en exercice.

35 Place PEY BERLAND

33000 BORDEAUX.

Les données personnelles collectées dans le cadre de ce projet le sont en raison de la poursuite d'une mission d'intérêt général.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude comprendront des informations sociodémographiques telles que l'âge, le genre, le statut familial, la situation professionnelle, le niveau de diplôme, votre poids, taille et si vous avez reçu un diagnostic pour un trouble des conduites alimentaires, ainsi que des données liées à votre santé mentale et à certains facteurs associés. Ces informations seront consignées dans un serveur informatique spécifique de l'université de bordeaux. L'investigateur principal de l'étude, ainsi que d'autres membres du personnel autorisés, seront responsables de la collecte de ces données. Il est important de noter que seules les informations essentielles à la réalisation de l'étude seront collectées.

L'objectif de la collecte et du traitement de ces données est strictement lié à des fins de recherche scientifique, visant à atteindre les objectifs fixés par l'étude. Ces données seront conservées pour la durée de l'étude, soit pendant 2 ans jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication. Par la suite, elles seront archivées pour une période de 15 ans après la fin de l'étude, en accord avec les réglementations en vigueur.

Dans le cadre de l'étude, il vous sera demandé de renseigner votre adresse email. Compte tenu de la sensibilité de ces données nous avons effectué un croisement, il vous sera donc assigné un numéro d'identification afin que votre adresse email ne soit pas inscrit dans la même table que vos résultats aux échelles et vos données sociodémographiques. Ces données seront enregistrées sur des serveurs informatiques sécurisés.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données à caractère personnel) et au Règlement Général sur la Protection des Données (règlement UE 2016/679 – ci-après RGPD), vous avez un droit

d'accès et de rectification sur vos informations personnelles. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de vos informations personnelles, vous opposer au traitement de vos données. Conformément à la loi, certaines données collectées peuvent ne pas être effacées si cette suppression rend impossible ou compromet gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès de l'investigateur de l'étude aux coordonnées indiquées en haut de cette notice, en justifiant de votre identité. Retenez toutefois que l'exercice du droit à l'effacement (article 17 du RGPD) pourrait être empêché du fait que ce traitement de données poursuit une mission d'intérêt public. Il en va de même pour l'exercice du droit à la portabilité (article 20 du RGPD). Le Responsable de traitement pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherche, en France et dans d'autres pays de l'Espace économique européen (EEE).

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Vos informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Pour toute question au sujet du traitement de vos données à caractère personnel ou de vos droits associés à ces données, vous avez la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux par email (dpo@u-bordeaux.fr). Si malgré les mesures mises en place par le Responsable de traitement, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex 07).

Résultats de la recherche :

Les résultats de cette étude peuvent faire l'objet de publications scientifiques et / ou de communications lors de congrès ou manifestation scientifiques. Les données présentées dans ce cadre seront anonymes et ne permettront pas votre identification.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce document d'information.

Wilfried Symphor

Psychologue clinicien

Doctorant en psychologie - Université de Bordeaux - Laboratoire EA4139



7. Annexe 7 : Avis Comité Protection des Personnes – REPAT-CA.**Avis donné par les membres du Comité d’Ethique de la Recherche de
l’Université de Bordeaux (CER-UB)**

Date de la réunion du comité : 29/05/2024
Référence du dossier : CER-UB-2024-15B-F
Titre de l'étude : Identification précoce des troubles des conduites alimentaires en addictologie
Investigateur principal : Greg Décamps
Etablissement et laboratoire de rattachement : Laboratoire de psychologie, Université de Bordeaux
Lieu(x) de l'étude : 9 centres de soins les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de l'Association Addictions France basés en Nouvelle Aquitaine
Version d'avis : 2
Avis précédemment donné (si pas 1^{ère} évaluation) : Demande de modifications mineures

Tenant compte demandes émises par le Comité en séance du 29/05/2024 et des réponses et spécifications fournies par le demandeur, le Bureau du Comité émet, au titre du Comité, l'avis suivant :

Avis favorable

Pour rappel, le comité recommande au porteur du projet, si cela n'est pas déjà fait, de prendre l'attache du service compétent de l'UB (rgpd-recherche@u-bordeaux.fr) afin d'assurer la conformité du dossier en matière de traitement des données personnelles.

Pour le CER-UB :

François Ric – Président du CER-UB

8. Annexe 8 : Flyer soignants et participants - projet de recherche REPAT-CA.



RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Nous souhaitons connaître la **prévalence** d'utilisateurs présentant des **troubles alimentaires** dans la file active de votre **CSAPA** !

- 1 L'objectif sera de distribuer un **questionnaire** à **tous les utilisateurs** quelque soit leur motif de consultation. **Plus nous aurons de participation, plus les conclusions de l'étude seront robustes.**
- 2 Ainsi ils pourront remplir le questionnaire et vous le **remettre** lors de leur **prochain rendez-vous**.
- 3 Les **questionnaires** sont toujours disponibles auprès du **secrétariat** ou via les **mails envoyés**.
- 4 A la fin du recueil de données je viendrai **recupérer les questionnaires**. Une fois les analyses effectuées je vous **présenterai les résultats en présentiel** ou sous forme de **webinaire**.

Merci pour votre aide

En cas de difficultés, de questions, besoins de précision. Vous pouvez me contacter par mail : wilfried.symphor@addictions-france.org
Wilfried Symphor, Doctorant en psychologie



Association
Addictions France

université
de BORDEAUX

RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

TROUBLES ALIMENTAIRES
ADDICTIONS



Lors de votre **rendez-vous au CSAPA**, il vous a été proposé de **participer à une étude en psychologie**.

Objectif de l'étude : Mieux repérer les troubles alimentaires chez les utilisateurs afin de mieux les accompagner.

En cas de difficultés ou demande d'informations supplémentaires :

Wilfried Symphor, doctorant en psychologie
wilfried.symphor@addictions-france.org



Association
Addictions France

université
de BORDEAUX

RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

TROUBLES ALIMENTAIRES
ADDICTIONS



POUR PARTICIPER À CETTE RECHERCHE IL FAUT :

- 1 Être **actuellement suivi** dans un CSAPA Addictions France
- 2 Avoir une bonne maîtrise de la **langue française**
- 3 Répondre au questionnaire format papier d'une durée de **30 minutes une seule fois**
- 4 Une fois rempli, veuillez le **déposer auprès du secrétariat** ou de votre **professionnel de santé**



Association
Addictions France

université
de BORDEAUX

9. Annexe 9 : Avis Comité Protection des Personnes – (Every)Body Project.



Avis donné par les membres du Comité d’Ethique de la Recherche de l’Université de Bordeaux (CER-UB)

Date de la réunion du comité : 29/05/2024
 Référence du dossier : CER-UB-2024-16A-F
 Titre de l'étude : Essai contrôlé randomisé d'un programme de prévention primaire des troubles des conduites alimentaires (EveryBody Project)
 Investigateur principal : Greg Décamps
 Etablissement et laboratoire de rattachement : LabPsy, UR 4139, Université de Bordeaux
 Lieu(x) de l'étude : Missions locales Nouvelle Aquitaine par l'intermédiaire d'un partenariat avec l'Association Addictions France qui conduit actuellement des actions de prévention auprès de ce public.
 Version d'avis : 1
 Avis précédemment donné (si pas 1^{ère} évaluation) :

Tenant compte des éléments et spécifications fournies par le demandeur, les membres présents lors de la réunion ont voté à la majorité l'avis suivant :

Avis favorable

Cet avis est assorti de la recommandation suivante :

Le comité recommande au porteur du projet, si cela n'est pas déjà fait, de prendre l'attache du service compétent de l'UB (rgpd-recherche@u-bordeaux.fr) afin d'assurer la conformité du dossier en matière de traitement des données personnelles.

Pour le CER-UB :

François Ric – Président du CER-UB

10. Annexe 10 : Flyer participants - projet de recherche (Every)BodyProject.

RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

PROGRAMME

EVERYBODYPROJECT



**Tu es volontaire en Service Civique et as entre 18 et 25 ans ?
Découvre les ateliers EVERYbody Project**

POURQUOI PARTICIPER ?

- 1

2 séances collectives de 2h animées par des professionnel.le.s pour réfléchir et échanger autour de **l'image corporelle et les idéaux de beauté.**
- 2

Questionnaires anonymes (20 minutes) à remplir **avant la 1re séance, après la 2e séance et 3 mois plus tard**
- 3

Tu seras **tiré.e au sort** pour intégrer le groupe qui suit immédiatement le programme ou un groupe contrôle (qui pourra bénéficier d'un **webinaire gratuit** à la fin de l'étude).

Contacts :
wilfried.symphor@u-bordeaux.fr
roxane.turgon@univ-lyon2.fr



Laboratoire de
Psychologie
EA 4139



université
de
BORDEAUX



Association
Addictions France

11. Annexe 11 : *Echelles psychométriques et questionnaires utilisés dans le projet EMOTRAC.*

12. Annexe 12: *Article - Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review (Karimov-Zwienenberg, Symphor, Peraud & Décamps, 2024).*