

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



Année 1998

Thèse n° 115/11

**ELABORATION ET CONTRIBUTION A LA
VALIDATION D'UNE ECHELLE FRANCAISE
D'EVALUATION DE L'ALEXITHYMIE**

(ETUDE SUR 117 CAS)



THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 28 avril 1998

par

Christophe PEUGNET

né le 20 janvier 1966 à La Bassée (NORD)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur J.-M. Léger

Madame le Professeur F. Archambeaud-Mouveroux

Monsieur le Professeur R. Garoux

Monsieur le Docteur Y. Ranty

Monsieur le Docteur J.-P. Clément

Président

Juge

Juge

Membre Invité

Membre Invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES- PRATICIENS HOSPITALIERS

** C.S : Chef de Service*

ADENIS Jean-Paul (C.S)

OPHTALMOLOGIE

ALAIN Jean-Luc (C.S)

CHIRURGIE INFANTILE

ALDIGIER Jean-Claude

NEPHROLOGIE

ARCHAMBEAUD Françoise (C.S)

MEDECINE INTERNE

ARNAUD Jean-Paul (C.S)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

BARTHE Dominique

HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE

BAUDET Jean (C.S)

CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE

BENSAID Julien (C.S)

CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE

BERTIN Philippe

THERAPEUTIQUE

- BESSEDE** Jean-Pierre
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
- BONNAUD** François (C.S)
PNEUMOLOGIE
- BONNETBLANC** Jean-Marie (C.S)
DERMATOLOGIE
- BORDESSOULE** Dominique (C.S)
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
- BOULESTEIX** Jean (C.S)
PEDIATRE
- BOUTROS-TONI** Fernand
BIostatistique ET Informatique Médicale
- BRETON** Jean-Christian (C.S)
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
- CATANZANO** Gilbert (C.S)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
- CHRISTIDES** Constantin
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
- CLAVERE** Pierre
RADIOTHERAPIE
- COGNE** Michel
IMMUNOLOGIE
- COLOMBEAU** Pierre (C.S)
UROLOGIE
- CUBERTAFOND** Pierre (C.S)
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
- DARDE** Marie-Laure (C.S)
PARASITOLOGIE
- DE LUMLEY WOODYEAR** Lionel (C.S)
PEDIATRIE
- DENIS** François (C.S)
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
- DESCOTTES** Bernard (C.S)
ANATOMIE
- DUDOGNON** Pierre (C.S)
REEDUCATION FONCTIONNELLE
- DUMAS** Jean-Philippe
UROLOGIE

DUMAS Michel (C.S)

NEUROLOGIE

DUMONT Daniel

MEDECINE DU TRAVAIL

DUPUY Jean-Paul (C.S)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

FEISS Pierre (C.S)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

GAINANT Alain

CHIRURGIE DIGESTIVE

GAROUX Roger (C.S)

PEDOPSYCHIATRIE

GASTINNE Hervé (C.S)

REANIMATION MEDICALE

GAY Roger

REANIMATION MEDICALE

HUGON Jacques (C.S)

HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE

LABROUSSE Claude

REEDUCATION FONCTIONNELLE

LABROUSSE François (C.S)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

LASKAR Marc (C.S)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

LAUBIE Bernard (C.S)

ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

LEGER Jean-Marie (C.S)

PSYCHIATRIE D'ADULTES

LEROUX-ROBERT Claude (C.S)

NEPHROLOGIE

MABIT Christian

ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

MELLONI Boris

PNEUMOLOGIE

MENIER Robert (C.S)

PHYSIOLOGIE

MERLE Louis

PHARMACOLOGIE

MOREAU Jean-Jacques (C.S)

NEUROCHIRURGIE

MOULIES Dominique

CHIRURGIE INFANTILE

NATHAN-DENIZOT Nathalie

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

PECOUT Claude (C.S)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

PERDRISOT Rémy

BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

PILLEGAND Bernard (C.S)

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

PIVA Claude (C.S)

MEDECINELEGALE

PRALORAN Vincent (C.S)

HEMATOLOGIE ET TANSFUSION

RAVON Robert (C.S)

NEUROCHIRURGIE

RIGAUD Michel (C.S)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

ROUSSEAU Jacques (C.S)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

SALLE Jean-Yves

MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

SAUTEREAU Denis

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

TABASTE Jean-Louis

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

TREVES Richard (C.S)

RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)

CANCEROLOGIE

VALLAT Jean-Michel

NEUROLOGIE

VALLEIX Denis

ANATOMIE

VANDROUX Jean-Claude (C.S)

BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

VERGNENEGRE Alain

EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION

VIDAL Elisabeth (C.S)

MEDECINE INTERNE

VIGNON Philippe

REANIMATION MEDICALE

WEINBRECK Pierre (C.S)

MALADIES INFECTIEUSES

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

3^{ème} Cycle de médecine générale

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

REMERCIEMENTS

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marie LEGER,

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service,

La rigueur de votre enseignement au cours des séminaires comme dans votre service a été un guide dans mon apprentissage de la psychiatrie.

Votre volonté d'aborder le malade dans sa globalité m'a suivi pendant mes années d'études en psychiatrie

Très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse, recevez ici le témoignage de mon profond respect.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Roger GAROUX,

Professeur des Universités de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service,

Les séminaires et le passage dans votre service m'ont permis de bénéficier de la richesse de votre enseignement.

Vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse, trouvez ici le témoignage de tout mon respect.

Madame le Professeur Françoise ARCHAMBEAUD,

Professeur des Universités de Médecine Interne,

Médecin des Hôpitaux, Chef de Service,

Vous m'avez toujours accueilli avec cordialité et gentillesse dans votre service.

Vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse, soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Pierre CLEMENT,

Psychiatre d'Adultes,

Praticien Hospitalier,

La finesse et la précision de votre sens clinique, ainsi que votre profond respect du malade sont pour moi un modèle.

L'association d'une passion scientifique à votre sensibilité aux autres ont forcé mon admiration.

Très sensible à votre confiance et à vos encouragements dans la préparation de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yves RANTY,

Psychiatre d'adultes,

Votre pratique clinique comme vos enseignements m'ont accompagné au cours de mon cursus d'interne. Votre avis m'a souvent aidé à mieux comprendre les liens entre le corps et le psychisme.

Très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury de thèse, recevez ici le témoignage de mon admiration et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Julien BENSARD,

Professeur des Universités de Clinique Médicale Cardiologique,

Médecin des Hôpitaux, Chef de Service,

Vous m'avez réservé, avec votre équipe, un accueil chaleureux dans votre service.

Bien que vous ne puissiez être présent le jour de la soutenance de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

DEDICACES

A ma femme Marie et mes enfants, Nicolas et Justine qui ont eu la patience de supporter mon absence de disponibilité psychique ou même somatique pendant la préparation de ce travail.

A mes parents, mon frère Frédéric et ma famille, présents et réconfortants comme toujours, avec une pensée particulière pour ceux qui ont effectué certaines corrections...

A mes beaux parents, ma belle-soeur qui eux aussi m'ont soutenu et accepté ma faible disponibilité.

A mes amis qui sont toujours là, pendant et en dehors de pauses, et qui savent que malgré la distance je pense à eux.

A mes collègues internes, et en particulier à Isabelle et Nathalie, de ma promotion, qui m'ont accompagné et aidé pendant ces quatre années.

A tous les médecins, assistants ou praticiens, avec lesquels j'ai pris plaisir à travailler ou à discuter, et qui se retrouveront ici.

A Katou.

“ C’est la plus radicale manière d’anéantir tout discours que d’isoler chaque chose de tout le reste, car c’est par la mutuelle combinaison des formes que le discours nous est né. ”

Platon (428-348 av. J.-C.),

Apologie de Socrate,

tr. Robin, Gallimard, 1968

PLAN

Introduction

Première Partie:

Approche théorique de l'alexithymie

I- Historique du concept

- Le lien *psyche-soma*: spiritualité, philosophie et médecine
- Psychosomatique et psychanalyse
- Pensée opératoire et alexithymie

II- Description clinique de l'alexithymie

- Syndrome et symptômes
- Formes évolutives
- Diagnostic différentiel

III- Hypothèses étiopathogéniques

- Théories environnementales et développementales
- Théories psychodynamiques
- Théories neuropsychologiques

IV- Données épidémiologiques

- Fréquence et répartition
- Terrain
- Alexithymie et troubles somatiques

V- Relations avec d'autres concepts cliniques

- Personnalités, névroses et psychoses
- Comportements et alcoolisme
- Anhédonie et dépression

VI- Instruments de mesure de l'alexithymie

VII- Arguments en faveur de l'élaboration d'une échelle française d'alexithymie

- Problème de Santé Publique
- Vulnérabilité à certaines maladies
- Masque d'affections psychiques
- Nécessité d'un dépistage avant décompensation
- Utilité d'un dépistage en vue de solutions thérapeutiques
- Mauvaise adaptation des échelles anglo-saxones traduites
- Absence d'un outil fiable et facile d'utilisation

Deuxième Partie:

Mise au point et contribution à la validation d'un instrument

I- Objectifs

II- Etapes de la mise au point

- Critique des instruments existants
- Eléments retenus et rejetés
- Eléments rajoutés

III- Exigences métrologiques

- Validités
- Fiabilité
- Sensibilité et spécificité

IV- Matériel: populations

V- Méthodes

- Evaluation de la dépression
- Evaluation de l'anhédonie
- Evaluation de l'alexithymie
- Recueil des données
- Protocole de passation des questionnaires
- Tests statistiques utilisés
- Logiciels informatiques utilisés

VI- Résultats

- Caractéristiques descriptives de la population
- Résultats moyens aux échelles
- Mesures de l'alexithymie
- Corrélations entre les instruments
- Corrélations de l'EFEA aux différentes variables
- Etude item par item de l'EFEA
- Sensibilité, spécificité et scores seuils

VII- Discussion

- Commentaires sur les questionnaires
- Commentaires sur les populations
- Commentaires sur les liens entre les variables
- Commentaires sur la structure de l'EFEA
- Perspectives de vérification

Conclusion

Annexe

ECHELLE FRANÇAISE D'EVALUATION DE L'ALEXITHYMIE (EFEA)
SCHALLING-SIFNEOS PERSONALITY SCALE-REVISED (SSPS-R)
BETH ISRAËL QUESTIONNAIRE (BIQ)
TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20)
CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES-DEPRESSION SCALE (CES-D)
SOCIAL AND PHYSICAL ANHEDONIA SCALE (SAS - PAS)
Protocole de validation et questionnaires

Bibliographie

INTRODUCTION

L'alexithymie, qui signifie littéralement "pas de mots pour les émotions", est une entité clinique, ce qui signifie qu'elle entre dans le cadre de la séméiologie psychiatrique. Ce symptôme (ou ensemble de symptômes) n'est pas spécifique d'une pathologie mentale ou même somatique mais renvoie à des éléments de psychopathologie. En effet, les sujets alexithymiques, quels que soient leurs troubles, présenteraient une activité mentale particulière. Le concept psychopathologique auquel renvoie l'alexithymie est la pensée opératoire, décrite dix ans plus tôt, qui était associée aux affections psychosomatiques.

Les études effectuées au sujet de l'alexithymie depuis vingt-cinq ans permettent de penser qu'elle est le témoin d'une perturbation du fonctionnement mental, dont une des caractéristiques est d'être présente chez des sujets atteints de maladies somatiques. Une autre de ses particularités est de modifier la présentation clinique des troubles mentaux auxquels elle peut être associée. L'évaluation qualitative et quantitative de ce syndrome, ainsi que sa répartition dans la population, méritent réflexion, dans une démarche de prévention ou de soins. Elles nécessitent un instrument de mesure adapté, qui n'existe pas pour l'instant en France.

Après qu'aient été développées les connaissances actuelles concernant l'alexithymie, qui posent la question de ses liens à d'autres concepts nouveaux, sera détaillée l'élaboration, à partir d'instruments existants, d'une échelle d'évaluation française.

PREMIERE PARTIE
ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR
L'ALEXITHYMIE

1 HISTORIQUE DU CONCEPT

L'alexithymie est une notion qui fait référence tant au corps qu'à l'esprit. Elle apparaît dans le prolongement d'une pensée globale de l'individu qui s'est plus ou moins progressivement développée dans l'esprit médical. Les théories psychosomatiques sont un point clé de ce développement.

1.1 LE LIEN ENTRE *PSYCHE* ET *SOMA*

La question de la distinction entre *psyche* et *soma* reprend un abord de l'Homme qui déborde largement la médecine. On pourrait séparer - artificiellement - trois approches qui ont été, et sont peut-être encore parfois en opposition: la spiritualité, la philosophie et la médecine.

D'après les *Etudes* d'Henri Ey, la médecine a oscillé au cours de son évolution entre des courants holistiques, appréhendant l'Homme dans sa globalité, et des courants unicistes (mécanistes, ...) multiples. Mais ces tendances existaient dans l'Antiquité avant même l'apparition de la médecine.

Ainsi, trois époques se succèdent dans le temps ; une première période durant laquelle sont établis les fondements de la médecine et où déjà sont présentes deux approches différentes, l'une unitaire et l'autre parcellaire: c'est la médecine grecque antique, qu'elle soit d'Athènes, d'Alexandrie, de Rome ou de Byzance ; une seconde période où se mélangent ignorance et obscurantisme et où la conception moniste de l'individu va progressivement s'effriter suite aux découvertes scientifiques ; une troisième période où s'affirme le dualisme de l'individu en particulier par la séparation univoque de la prise en charge du corps et de l'esprit. Déjà annoncée par la Renaissance, c'est le Siècle des Lumières qui l'initie, et elle se poursuit de nos jours [57].

1.1.1 La médecine grecque

Jusque sept cent ans avant Jésus-Christ, dominaient les croyances et les mythes oraux. Les phénomènes naturels comme la maladie, physique ou mentale, faisaient partie du domaine des interventions divines. Cet état d'esprit se retrouve plus tard, au Moyen Age, époque de la Chrétienté, avec l'association punition divine - maladie. La folie restera dans le domaine mystique bien plus longtemps que la maladie [42].

Alors que les premiers philosophes ioniens et doriens s'intéressaient plutôt à la Nature, la Grèce et Athènes furent le lieu de l'élaboration des sciences et de la médecine, avec en particulier deux grands savants, Aristote et Hippocrate. Héraclite (600-550 avant JC) évoquait déjà une "raison universelle" (*logos*), qui englobait les transformations et oppositions inhérentes au monde dans une profonde unité. Plus tard, une schématisation imaginaire pourrait montrer Socrate (470-399 avant JC) posant question à son élève Platon (427-347 avant JC), l'incitant ainsi à séparer dans une théorisation les "idées" des "formes", et à établir un dualisme du corps et de l'esprit, s'explicitant ensuite dans les écrits de son propre élève Aristote (384-321 avant JC) avec sa science de la logique. Ce dernier, élève de l'Académie (de Platon) est à l'origine de l'anatomie comparée et de l'Ecole d'Alexandrie. Il sera pourtant par la suite l'un des premiers philosophes à avoir disserté sur le corps et l'âme dans une perspective holomorphique (une seule substance) [57].

Bien que les médecins existent depuis déjà plusieurs siècles, on attribue classiquement la création de la médecine à Hippocrate (460-356 avant JC). A cette époque s'opposaient surtout deux écoles, entre autres sur ce sujet de la globalité du malade. L'Ecole de Cnide considérait la maladie de l'organe et son diagnostic ; elle a proposé les premiers médicaments. L'Ecole de Cos, avec Hippocrate, était

orientée vers la santé de l'individu, résultante de l'équilibre entre quatre humeurs: le sang, le flegme, la bile noire, la bile jaune. Dans le *Corpus Hippocratum*, la maladie est expliquée par un déséquilibre entre ces humeurs, pouvant avoir un lien avec des modifications du milieu extérieur. Ainsi, même la maladie mentale était évoquée dans l'expression cérébrale des désordres humoraux. Hippocrate attachait également une grande importance au dialogue qui se nouait entre le patient et le médecin. Il est aussi le créateur de la déontologie médicale. L'analyse du "rêve d'incubation" des pèlerins (ayant dormi sur place) par les médecins, correspond déjà à une prise en charge dynamique de la personnalité du malade [57,131].

Après la médecine athénienne, c'est la médecine ptolémaïque qui va disparaître. En effet, l'Ecole d'Alexandrie, tombant dans une spécialisation outrancière, va rapidement dégénérer. Le dernier grand médecin grec est probablement Claude Galien (131-200 après JC), qui vécut à Rome. Il se rattache plutôt à l'Ecole analytique de Cnide, son diagnostic reposant sur l'étude des différents symptômes de la maladie. Pour lui, l'unité de l'individu n'existe que comme émanation de la divinité unique, et non dans un sens médical. On note que dix à quinze ans avant l'ère chrétienne, un médecin romain, Cornélius Celse, se fait remarquer par son traité de médecine et de chirurgie. Son ouvrage consacré en partie à l'hygiène générale des gens bien portants, reprend l'idée d'un équilibre global de la personne. Durant la longue période d'à peu près douze siècles qui suit, jusqu'à la prise de Constantinople par les Turcs en 1453, la médecine va survivre à Rome et à Byzance à travers l'œuvre de Galien, la seule dont l'autorité fut acceptée par l'Eglise [57].

1.1.2 La médecine obscure

Après la domination hellénique, la Chrétienté semble s'être écartée des travaux scientifiques et philosophiques, et reportée sur la mystique du péché. Même à Byzance, la médecine tombe dans les exagérations de la superstition. L'Eglise fermera l'Académie de Platon en 529, et le Moyen Age restera dominé par les théologiens et la médecine religieuse. Dans le reste du monde, la médecine magique a lentement laissé place à la médecine gréco-romaine. De l'empire ligure (Méditerranéens et Alpines), influencé par la civilisation égyptienne, à la civilisation gauloise puis gallo-romaine on va assister à l'essor des cures thermales et de l'hygiénisme. Ces tendances disparaîtront avec le Christianisme et les invasions barbares [57].

Il faudra attendre le IX^{ème} siècle et Charlemagne pour que la médecine puisse à nouveau s'exercer, dans les écoles monastiques puis épiscopales, suivant les ouvrages des médecins de l'Antiquité. La plus renommée était l'Ecole de Salerne en Angleterre où l'on reprenait la médecine hippocratique et les théories des humeurs. Au XIII^{ème} siècle, avec l'apparition des Facultés (comme à Paris, et à Montpellier), va se développer la médecine arabe, mélange de médecine grecque et d'obscurantisme, et naître l'ancêtre de la psychothérapie: certains pensaient alors que l'âme pouvait agir sur le corps par le "sympathique" ou "corps astral". Au XV^{ème} siècle enfin resurgit une médecine novatrice, à partir des écrits grecs de l'Antiquité. La Renaissance est marquée par l'étude de l'anatomie, l'évolution de la chirurgie et la naissance de la chimie médicale. On y retrouve le plus souvent des approches très dualistes de l'individu, où le psychisme est écarté du corps malade [57].

Cet état d'esprit perdurera à l'époque baroque chez les médecins et les philosophes, comme Descartes (1596-1650), inspirateur français de la philosophie actuelle. Le siècle des lumières, sur les bases de la philosophie d'Aristote, se

caractérise encore par le rationalisme ; c'est le règne de la chirurgie et le début de la microbiologie. Le Romantisme, le Naturalisme et l'Existentialisme seront générateurs de grandes découvertes, en particulier en parasitologie, en pharmacie et en chirurgie. De nombreuses observations seront rapportées de cas cliniques liés à des événements sociaux ou psychologiques, ou au moins influencés par eux. Philippe Pinel (1745-1826), qui se spécialise dans l'étude des maladies mentales, rapporte des cas de névroses de digestion ou de circulation, dans son ouvrage *La Nosographie philosophique*. Il pose les fondements de la tradition psychiatrique française, intégrant la psychiatrie à la médecine, et se méfiant ouvertement des considérations philosophiques et métaphysiques [57,131].

1.1.3 La médecine contemporaine

L'Epoque Contemporaine est marquée par le redéploiement d'une surspécialisation médicale, morcelant l'individu et la maladie en différents appareils et systèmes plus ou moins indépendants. En effet la multiplication des moyens d'investigation, et surtout leur efficacité grandissante, sont à l'origine de l'accroissement massif des connaissances médicales. Un médecin peut de moins en moins exercer l'ensemble de la médecine, et investit de façon préférentielle et conséquente un domaine, ce qui souvent l'exclut des autres. Ainsi, on revient aux dogmes de Galien, c'est-à-dire à l'examen d'un symptôme par le médecin (compétent pour ce symptôme) qui peut en définir la maladie et la soigner [57,119].

La psychiatrie s'occupe à la fois de troubles psychiques "purs" et de maladies (comme les névroses épileptiques et hystériques). Les premiers, qui correspondent à l'aliénation mentale, sont du ressort des aliénistes dans la lignée d'Esquirol (1772-1840), alors que les secondes, du domaine de la médecine générale, sont du ressort de médecins non-aliénistes, comme par exemple Jean-Marie Charcot

(1825-1893). Pendant que la psychiatrie allemande abandonne pour le “somatisme” les spéculations théorico-philosophiques, se poursuit en France l'étude, sur fond de matérialisme, de la nosologie et des liens entre le corps et l'esprit dans le prolongement des travaux de Cabanis (1757-1808) ou de Trousseau (1801-1867), mais surtout d'Antoine Laurent Jessé Bayle, à l'origine du premier modèle médical de la maladie mentale qu'est la “paralysie générale”, en 1822. Cette maladie a en effet pu être rattachée à une origine: un agent infectieux [127,131].

L'approche clinique descriptive des aliénistes s'enrichit progressivement d'essais d'explications pathogéniques, suivant des modèles orientés vers l'anatomopathologie, la biologie et l'anthropologie, ou la psychologie (auparavant plutôt du domaine de la philosophie). La doctrine de Benedict Augustin Morel sur les variations maladives ou “dégénérescences”, produites par des causes exogènes multiples (physiques, sociales, psychologiques), fait entrer la médecine mentale dans la biologie générale. Un autre événement important est l'apparition, avec Sigmund Freud, de la psychanalyse sur les fondements de la psychiatrie du XVIII^{ème} siècle et de la psychologie. Elle se dégagera de la philosophie vers la fin du XIX^{ème} siècle [127,131].

1.2 PSYCHOSOMATIQUE ET PSYCHANALYSE

Dans ce contexte de profonde distinction entre maladies du corps et de l'esprit, va naître de l'esprit psychanalytique un courant de pensée qui cherche à renouer le lien entre *psyche* et *soma*: c'est l'approche psychosomatique. Sa singularité s'exprime par certains concepts nouveaux dont les “mouvements individuels de vie et de mort”, la “vie opératoire”, et la “mentalisation”. Les psychosomaticiens qui s'intéressent à l'enfant et à l'adolescent proposent des modèles explicatifs différents qui montrent que l'appellation psychosomatique est loin d'être univoque.

1.2.1 Naissance de la psychosomatique

Alors que les progrès de la recherche médicale entraînent une évolution rapide dans des domaines précis, comme la physiologie, la pharmacobiologie ou la chirurgie, l'observation clinique permet d'affiner la nosographie et de détailler ses aspects étiopathogéniques. En psychiatrie les grands traités de Kræpelin, Magnan, Ballet font leur apparition. Dans le prolongement du "psychologisme" allemand ou de ce qu'Ellenberger appelle "psychiatrie dynamique", se développent des travaux généraux sur la psychologie et la psychopathologie, avec en particulier Ribot et Jaspers. Certains auteurs s'intéressent spécifiquement aux névroses, dans le cadre desquelles, et se détachant de la psychiatrie clinique, apparaissent l'"analyse psychologique" du philosophe Pierre Janet et surtout, vers 1895, la "psychanalyse" [119,127].

La perspective dialectique du corps et de l'esprit est encore accentuée par les spécialisations ou les oppositions entre ces tendances. Aux conceptions psychogénétiques s'opposent en 1956 les théories neurophysiologiques du Canadien Hans Selye sur le Stress [30]. Ainsi l'unité psychosomatique émerge de cette oscillation entre le courant physiologique mécaniste illustré par Pavlov et Cannon dans leurs travaux expérimentaux sur l'étude des comportements [98], et le courant psychanalytique, peu enclin à considérer le soma dans sa matérialité, discutant plutôt du corps érogène et du corps narcissique [35]. Heinroth avait déjà introduit en 1818 les termes "psychosomatique" et "somatopsychique", le premier indiquant l'influence des passions sur certaines maladies, alors que le second s'appliquait aux maladies pour lesquelles un facteur corporel modifiait l'état psychique [106].

C'est en 1930 qu'Alexander, fondateur de l'Institut de Psychanalyse, écrit *La Médecine Psychosomatique*, se référant à un schéma énergétique

en rapport avec les états émotionnels. C'est le début de l'essor de l'Ecole Américaine de Psychosomatique de Chicago. En 1944, avec *Le Diagnostic Psychosomatique*, Dunbar ouvre d'autres perspectives. Il introduit les références au défaut de fonctionnement mental, et décrit les personnalités prémorbides. Ces courants de pensée vont principalement développer la "psychologie psychosomatique", c'est-à-dire l'étude des traits de personnalité associés aux pathologies somatiques. L'Ecole Psychosomatique Française de Paris se met en place à partir de 1958 autour de Pierre Marty qui élabore une théorie sur les somatisations et la mentalisation. Michel Sapir, qui s'attache au symptôme psychosomatique, s'en désolidarise, donnant plus d'importance au lien médecin-malade et au déterminisme psychique des maladies corporelles. Il fondera la Société Française de Médecine Psychosomatique [34,133].

1.2.2 Fondements de la psychosomatique

Pierre Marty, président de la Société Française de Psychanalyse puis de l'Institut de Psychosomatique souligne les difficultés de l'observateur en matière de psychosomatique, difficultés entre autres à réunir l'exploration du soma et l'interprétation du symptôme en tant que compromis qui tend à résoudre un conflit psychique [36]. Marty note que les psychanalystes ne s'attachent qu'au plus évolué de ces aspects, sous-entendant que les somaticiens ne s'intéressent qu'au fonctionnement anatomo-physiologique, ces deux attitudes maintenant un dualisme *psyche-soma* [35].

Il définit, en tant que clés de l'économie psychosomatique, les concepts de "désorganisation", de "dépression essentielle" et de "pensée opératoire" [15,106]. La métapsychologie s'est établie sur les organisations mentalisées, séparant névroses actuelles et névroses de défense. L'élaboration mentale ou mentalisation est synonyme de travail psychique, dans le sens de la gestion des excitations qui lui

parviennent. Marty, qui insiste sur le rôle du préconscient et du processus secondaire [81], distingue trois catégories d'organisations névrotiques: les névroses mentales, les névroses de caractère, et les névroses de comportement. Il y rattache les notions de mauvaise mentalisation et de mentalisation incertaine [54,106].

Le mouvement essentiel d'organisation (ainsi nommé par Marty) rencontre au cours de son évolution des événements qui retentissent sur celle-ci. L'édification de la personne (dans son ensemble somatique et mental) correspond à ce qu'il appelle le "tronc central d'activités psychiques" qui tend vers une "pointe évolutive" [35]. Les éléments moteurs de cette construction sont les "mouvements individuels de vie et de mort", reprenant les concepts freudiens et kleiniens [104]. A partir de ces éléments, Marty propose un concept d'organisation psychosomatique de l'individu, avec des variations qui peuvent être pathologiques [105]. Il reprend le développement de l'enfant par les points organisateurs de Spitz, qui permettent aux fonctions somatiques d'être reliées entre elles ; il détaille ensuite les inorganisations et désorganisations, étroitement liées aux topiques de Freud [81].

L'"Instinct de Vie" (Eros), qui recouvre l'ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles essentielles, est une pulsion organisatrice et liante. L'"Instinct de Mort" (Thanatos), qui s'oppose au précédent, est une pulsion destructrice et désorganisatrice dont le but est la réduction complète des tensions, c'est-à-dire le retour à l'état "anorganique" [81]. Ces tensions correspondent aux différents traumatismes (en particulier à des incidents de l'existence), de caractère imprévisible, survenant dans la vie.

La démarche évolutive peut être mise en échec par le traumatisme (au sens psychanalytique du terme), responsable de l'édification de systèmes de défense qui vont constituer des paliers de fixation. Au cours de ces mouvements évolutifs naissent des mouvements contre-évolutifs, secondaires à la prédominance des mouvements individuels de mort, responsables de régressions (à un stade évolutif antérieur). Ces régressions sont à l'origine des reprises évolutives.

L'ensemble de ces paliers de fixation détermine la spécificité de chaque individu, et caractérise ses éventuelles manifestations pathologiques [35,104]. En effet, si suite à un traumatisme, le fonctionnement mental situé en pointe évolutive ne permet pas d'en faire un matériel symbolisable, c'est l'organisation psychosomatique pathologique qui dominera, avec ces systèmes de régression particuliers [35,105].

Certaines poussées régressives sont donc à l'origine de symptômes somatiques. Et le concept de désorganisation correspond aux mouvements contre-évolutifs.

Les "inorganisations apparentes" - non pas réelles puisque le tronc central d'activité est une organisation - s'apparentent à une mauvaise organisation du tronc central, responsable des névroses de comportement, observables plus fréquemment dans la population générale que chez les patients présentant des troubles mentaux.

Les "désorganisations progressives", pouvant atteindre l'ensemble de la construction mentale, sont d'importance variable et déterminent les névroses de caractère.

Une certaine détresse en rapport avec cette désorganisation progressive peut se poursuivre par la "dépression essentielle", qui correspond à une diminution des mouvements individuels de vie, et à la perte de l'intérêt vital.

L'aménagement plus chronique de l'individu en désorganisation progressive, est la vie opératoire, dans le sens d'une vie organisée et définie par la tâche sociale à accomplir, situation émaillée d'accidents somatiques.

Ainsi, si les événements désorganisateur sont inévitables et même nécessaires, ils sont parfois à l'origine de réorganisations pathologiques, en particulier lorsqu'ils sont suivis d'un deuil non élaboré [104,105,106].

1.2.3 Spécificité de la psychosomatique

La notion d'une obligatoire discontinuité dans l'évolution individuelle, et donc d'épisodes de régression, pose la question de la trace mnésique résultante, parallèle ou latérale, en opposition avec le retour à un état antérieur. Marty insiste sur les dynamismes parallèles, caractéristiques de l'activité oscillante du tronc central, mais eux-mêmes privés d'oscillations car désavouant l'activité conflictuelle dans la fétichisation du trouble somatique [35]. Les névroses de comportement et certaines névroses de caractère ont déjà atteint ce stade marqué par la vie opératoire, celui-ci ayant un rôle de barrière pare-excitante: l'excitation de la tâche à entreprendre n'est là que pour apaiser une autre excitation instinctuelle en arrière-plan, dont seul le schème subsiste [104]. La notion de pare-excitation est déjà présente dans *Au delà du Principe de Plaisir* de Freud, en 1920 et pourrait suivre celle de complaisance somatique introduite en 1905 avec le cas "Dora" dans *Cinq psychanalyses*.

Il faut aussi noter que les questions posées par les relations mère-enfant et leur implications, ont amené certains psychosomaticiens de l'Ecole de Paris à reprendre les bases de la psychopathologie du nourrisson, et à étudier le développement du psychisme au cours de l'enfance. Michel Soulé définit un stade d'indifférenciation somatopsychique du nouveau-né dont témoigne la massivité des symptômes physiopathologiques. Michel Fain va insister sur le rôle de la fonction maternelle, compensant l'insuffisance psychique du nourrisson, d'où les conséquences que peuvent avoir des dysfonctionnements de la dyade mère-bébé. Léon Kresler reprend ces notions déterminantes du rôle de la mère et du père dans l'Œdipe, pour la bonne structuration de l'appareil mental, dans son aspect protecteur des fonctionnements somatiques [133].

Ces différents éléments posent question sur la notion de structure, puisque la coexistence de troubles somatiques avec des aspects névrotiques, psychotiques, caractériels ou autres a été décrite. L'activité mentale inconsciente des patients atteints de maladies somatiques ne se manifeste pas par l'apparition de rejets réussissant à franchir la barrière du refoulement, mais par un manque de retour du refoulé sous cette forme.

Le maître mot en matière psychosomatique reste le symptôme, comme le redéfinit Cain en 1971 dans son livre *Le symptôme psychosomatique*. Le symptôme, en psychosomatique, s'articule autour du sens que veut lui donner chaque école de pensée. Son importance est qu'il touche et altère le corps, et qu'il peut confronter le patient à la mort. Son approche passe par le biais de la barrière corporelle, ayant valeur de protection, mais aussi valeur de communication. Anzieu, dans son livre *Le Moi-Peau*, en 1986 détaille l'interaction avec l'entourage par cet interface entre le Moi et le monde extérieur qu'est la peau.

Marty développe dans ce qu'il appelle la "relation blanche", cette difficulté de communication entre le thérapeute, qui attend l'arrivée d'un matériel interprétable, et le patient incapable, à la différence du "névrosé-normal" de fournir des éléments symbolisés.

Par ailleurs, la mise en place d'une démarche diagnostique et thérapeutique "somatique" ne peut remédier au désordre instauré au niveau mental. En revanche cette démarche est utilisée par le psychisme du patient sous la forme d'une solution explicative créant elle-même la pensée opératoire, facteur "étiologique" de la maladie [36,106].

Depuis les années trente, les théories psychosomatiques se sont enrichies et multipliées. Dans tous les cas, la considération initiale est la présence, duale, d'un appareil psychique et d'un appareil somatique, les deux ayant leur histoire

propre, et celle-ci caractérisant l'individu. Chacun de ces appareils est le siège d'actions et de réactions d'origines variées.

- L'appareil somatique est le lieu des manifestations fonctionnelles et organiques, anatomiques et biologiques, lieu des phénomènes inflammatoires, des bronchospasmes, des palpitations, des douleurs, des conversions.

- L'appareil psychique est le lieu des manifestations intellectuelles et affectives, lieu de l'anxiété, de la représentation du corps malade ou sain, de la réception de la douleur, de la faim, de la soif.

Si l'appareil somatique peut être l'endroit où se manifestent des "conflits psychiques", l'appareil psychique peut être lui l'endroit où se manifestent des "conflits somatiques", soit dans la représentation du corps soit dans l'expression mentale directe de troubles corporels.

Ce dualisme peut d'une certaine façon tendre vers le "monisme" si l'on considère qu'il existe une intrication permanente entre psychique et somatique dans la pathologie comme dans son absence. Les émotions, qui s'expriment simultanément dans les deux appareils, de façon naturelle et adaptée ou bien pathologique, peuvent provenir d'événements physiques, mentaux ou des deux. Ainsi, les divergences dans le champ de la psychosomatique se trouvent plutôt dans la manière dont le lien *soma - psyche* s'explique [20].

L'appellation psychosomatique a des significations variées, et des assimilations sont faites entre facteurs psychologiques, facteurs de stress, facteurs de risque de maladies somatiques. Comme la "personnalité psychosomatique" s'oppose aux structures de personnalité, les "maladies psychosomatiques", en tant que troubles mentaux, se différencient des maladies somatiques au même titre que les conversions ou les simulations.

L'approche psychosomatique d'aujourd'hui, au lieu d'aborder l'individu dans sa globalité et de réunir dans une unité les éléments psychiques et somatiques, s'individualise et se différencie avec ses maladies propres et ses praticiens,

formés à l'investigation psychosomatique ; ceci explique que certains psychosomaticiens s'en détachent. Sapir avait pourtant écrit en 1986 *Nous sommes tous psychosomatiques*, dans ce sens où "psychosomatique" ne renvoie pas à une science médicale mais à la constitution même de l'individu [133].

1.3 PENSEE OPERATOIRE ET ALEXITHYMIE

Le terme alexithymie est né en 1972, des travaux de Peter E. Sifneos, psychanalyste à Boston, dans le Massachusets, aux Etats-Unis. L'auteur l'a créé du grec *a-*, "absence de" (*lack*), *-lexis-*, "mot" (*word*), *-thymos*, "émotion" (*feeling*): pas de mots pour les émotions [147]. Sa signification initiale était en effet la difficulté à exprimer verbalement ses émotions [65].

Les travaux antérieurs sont marqués par la conceptualisation de la pensée opératoire et la psychosomatique. Les travaux postérieurs vont, à l'opposé, élargir et préciser ce concept d'alexithymie dans l'ensemble du champ de la psychiatrie et de la psychologie.

1.3.1 Les travaux antérieurs

Le premier travail qui aboutira à la naissance de l'alexithymie semble remonter à 1948 quand Ruesch décrit des carences au niveau de l'expression verbale et symbolique et des difficultés à verbaliser les émotions chez des sujets atteints de maladies psychosomatiques (au sens d'Alexander), ce qui l'amènera à parler de "langage des organes", expression reprise par Mac Lean, et de "personnalité infantile" [139].

Mais la recherche sur les mécanismes des émotions est nettement plus ancienne avec en particulier en 1937 les travaux de J.W. Papez [121] puis de H. Klüver et P.C. Bucy [73], et en 1944 ceux de E. Lindemann [89].

En 1949, Mac Lean décrit l'absence d'évaluation intellectuelle néocorticale des émotions de sujets psychosomatiques et parle de décharge autonome non-verbale par les structures cérébrales primitives (système limbique, hippocampe): le *visceral brain* [101]. En 1953, Wisdom détaille la pauvreté de l'activité symbolique de certains patients psychosomatiques [177]. L'année suivante, Freedman et Sweet utilisent le terme d'"illettrés émotionnels" en parlant de patients incapables de verbaliser leurs affects [43]. Et, en 1958, Shands isole cette incapacité à décrire les émotions [142].

C'est après quinze ans d'études sur des sujets psychosomatiques que Pierre Marty et Michel de M'Uzan de l'Institut de Psychosomatique décriront en 1962 au 23^{ème} Congrès des Psychanalystes de Langue Romane le concept de "**pensée opératoire**" (*operative thinking*) [54]. Celle-ci représente à leurs yeux une des clés de la psychosomatique [106]. C'est "... *une pensée consciente sans lien organique avec une activité fantasmatique de niveau appréciable, qui double et illustre l'action, parfois la précède ou la suit dans un champ temporel limité, doublant le geste sans recherche de signification ...*" [107].

Elle est adaptée et efficace en pratique, mais sans associations, détaillant une succession d'actes liés à la réalité actuelle. Les troubles sont exposés comme des faits isolés: les problèmes concrets du présent occupent l'ensemble du champ de la conscience, excluant l'apparition de représentations affectives en relation avec des souvenirs ou des fantasmes [15,54]. Il y a une carence fonctionnelle de l'activité de représentation en général, qui se manifeste dans l'absence de liberté fantasmatique, dans la pauvreté de la vie onirique ("rêves opératoires" ou rêves "blancs"): "... *activité phantasmatique de type opératoire avec représentations utilitaires et actuelles ...*" [107].

Le patient psychosomatique en pensée opératoire a une adaptation sociale correcte, sans organisation névrotique ou psychotique, mais on note un appauvrissement de ses échanges interpersonnels, un nivellement de toute originalité personnelle ou extérieure, et une limitation de l'expression verbale des affects [55].

La parole semble démunie d'une partie de ses significations antérieures, n'impliquant aucune élaboration: "*... les mots, sous-investis, abolissent quasiment la distance du signifiant au signifié ...*" [107]. Le discours ("discours opératoire") est conservé pour décrire les événements (description de choses ou de faits d'ordre social surtout) et médiatiser les relations [105]. Le dialogue est "*... présent mais vide ...*", relatif à des objets concrets, des actes, voire des concepts abstraits, jamais à des expressions symboliques [107]. Au cours de l'entretien, il n'y a pas d'échange réel avec l'interlocuteur: c'est la "**relation blanche**" qui met en doute la possibilité d'un rôle réparateur structurant [108].

La pensée opératoire est "*... un mode original de relation d'objet ...*", démunie de valeur libidinale appréciable et ne pouvant donc prendre place dans l'économie du sujet [107]. Elle serait expliquée par une "*... sidération archaïque de l'évolution du processus primaire ...*" [107]. Son caractère surmoïque superficiel ("*... qui reste au niveau du conformisme ...*") se retrouve dans la carence du jeu identificatoire, l'objet pouvant être considéré comme entièrement identique au sujet et doué de la même forme de pensée (ce que les auteurs appellent "réduplication projective" [108]), enfermée temporellement dans l'enchaînement de l'action [107].

Ce type de fonctionnement accompagne ou prélude la désorganisation somatique [15].

1.3.2 Le concept d'alexithymie

A la 7^{ème} Conférence Européenne sur la Recherche en Psychosomatique en 1967 Sifneos évoque certaines caractéristiques psychologiques de sujets atteints de désordres psychosomatiques [54,146]. En 1970 il décrit avec John C. Nemiah (Ecole de Boston), chez des patients dont certains présentent des troubles somatiques, une difficulté marquée à dépeindre leurs sentiments, une vie imaginaire pauvre, et un mode spécifique de pensée correspondant à la pensée opératoire [117].

En 1972, lors d'un symposium à Londres, puis à la 9^{ème} Conférence Européenne sur la Recherche en Psychosomatique à Vienne, Sifneos propose alors le mot **alexithymie**, "*... faute d'un meilleur terme ...*", qui signifie donc: "pas de paroles pour les émotions" [65,125]. La définition donnée par Sifneos est la suivante: "*... patients se plaignant sans fin et en termes vagues de symptômes physiques divers, sans activité fantasmatique notable, ayant des difficultés à trouver les mots appropriés pour décrire leurs émotions, un discours caractérisé par des détails répétitifs, peu d'activité onirique, et des relations interpersonnelles marquées par une forte dépendance sous une apparence de détachement ...*" [65,147].

Ces caractéristiques sont rassemblées dans son questionnaire, en 1973: le Beth Israël Questionnaire (BIQ) [148], qui servira ensuite de référence au concept. C'est plus un "portrait" qu'une définition précise que donne cet ensemble de critères, se rapportant à des phénomènes très différents, touchant des registres distincts [124].

Alors que la pensée opératoire se situe dans la perspective métapsychologique de la clinique psychanalytique, l'alexithymie s'élargit à la clinique psychiatrique, par l'approche étiologique, neurophysiologique et neuroanatomique, ainsi qu'à la psychopathologie quantitative, par des modélisations et des tentatives d'objectivation psychométrique [15,54].

Des précisions ont dû être amenées au concept. Le problème principal concernait le terme "émotion": les manifestations somatiques de l'émotion sont présentes, mais ne peuvent être reconnues, nommées ou communiquées verbalement par le sujet [116]. Sifneos sépare lui-même les émotions ou "visceral emotions" qui sont la dimension biologique de l'affect (également présente chez les animaux) des sentiments ou "feeling emotions" qui représentent l'aspect psychologique de l'affect, les fantaisies subjectives et les pensées qui lui sont associées [16,115,125].

Par ailleurs il restait à préciser le pronom précédant: "ses" ou "les" émotions? S'agit-il d'une dimension individuelle ou générale [15]? Enfin, le terme "mots" semble devoir rester très général car il ne s'agit pas exclusivement de langage mais aussi de comportement, de ressenti, ce que l'on retrouve dans les items des différentes échelles de mesure [15,125].

Au total, l'alexithymie se rapproche plus d'une dissociation entre l'expérience et l'expression, et non simplement la verbalisation, d'une émotion.

1.3.3 Les travaux postérieurs

Les travaux entrepris à la suite de la mise en évidence du concept d'alexithymie vont porter sur ses limites (et sa validité), mais aussi sur les conceptions pathogéniques et les moyens de mesure de ce syndrome clinique.

A la 11^{ème} Conférence Européenne sur la Recherche en Psychosomatique à Heidelberg en 1976 [150], Sifneos redéfinira l'alexithymie par opposition à la névrose, en treize points, le troisième correspondant d'après lui à la pensée opératoire [149]. Nemiah développera un modèle neuroanatomique et neurobiochimique basé sur les relations entre le système limbique et le néocortex [114], à l'instar de Mac Lean [102,150]. Hoppe et Bogen développeront un modèle axé sur la

disconnection inter hémisphérique [63,150], et Heiberg un modèle génétique basé sur l'hérédité [12,61]. Il est à signaler que des hypothèses psychodynamiques avaient été élaborées dès 1974, par Joyce Mac Dougall [99].

En 1977, Freyberger va décrire des formes primaires et secondaires d'alexithymie [45], et Singer va reprendre au titre de l'alexithymie cette métaphore ancienne des sujets dits "psychologiquement frustes" [152]. En 1979, Krystal propose de séparer une "facette cognitive" de l'alexithymie correspondant à la pensée opératoire et une "facette affective" spécifique de l'alexithymie [65,77]. En 1980, Lolas et Parra évoquent une alexithymie de dimensions variables que certaines personnes adopteraient à des degrés divers selon les circonstances de leur vie [97], et parlent pour la première fois de "style cognitif" [124]. La même année, Kleiger et Kinsman essayent d'appliquer des examens avec techniques projectives [65,72]. L'année suivante, Zepf et Liedtke testent l'analyse du contenu d'échantillons de discours [183], et en 1983 Cohen et Demers-Desrosiers (Equipe de Montréal) mettent en place un test graphique semi-structuré [13,33]. On commence à parler avec Taylor (Equipe de Toronto) de "style de communication" et de "langage alexithymique" dès 1981 [158,164]. Ce dernier [163], puis surtout Bazin, reprendront les notions de Freyberger dans les termes d'alexithymie-trait et alexithymie-état [12]. En 1989, Pédinielli réutilise lui l'expression "style cognitif" qui serait alors associé à certaines situations, et développe l'analyse du langage chez des sujets alexithymiques [126].

A partir de 1986, de multiples travaux, comme par exemple ceux de Haviland [59] ou de Wise [178], essaient d'évaluer les liens entre l'alexithymie et d'autres troubles, en particulier l'anxiété et la dépression, et surtout de dégager des éléments épidémiologiques. L'amélioration de l'imagerie fonctionnelle cérébrale, telle que la cartographie fonctionnelle neuroanatomique des différents états émotionnels par PET (*positron emission tomography*) de George *et al.* [53] ou Robinson [136], va également permettre de proposer des hypothèses de traitements spécifiques (traitement de sites

anatomiques?) et de préciser les modèles neuroanatomiques. Déjà en 1976, Kaplan et Wogan avaient utilisé l'imagerie cérébrale, en particulier l'électroencéphalogramme [66]. Le champ actuel de la recherche en matière d'alexithymie se trouve donc dans les relations entre cognitions, émotions et langage.

Le concept d'alexithymie est en fait très complexe. Sa définition en fait un symptôme, ou un ensemble de symptômes cliniques observables au cours d'un examen médical, et susceptible, en s'associant à d'autres symptômes, d'orienter un diagnostic puis, par suite logique, une prise en charge thérapeutique. Mais on peut également l'appréhender en tant que syndrome clinique à part entière, renvoyant donc à des mécanismes physiopathologiques précis, constituant alors l'un des noyaux de diverses pathologies qu'il faudra individualiser. Enfin l'alexithymie représente un mode de fonctionnement mental, et se rapporte par cet abord à la psychopathologie, qu'elle soit une composante de la personnalité, un mode de défense réactionnel, un aspect comportemental lié à des perturbations neurologiques ou le résultat dans le développement psychique de facteurs environnementaux multiples.

Ainsi elle pourrait être une intersection entre des notions différentes: liaison entre psychopathologie, clinique psychiatrique et recherche neurologique, relation entre *psyche* et *soma*, lien entre "ressentir" et "dire" ses émotions. Ceci explique peut-être que son statut théorique soit encore incertain [54,65].

2 DESCRIPTION CLINIQUE DE L'ALEXITHYMIE

L'alexithymie est initialement un concept clinique, exempt de toute valeur explicative, la définition de Sifneos brossant un profil d'individu relativement hétérogène. Elle correspond à un ensemble de comportements relationnels spécifiques [118]. Dans un premier temps son étude a permis de la scinder en quatre

éléments “nucléaires” distincts: l’incapacité à exprimer les émotions, la vie imaginaire limitée, le recours à l’action et la tendance à la description détaillée des faits [124]. Puis l’apport des divers auteurs a été d’en préciser les caractéristiques symptomatiques et évolutives, et de la différencier des autres aspects comportementaux.

2.1 SYNDROME ET SYMPTOMES

Le noyau de l’alexithymie serait la diminution de l’activité symbolique, responsable d’une diminution de l’expression des émotions, des sentiments, des pensées, des idées, des volontés [158]. Les sujets atteints sont incapables de traduire leurs expériences émotionnelles, d’attribuer un sens à leurs sentiments (en particulier de perte, de deuil), de raconter leurs rêves [15].

Les récits oniriques, faibles et rares, sont constitués soit d’éléments archaïques explicites, soit de processus de type secondaire, sans la couleur, la bizarrerie, le symbolisme caractéristiques des rêves du processus primaires [158]. La limitation de la vie imaginaire caractérisée par l’existence de peu de rêves et la pauvreté fantasmatique, se retrouve à la fois dans les références à des événements externes détachés des états intérieurs et non à des fantasmes, dans l’élaboration faible des émotions et dans la négation de toute affectivité [54].

Hoppe *et al.* décrivent également l’absence de condensation, de déplacement, de symbolisation dans les rêves, l’absence de créativité, les fantasmes non-imaginatifs, utilitaires, tournés vers la réalité [63]. L’absence de capacité à être absorbé par ses rêveries s’associe à la culpabilité et à des éléments dysphoriques dans les rêveries [31].

C’est le discours qui caractérise l’aspect alexithymique, comme en témoignent les nombreux qualificatifs utilisés par les différents auteurs:

concret, pragmatique, technique, glacial, invariable, clair, direct, terne, ennuyeux, vide de colère, de tristesse, de déception, dénué de toute association, digression, lapsus, rendant en particulier difficile la relation au médecin, comme le décrit Overbeck [12,65,125]. Il est restreint à la description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques, à la description élaborée des détails triviaux de l'environnement [15].

Le langage comprend moins de mots chargés d'affects, d'adjectifs, et plus de phrases incomplètes, de verbes auxiliaires [63]. L'analyse du contenu (Gottschalk-Gleser) retrouve des émotions comme la honte, l'anxiété, l'hostilité [166], alors que l'analyse linguistique définit au niveau lexical, sémantique ou syntaxique, un réel "style alexithymique" [13,54]. Pédinielli retrouve, en psycholinguistique textuelle et différentielle, un schéma narratif plus factuel, discret, court et pauvre ; une analyse factorielle lexicale ne montre pas de trouble de la sémantique [126]. Il décrit un "style cognitif" et définit l'alexithymie comme un trouble de la fonction de communication, qu'il différencie d'un défaut de verbalisation [126].

Le mode relationnel des sujets alexithymiques renvoie à la relation blanche et la pensée opératoire [54]. La pensée est utilitaire, littérale, caractérisée par la minutie de la description des événements extérieurs [158]. Les relations interpersonnelles sont pauvres, associées à une tendance à la dépendance ou une préférence pour la solitude [15]. Le détachement, la distance, le discours spontané pauvre et l'économie de mots donnent un entretien monotone où la relation reste non-productive [54]. Il s'y associe une limitation de l'expression, en particulier des sentiments [12].

Le terme de "pseudonormalité", en rapport avec le haut degré de conformité sociale et la bonne adaptation superficielle, fait référence à ces relations interpersonnelles sans investissements affectifs significatifs, à ces objets interchangeables, requis en tant que présence, mode relationnel associé à un abord terne et ennuyeux, une posture rigide avec une mobilité et une gestualité faible, une expression

faciale figée [100]. L'expression faciale figée est à l'origine de travaux d'évaluation de l'alexithymie [77,123]. Joyce Mac Dougall montre bien le peu de contact qu'ont ces sujets avec leur réalité psychique propre, responsable d'une vie robotisée, mécanisée [99].

La tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits [15] s'accompagne parfois d'accès de rage non expliqués [158]. Les comportements défensifs répressifs sont diminués [15].

Les plaintes sont multiples: tension, irritation, frustration, douleur, ennui, sentiment de vide, agitation, fièvre, nervosité [15,125]. Les plaintes somatiques, l'hypochondrie, l'anxiété sont fréquentes [12,15].

Un élément essentiel de l'alexithymie est la difficulté à différencier états émotionnels et sensations corporelles [116]. Les symptômes somatiques diffus sont multiples et répétitifs (algies, spasmes, paresthésies, contractures, jambes sans repos, prurit sine materia).

2.2 FORMES EVOLUTIVES

L'évolution de l'alexithymie est difficile à apprécier. Liée dans certains cas à des épisodes dépressifs, elle serait variable après la guérison de la maladie somatique [13]. Sa stabilité dans le temps est estimée à 50% [12]. Freyberger avait décrit une alexithymie primaire et une alexithymie secondaire auxquelles s'était ajoutée une troisième forme appelée alexithymie mixte [45]. Ces descriptions ont été discutées et modifiées, en particulier par Bazin [12,13].

La première forme, rebaptisée “alexithymie-trait” serait une prédisposition à prédominance organogénétique et irréversible, d’origine biologique [12]. L’alexithymie serait provoquée par l’inhibition de l’expression émotionnelle et de la fonction symbolique [15]. Réelle composante de la personnalité, stable dans le temps, elle revient toujours à un état de base après une atténuation passagère pouvant être en rapport avec une situation médicale aiguë [12]. L’alexithymie est là un facteur de risque de maladie psychosomatique et de dépression masquée [150]. Un traitement amènerait la possibilité de prévenir l’apparition des troubles organiques [15].

La seconde forme, encore appelée “alexithymie-état” serait, elle, à prédominance psychogénétique, réactionnelle à des situations organiques ou traumatiques (épisode dépressif majeur) plutôt transitoires (maladie aiguë) ou curables (maladie chronique guérie) [12]. L’alexithymie est ici une réaction passagère à valeur défensive, un mécanisme de défense (différent du déni) aux situations de stress, souvent liée à un moment dépressif - dont elle est contemporaine -, avec persistance d’une fonction symbolique [15]. On décrit ainsi une association dépression-alexithymie chez des malades somatiques graves, une alexithymie lors de sevrages alcooliques, une alexithymie secondaire à des périodes dépressives [125]. Il ne s’agit donc pas d’un phénomène du “tout ou rien”: tout individu est susceptible de présenter différents degrés d’alexithymie [11].

2.3 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

L’alexithymie doit être différenciée d’autres modes de fonctionnement. Alors que le style alexithymique peut être imposé par des exigences adaptatives (socioprofessionnelles, ...), la pensée enracinée dans la relation du sujet avec

ses objets internes peut se retrouver dans les personnalité frustes ou les hypochondries mineures [125].

On peut également discuter un trouble névrotique mais dans ce cas l'absence d'affects ou de fantasmes se trouverait limitée à un ou plusieurs secteurs conflictuels refoulés [65]. Pour Sifneos, l'alexithymie s'oppose radicalement à l'hystérie [6]. Dans l'isolement névrotique, la pensée obsessionnelle mineure, il y a manipulation mentale active, surinvestissement des mots qui sont liés à une prise de distance par rapport aux représentations pulsionnelles [54]. Nemiah insiste sur la limitation en zones de conflits psychologiques dans la personnalité hystérique, et sur la richesse des fantasmes cachés, révélatrice de conduites et d'affects dans la personnalité obsessionnelle [158].

Chez le psychotique, il y a un manque de contrôle du Moi, une irruption du processus primaire au niveau préconscient et conscient d'où une grande richesse de la vie affective [65].

La question de l'état limite ou de la dépression occulte peut se poser par contre de façon plus aiguë [125].

3 HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES

L'alexithymie s'est conceptualisée au fil des ans sans que puisse lui être attribuée une position nosologique exacte. Les modèles théoriques se sont précisés mais le concept reste celui d'une entité clinique descriptive qui peut s'associer à certaines pathologies. Les éléments étiopathogéniques s'articulent autour de la relation entre cognition et émotion et permettent de comprendre comment l'alexithymie trouve sa

place dans les notions de personnalité et de comportements, dans la dynamique somatique ou plutôt psychosomatique.

3.1 THEORIES DEVELOPPEMENTALES

Initialement, Sifneos avait posé une triple explication au phénomène alexithymique: neurophysiologique, psychodynamique, développementale [12].

On peut y ajouter les théories constitutionnelles et environnementales. Les premières, à l'origine d'hypothèses génétiques, se résument aux travaux de Heiberg en Norvège sur des jumeaux [61,62], travaux qui n'ont pas été confirmés ou poursuivis [86]. Les secondes se sont peu développées autour de l'alexithymie, bien que divers facteurs socioculturels aient été mis en cause. Certains auteurs ont évoqué des facteurs familiaux et travaillé sur les modes de communication et l'intelligence [158]. Cremerius reprend les études de Leff [82] sur les cultures, les pays développés ou en voie de développement [28]. On notera que Borens la qualifie de phénomène socialement déterminé en s'appuyant sur l'existence de malades psychosomatiques de faible niveau socio-économique [12,19].

Quant à l'approche développementale, elle s'intègre dans les études phénoménologiques et en particulier les travaux de Piaget et de Werner concernant les stades [16]. Elle met en avant un déficit de l'apprentissage précoce qui normalement permet de mettre en place les connexions entre les mots et les émotions [12]. La psychologie piagétienne du développement reprend la "**pensée formelle**" développée par Piaget: le principe des opérations sur des opérations [128].

Anthony pense que le stress est responsable d'une régression partielle à un hypothétique stade psychosomatique du développement où le

soma domine et les affects sont somatisés (stade suivi normalement d'un passage progressif à la domination de la sphère cognitive de la personnalité) avec conservation des acquis cognitifs préopératoires, opératoires, formels [5]. Ceci amène à une divergence entre les acquis de la pensée logique et la réaffirmation de la tendance à la somatisation d'où l'utilisation de la pensée logique pour isoler la vie affective [65]. Shands évoque une absence d'opérations avancées de la pensée, de possibilité de réflexion sur ses propres émotions, ce qui correspond à la pensée formelle [143].

Nemiah décrit un trouble du développement infantile caractérisé par une incapacité à apprendre à évaluer les stimuli émotionnels avec absence congénitale de sensation douloureuse, lié à l'influence de facteurs sociaux et culturels [115]. Les facteurs développementaux sont pour Krystal [13,86] comme pour Nemiah ou Lane et Schwartz essentiels. Ces derniers postulent en effet qu'un défaut de l'apprentissage des émotions pendant l'enfance a conduit à une mauvaise différenciation entre les émotions qui sont alors mal individualisées [80]. Krystal évoque l'absence de reconnaissance ou d'utilisation des émotions en tant que signaux propres [77].

3.2 HYPOTHESES PSYCHODYNAMIQUES

L'approche psychodynamique pose la question du lien entre l'alexithymie et la psychanalyse, ce qui renvoie à la pensée opératoire ; on comprendrait mal en effet que les hypothèses psychodynamiques diffèrent. Les correspondances entre alexithymie et pensée opératoire sont principalement l'existence d'un discours factuel et concret, de termes affectifs rares et d'une vie fantasmatique pauvre ; en revanche le recours à l'action semble plus spécifique de l'alexithymie, alors que la pensée opératoire se caractérise plus par le conformisme (stéréotypes culturels, conventions sociales) et la relation blanche avec la carence du jeu identificatoire du patient, qui n'a ni engagement

dans la relation, ni attente d'une quelconque implication, l'interlocuteur n'étant qu'une fonction à qui il remet ses symptômes [54].

Pour Krystal, l'alexithymie est liée au développement de la composante affective lacunaire: ce sont des perturbations précoces du développement normal d'affects dans le sens de la différenciation, de la verbalisation, de la désomatisation. Il reprend les concepts kleinien de fixation/régression à un fonctionnement mental schizo-paranoïde (avec absence de symboles comme on le retrouve dans le *type C field* de Langs [83]), lié à une situation dépressive.

- La composante "cognitive" de l'alexithymie comprend la déficience dans les relations objectales, la pauvreté de l'imagination, la stérilité de l'expression verbale, la tendance à somatiser au lieu de verbaliser, l'incapacité à tolérer l'émergence de matériel inconscient, la constellation de défenses psychiques rigides, le Moi immature.

- La composante "affective" se caractérise par l'incapacité à reconnaître, nommer, verbaliser des émotions, par la surutilisation du raisonnement, par la présence d'émotions indifférenciées, vagues, peu spécifiques ("précurseurs d'affects").

Pour lui, il peut y avoir régression de la fonction cognitive après un traumatisme important au cours de la vie de l'adulte comme un arrêt du développement affectif à la suite d'un traumatisme psychique dans l'enfance [77].

La métapsychologie psychanalytique met en avant des vicissitudes pathologiques de la dyade mère-enfant aboutissant à un aménagement psychique protecteur: la création d'un espace stérile, vide (sans néoréalité à la différence des troubles psychotiques), d'une aire désaffectivée avec réaction somatique compensatoire aux menaces psychiques [13]. L'alexithymie est considérée comme une défense contre des affects ou des fantasmes douloureux [12]. La somatisation correspond alors à des actes-symptômes par carence de l'élaboration psychique, par défaut de symbolisation [13].

Nemiah et Sifneos affirment que les mécanismes de défense névrotiques ne peuvent expliquer l'alexithymie [158]. Marty et De M'Uzan expliquaient, dans la pensée opératoire, l'absence de vie fantasmique par l'incapacité de l'enfant à halluciner la présence de la mère en l'absence de celle-ci [107], situation peut-être en rapport avec des défaillances du même type que celles des patients narcissiques au sens de Kohut [16].

Rad parle d'une symbolisation rudimentaire dans la relation mère-enfant empêchant toute représentation du bon objet, l'enfant restant dépendant de la présence concrète d'objets externes substitutifs [173]. Ces troubles de la relation mère-enfant se retrouvent dans la description célèbre du cas "Monica" [171].

Rickles évoque des anomalies dans la création de l'objet transitionnel [135]. En 1990, Taylor, Parker, et Bagby parlent de condition prédisposante aux addictions par compensation des défaillances dans les systèmes de défense, dans les capacités du Moi à réguler et à moduler les émotions, les pulsions [161].

Pour Joyce Mac Dougall c'est l'incapacité à supporter la douleur psychique qui amène l'apparition défensive d'alexithymie, et ce en rapport à des traumatismes de la petite enfance, lors de la relation primaire avec la mère. Elle propose le modèle d'une mère trop prohibitive, trop offrante, l'enfant restant "croché" à sa mère.

Les défenses ne servent pas à protéger le Moi ou la vie instinctuelle (à la différence des défenses névrotiques ou psychotiques), mais à lutter contre le fantasme inconscient de ne pas pouvoir contenir les affects débordants mobilisés par le contact avec autrui ; c'est ce qu'elle appelle la forclusion des affects, leur éjection hors-psyché [54,100]. Cet aménagement d'un "... *espace stérile en apparence dépourvu d'affects et d'investissements libidinaux ...*" [12,100] lutte contre des peurs primitives utilisant largement l'identification projective, mode de communication qui ne manque pas d'évoquer le *type B field* de Langs [83].

Cette fonction défensive particulière contre les douleurs morales intolérables, les angoisses liées à certaines situations interpersonnelles ou traumatisantes, amènent Mac Dougall à parler d'une "pseudo-normalité" des sujets alexithymiques, caractérisée par une existence mécanique [99].

3.3 HYPOTHESES NEUROPSYCHOLOGIQUES

Le concept même d'alexithymie s'est en fait défini par une approche neurophysiologique, qui la différencie de la pensée opératoire, et a abouti à des modèles quantitatifs et cognitivistes [65].

L'hypothèse initiale de Nemiah et Sifneos, biochimique voire anatomique, suit les théories de l'interrelation entre émotions et cognitions. Nemiah, reprenant les travaux de Stevens sur la neuroanatomie de la schizophrénie [150], avait développé l'hypothèse neurobiochimique d'une perturbation de la fonction paleostriatale touchant en particulier la dopamine [114].

L'idée générale en est l'explication biologique des comportements (qui "oublie" d'après Sifneos la psychosociogénèse), et la subordination entre les émotions et la cognition. La théorie de Beck sur la dépression [14] reprendrait la détermination cognitive des émotions, alors que le modèle de Zajonc [180] prône plutôt l'indépendance entre les deux et l'autonomie du système émotionnel, avec une grande importance de la voie motrice dans la constitution et l'expression des émotions [31]. La théorie de Wiener [173] développe un rapport entre comportements émotionnels et maîtrise de l'environnement par le sujet, par la stabilité des propriétés de cet environnement [15,52].

Actuellement on peut retenir deux modèles neuropsychologiques: un modèle vertical développé par l'École de Boston et un modèle

horizontal (ou transversal) développé en particulier par les Californiens Hoppe, Bogen, et Tenhouten.

Le premier affirme une connexion inadéquate entre le système limbique (lieu des émotions) et le néocortex (substratum du langage et de l'élaboration du système des associations), "déconnexion verticale" liée principalement à un défaut neurophysiologique dans le système limbique. Mac Lean décrivait déjà en 1949 cette idée d'une mauvaise liaison entre le rhinencéphale, siège hypothétique où naissent les émotions et le néocortex, centre hypothétique du langage et de l'intellect, mauvaise liaison responsable de la voie d'expression au niveau somatique (*triune brain*) [101].

Le deuxième modèle décrit une anomalie du transfert interhémisphérique des informations, une "déconnexion hémisphérique (ou commissurotomie) fonctionnelle". Celle-ci est à l'origine de l'abrasion de l'expression des rêves, des fantasmes, des symboles. L'absence de rétrocontrôle de l'hémisphère gauche sur l'hémisphère droit implique une impossibilité à traduire en mots des processus primaires et donc leur expression directe, d'où une resomatisation des affects [109,144].

La carence relative de la communication entre les hémisphères cérébraux explique le rôle majeur du corps calleux pour les auteurs dans ses variations neurophysiologiques (masse relative, degré de myélinisation neuronale, ...), rôle confirmé par diverses situations telles la commissurotomie fonctionnelle avec communication d'informations sensori-motrices chez des vétérans souffrant de réactions catastrophiques (*Post Traumatic Stress Disorder*) d'après Zeitlin et Lane [182], l'atrophie ou agénésie du corps calleux décrite par Buchanan *et al.* [21], la commissurotomie hémisphérique (section du corps calleux et de la commissure antérieure) d'épileptiques incurables par Hoppe et Bogen [63]. Reprenant les travaux de Damasio sur l'aphasie [29], Sifneos utilise le terme *aphasia of feelings* [150].

Ce modèle est donc profondément ancré dans le principe de la spécialisation hémisphérique. L'hémisphère mineur (droit), global, holistique traite les

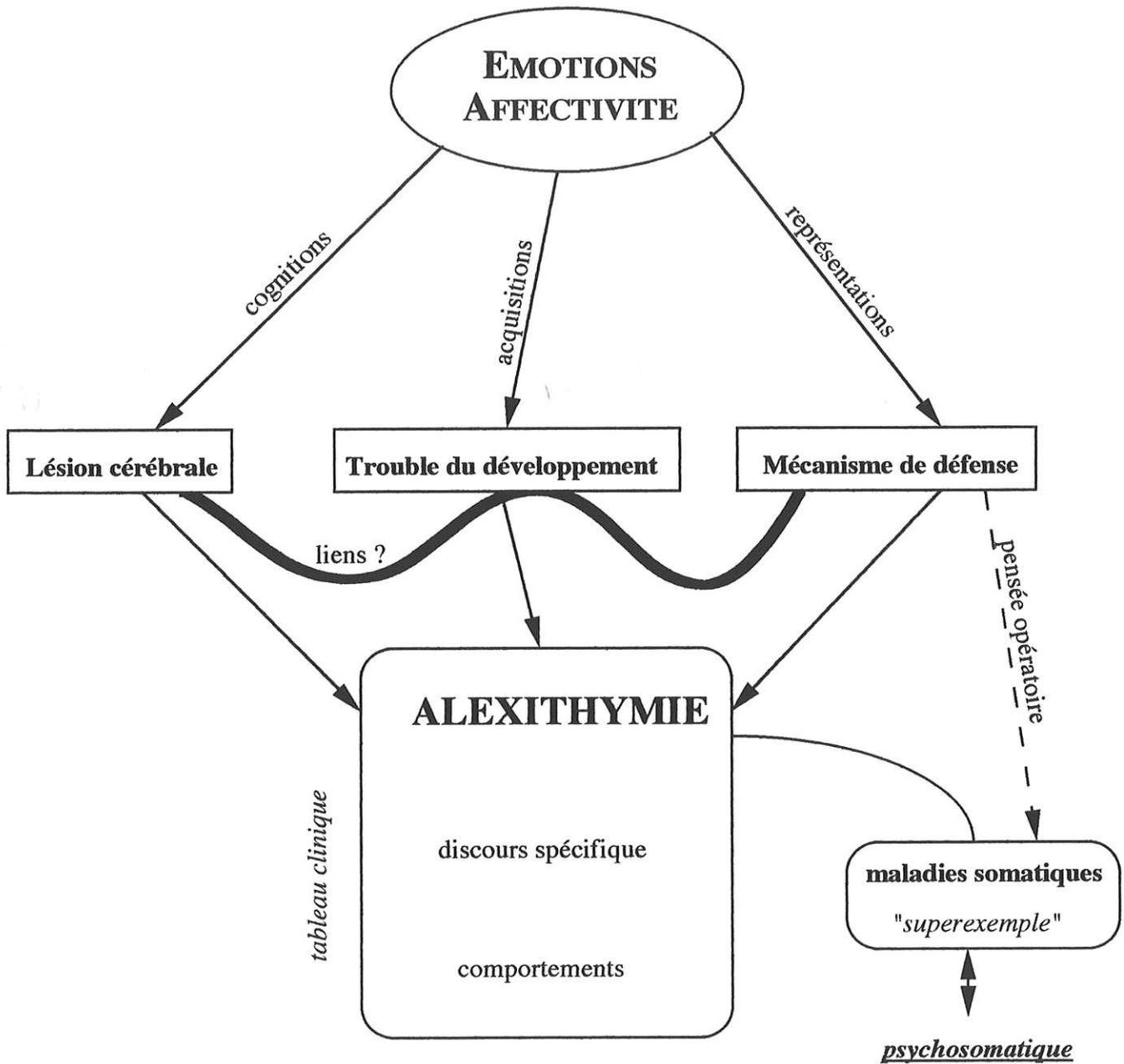
composantes émotionnelles (compréhension, expression), la prosodie du langage, la reconnaissance des physionomies, des expressions faciales émotionnelles et utilise préférentiellement un mode non-verbal de représentation ; c'est le siège des processus primaires de pensée, de la pensée synthétique, de la reconnaissance des visages, du schéma corporel. L'hémisphère majeur (gauche), analytique, logique est lui le siège des processus secondaires de pensée, de la pensée logique.

Pour Hoppe *et al.* le siège principal des émotions se trouve dans l'hémisphère mineur alors que l'expression verbale des émotions serait dans l'hémisphère majeur [166]. Taylor et Flannery évoquent une latéralisation cérébrale gauche [41,158]. Ross évoque des lésions dans la région antérieure (frontale et temporale) de l'hémisphère non dominant [138]. Zaidel situe le développement du langage également dans l'hémisphère droit chez les femmes qui seraient moins alexithymiques ; celles-ci se caractériseraient par une moindre latéralisation et une plus grande plasticité [181]. Rodenhauter soutient que les gauchers sont plus alexithymiques que les droitiers [137].

L'alexithymie résulterait donc d'une hyperactivité de l'hémisphère gauche, non inhibé, responsable de l'incapacité à traduire les expériences en images ou fantasmes [13,109]. Une réponse exagérée de l'hémisphère gauche aux stimuli douloureux explique l'incapacité à diminuer la perception douloureuse par l'impossibilité d'en émettre une image visuelle [111,158]. D'autre part certains auteurs décrivent également une hypoactivité de l'hémisphère droit [125].

La pathologie psychosomatique résulterait de l'absence de "traitement" des émotions, d'où une resomatisation de l'affect avec apparition ou maintien de lésions ou de troubles organiques [65,110]. Ceci expliquerait également l'échec des psychothérapies analytiques (qui pourraient même provoquer une aggravation des pathologies psychosomatiques) qui font appel à l'activité de l'hémisphère majeur, et la réussite des psychothérapies abréactives faisant appel à l'imagerie de l'expérience douloureuse (action de l'hémisphère mineur) et non à son intellectualisation [15,125].

En définitive, on peut dire que le concept d'alexithymie n'a pas encore trouvé d'explication uniciste. Néanmoins, les différentes hypothèses ne s'annulent pas, et on peut envisager par exemple qu'il existe une anomalie neurofonctionnelle, associée à un mode de défense particulier qui se caractérise le plus souvent par une déviation pathologique vers le corps des angoisses. Ce mode de défense peut apparaître dans l'enfance ou à l'âge adulte, spontanément ou suite à des facteurs environnementaux, et, s'il ne définit pas une personnalité, il renvoie cependant à un mode de fonctionnement cognitif. L'alexithymie serait-elle l'une des voies d'abord du lien entre le corps et l'esprit, un "marqueur" du déterminisme réciproque de l'un vers l'autre?



Schématisation des hypothèses étiopathogéniques

4 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Depuis 1972, les données cliniques correspondant à l'alexithymie ont pu être regroupées dans diverses populations de sujets sains et pathologiques, et les études épidémiologiques qui en découlent ont permis d'élargir le champ de l'alexithymie, en particulier en dehors de la psychosomatique.

4.1 NOTIONS DE FREQUENCE

L'épidémiologie de l'alexithymie reste très floue, malgré les nombreuses enquêtes réalisées. De nombreux biais invalident ces enquêtes, en particulier la représentativité des échantillons et les types de mesures utilisés.

Sa fréquence dans la population générale varie de 3,5% à 18,8% suivant les études [15]. Elle apparaît aujourd'hui identique chez les malades psychosomatiques et les malades somatiques, avec une fréquence d'environ 35% [12]. On la retrouve chez 5% des étudiants [12], 7,5% des consultants en psychiatrie, 30% des consultants en médecine [154], bien qu'elle ne soit pas prédictive de la maladie somatique. L'alexithymie augmenterait le nombre et la durée des hospitalisations [12,158].

Les enquêtes concernant la prédominance chez l'homme (elle serait plus fréquente) ou la femme (les scores seraient plus élevés) se contredisent, et l'âge ne paraît pas être un facteur favorisant, bien qu'on la retrouve facilement chez le sujet âgé [12,15,84]. On note dans certaines études l'existence d'un niveau d'éducation ou d'un niveau culturel bas, ainsi que la présence d'un niveau socio-économique

défavorisé [6,19,88]. Weiner considère l'alexithymie comme un des multiples facteurs de risque de pathologies variées [175].

4.2 NOTIONS DE TERRAIN

Le terrain alexithymique est également mal défini. Si l'on prend l'exemple du sujet âgé, il est parfois difficile de faire la part des choses entre dépression et détérioration des fonctions supérieures, de savoir quel est le trouble initial [25]. La perte des capacités intellectuelles a-t-elle amené progressivement une réaction dépressive ou bien la dépression dans sa durabilité est-elle responsable d'une altération des capacités mentales, d'une accélération du processus de vieillissement? Quand on réalise l'absence de traitement des états démentiels, il devient tout à fait intéressant de rechercher et de traiter alors tous ces phénomènes dépressifs.

Chez l'enfant, se pose de façon encore plus manifeste la question des "masques". L'expression par le corps, en particulier, remplace initialement une grande partie des moyens de communication. Face aux enfants qui supportent (ou portent) une constipation opiniâtre majeure faute d'accès à certains fonctionnements mentaux ou face aux adolescents qui ne peuvent s'approprier d'autres modes relationnels que de développer des pathologies comme l'anorexie mentale, il est difficile de nier l'existence d'une interrelation somatopsychique majeure [75,76]. Mais comment faire alors pour détecter ce qui dans ces comportements est signe de troubles dans la maturation de l'appareil psychique, ou plutôt somatopsychique, ce qui est signe de futures difficultés somatiques ou mentales?

On retrouve fréquemment des traits alexithymiques dans certaines populations, dont la plus étudiée est celle des patients psychosomatiques. Les sujets qui somatisent leurs émotions [65], s'ils ne sont pas tous alexithymiques le sont

plus [88], en particulier que les sujets névrosés [15]. Il existe également une sensibilité particulière des malades atteints de maladies somatiques à l'alexithymie [15]. Les migraines sévères, les douleurs chroniques, l'obésité, mais surtout les pathologies somatiques graves font le lit de l'alexithymie [125]. Ces derniers troubles, comme les dialyses et transplantations, et dans un autre registre les états démentiels, reprennent la notion de pronostic vital que l'on retrouve dans une autre population fréquemment décrite comme alexithymique que sont les sujets souffrant de syndromes psychotraumatiques [64]. Les séquelles de traumatismes (déjà citées en 1968 par Krystal), en particulier ayant mis la vie du sujet en danger (réactions aux catastrophes, état de stress post-traumatique des anciens combattants du Vietnam ou des survivants de camps de concentration), ont déjà été évoquées [77].

Néanmoins, l'alexithymie a été largement décrite dans d'autres situations, et en l'absence de troubles somatiques. Les névroses de caractère [78], les troubles narcissiques [158], l'anxiété et la dépression, en particulier la dépression masquée à expression somatique, avec une souffrance thymique non reconnue par le patient [88,158] sont en rapport avec la pensée opératoire. Mais d'autres populations et pathologies sont citées: les personnalités pathologiques et sociopathes [65,150]. les perversions sexuelles [100], les addictions - toxicomanies [77] et alcoolisme (prévalence moyenne de 50%, en particulier associée à l'anxiété et à l'abstinence récente) [67] -, les troubles du contrôle des impulsions et les passages à l'acte [125], les troubles des conduites alimentaires [51].

Enfin on remarque ces traits également chez les sujets normaux, et en particulier chez les étudiants [15,65,150].

4.3 ALEXITHYMIE ET TROUBLES SOMATIQUES

Pierre Marty établit les principes de la somatisation sur l'inadéquation de l'individu aux conditions de vie rencontrées: "*... lorsque la disponibilité conjuguée de l'appareil mental et des systèmes de comportement se trouve dépassée, mise en échec par une situation nouvelle, c'est l'appareil somatique qui y répond ...*" [106]. Ces structures fondamentales dans l'organisation psychosomatique, qu'il définit à partir des comportements, ont été reprises afin de relier maladies somatiques et organisations mentales. Il semblerait y avoir une différence entre les désorganisations progressives, donnant lieu finalement à des maladies évolutives, et les régressions mentales - fixations somatiques qui "court-circuitent" certains paliers de l'élaboration mentale sur des voies latérales -, donnant lieu à des maladies réversibles [157].

L'alexithymie serait prédictive des symptômes somatiques médicalement inexplicables, symptômes qui se rapprocheraient plus des affections psychosomatiques que des pathologies somatiques chroniques [69]. Les symptômes alexithymiques semblent présents de façon privilégiée dans certaines pathologies, qualifiées actuellement de psychosomatiques. Les maladies psychosomatiques les plus explorées en matière d'alexithymie sont les troubles gastro-intestinaux, cardiovasculaires et respiratoires: la rectocolite hémorragique, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le syndrome du colon irritable, l'ulcère gastro-duodéal, l'angine de poitrine, l'asthme [15,54]. L'alexithymie apparaît, de façon comparable à la dépression, comme phénomène accompagnateur d'affections organiques en général sévères. De la même façon, l'alexithymie dite secondaire peut apparaître suite à une maladie chronique, conséquence d'une adaptation à la limitation de la qualité de vie [157]. Il s'agit en particulier des pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, coronaropathies), bronchopulmonaires (bronchite chronique, tuberculose, emphysème), dermatologiques

(eczéma, psoriasis, AIDS), rhumatologiques (lombalgies, polyarthrite rhumatoïde), neurologiques (sclérose en plaque) [15,65].

L'étude de l'alexithymie dans ces populations montre également l'absence de différence fondamentale entre les maladies somatiques et les maladies psychosomatiques [9]. En effet l'appellation psychosomatique apparaissait lorsque les symptômes alexithymiques étaient retrouvés, que ce soit en traits alexithymiques, ou sous la forme d'un état secondaire à l'apparition de la maladie. L'examen des réactions somatiques, en particulier cardiovasculaires [90,153], aux émotions met en évidence l'importance des éléments psychologiques dans le déterminisme des pathologies somatiques.

Theisen a mis en évidence le déni des émotions, la moindre conscience du corps et de sa souffrance, expliquant l'existence d'infarctus passés dans certains cas inaperçus, pour lesquels les facteurs psychosociaux étaient marquants [167]. Friedman et Rosenman avaient défini en 1959 un ensemble de réactions émotionnelles et d'attitudes regroupées sous le terme "profil comportemental de type A" (*Pattern A*), considéré comme facteur de risque coronarogène [48].

En outre, le rôle de l'alexithymie dans le diagnostic de ce type de pathologie cardiaque a été évoqué par Kauhanen *et al.* [68]. Ils montrent que si l'alexithymie n'intervient pas dans la pathogénie des cardiopathies ischémiques, son rôle est lié aux troubles du comportement et aux difficultés d'expression, en particulier la négation de symptômes. De plus ils remarquent que les patients alexithymiques ont moins de lésions d'athérosclérose, et posent la question d'une possible prévention chez ces sujets.

On soulignera qu'un écueil à la recherche de symptômes alexithymiques est la difficulté à aborder ces malades [7,169,170]. Eysenck et Grossarth-Maticek ont étudié la différence entre interviews et questionnaires de ces patients, et

mettent en évidence la difficulté à explorer les affects dans des populations de coronariens ou de cancéreux [56].

5 RELATION AVEC D'AUTRES CONCEPTS CLINIQUES

Etant donné les limites floues et les références multiples du concept, on a essayé de mettre en évidence d'éventuels rapports entre l'alexithymie et divers aspects de la clinique psychiatrique. Il s'en est détaché des liens avec certaines entités, et en particulier avec la dépression.

5.1 PERSONNALITES, NEVROSES ET PSYCHOSES

Quelque soit l'aspect abordé de l'alexithymie, il est important de la situer en terme de personnalité. Chez un sujet, sain ou pathologique, on décrit un "profil de personnalité", regroupement spécifique de "traits (primaires) de personnalité" (ou tendances). Mais la personnalité dans un sens général (assimilée pour certains à la notion ontogénétique de constitution de Bouchard) [128: A. Porot] se définit comme l'organisation dynamique des aspects cognitifs, affectifs, conatifs, physiologiques et morphologiques de l'individu, d'où les typologies foisonnantes de la personnalité [128].

On regroupe classiquement sous le terme de tempérament les facteurs biologiques (statiques, dynamiques, physiologiques et morphologiques) de la personnalité, par opposition aux facteurs psychologiques. De même, on regroupe classiquement sous le terme de caractère (Heuyer, Mounier) [52,128: H. Luccioni] les facteurs affectifs et conatifs (pulsionnels et volitionnels) de la personnalité [128].

Si on associe ces derniers aux facteurs sociaux, institutionnels et événementiels, on aboutit à la notion de comportements ou de conduites (instinctuelles et sociales). Mais la notion de caractère déborde parfois ces définitions, soit en typologie avec les études de caractérologie (Le Senne) [128: A. Porot], soit en tant qu'aspect concret et saisissable de la personnalité (Paulhan) [128: A. Porot], alors assimilé à une extension de la notion de comportement, spécifique du sujet comme l'est sa personnalité, ce qui rend l'utilisation du terme discutable [52,113].

En revanche, les affects (non dans le sens psychanalytique du terme) sont un élément central dans l'étude de l'alexithymie. Ils regroupent en effet les émotions, réactions immédiates brèves (comme par exemple l'angoisse) à composante somatique, pouvant ou non être mentalisées, et les sentiments, effets secondaires persistants plus élaborés [128]. Piéron préfère utiliser le terme d'affectivité, réservant le terme d'affects aux aspects émotionnels les plus élémentaires qu'il classe en trois catégories: agréable, désagréable, intéressant [128: T. Kammerer].

Il faut en différencier l'humeur (sphère thymique), celle-ci étant la disposition affective fondamentale principalement liée aux états émotionnels instinctifs, oscillant entre les pôles pathétiques et apathiques (Delay) [128: A. Porot]. Parallèlement la conscience (sphère noétique), mais pas au sens restreint de vigilance, est à distinguer d'un dernier aspect de la personnalité non encore envisagé, correspondant aux facteurs cognitifs (intellectuels), car elle appréhende plutôt la tonalité perceptive et intellectuelle liée à ces fonctions cognitives dans la connaissance de soi et de l'environnement [128].

Ainsi l'affectivité se situe dans une dimension intermédiaire entre la notion de personnalité - en termes de tempérament ou de caractère - voire de comportement dans son sens le plus général, et la notion de "tonalité" - se rapportant à l'humeur ou à la conscience - ; cette dimension permet de penser que l'observation des symptômes alexithymiques découle en fait d'une autre façon d'aborder l'individu.

Si l'alexithymie ne s'associe pas à un profil ou à des traits de personnalité, et que l'on peut retrouver les symptômes alexithymiques tant chez le sujet sain que chez le sujet névrotique, psychotique, ou psychosomatique, l'étude de ses liens avec des modèles de personnalité a été étudié, en particulier les corrélations entre l'alexithymie mesurée par la *Toronto Alexithymia Scale* et le modèle à trois dimensions de personnalités du *Eysenck Personality Questionnaire* [159], puis le modèle à cinq dimensions basiques de personnalité du *Neuroticism, Extraversion, Openness to experience - Personality Inventory (NEO-PI et NEO-FFI)* de Costa et McCrae [103]. Les sujets alexithymiques se caractérisent par l'importance des émotions négatives et la faiblesse des émotions positives, la réduction des intérêts, l'absence d'analyse, l'orientation factuelle, la préférence des sujets familiers, l'incapacité à gérer le stress. Ces éléments montrent que l'alexithymie n'est pas en corrélation avec une structure précise de personnalité, et qu'on ne peut parler de "personnalité alexithymique" de la même façon qu'il est difficile de définir une "personnalité psychosomatique". C'est un mode de fonctionnement qui interagit avec les éléments de personnalité - avec des résultats ainsi très différents - et se manifeste plus par des modalités relationnelles que par un profil de personnalité. Au seuil des comportements et des personnalités se pose le problème des épisodes dépressifs, réactions alternatives possibles mais qui, chez le sujet alexithymique, prennent un aspect clinique atypique.

Les relations entre l'alexithymie et certaines variables psychologiques ont été précisées en particulier par les travaux de l'équipe de Toronto [164]. Il y aurait une corrélation positive entre alexithymie et certains facteurs:

- la somatisation (*Psychosomatic Symptom Checklist* de l'Equipe de Montréal)
- l'extraversion
- la "rêverie diurne positive et constructive", échelle du *Short Imaginal Process*

Inventory

- la “rêverie diurne avec culpabilité et peur de l’échec” et le “faible contrôle attentionnel” où l’on retrouve une pauvreté imaginaire, une incapacité à être absorbé par ses rêveries, une certaine culpabilité, et des éléments dysphoriques dans les rêveries

- la colère intériorisée (*Anger Expression Scale* de Parker, Taylor et Bagby)
- l’ “introversion sociale”, sous-échelle de la *Basic Personality Scale*.

Il y aurait une corrélation négative entre alexithymie et d’autres facteurs:

- la désirabilité sociale (échelle de Crowne-Marlowe)
- la colère extériorisée (*Anger Expression Scale* de Parker, Taylor et Bagby)
- l’élaboration psychologique (Equipe de Montréal)
- la force du Moi (*Barron’s Ego Strength* de l’Equipe de Montréal).

5.2 COMPORTEMENTS ET ALCOOLISME

Les troubles du comportement associés à l’alexithymie évoquent le “Profil de Type A” décrit par Friedman et Rosenman en 1974 [48], cité précédemment, qui se caractérise par trois facteurs [70]:

- la dimension ponctualité-perfectionnisme (investissement dans le travail, quête de l’approbation sociale)
- la dimension rapidité-impatience (urgence du temps)
- la dimension compétitivité-combativité (ambition, recherche de responsabilités, hautes exigences envers soi-même)

Ce *Type A Behaviour Pattern* a été en particulier incriminé dans l’étiologie des cardiopathies ischémiques. Les principaux points communs de ce “Profil de Type A” avec les patients alexithymiques sont le recours à l’action, la rigidité de l’évaluation rationalisée des émotions, l’absence de ressenti corporel, l’inaccessibilité aux témoins physiques du stress, le déni du besoin des autres et le refus du support social.

Le recours aux "agir" a été particulièrement décrit chez le sujet âgé ou dément, et se caractérise par les troubles du comportement à type d'agitations, de fugues, d'actes auto ou hétéroagressifs [168]. Dans ces troubles du comportement prennent place bien évidemment les conduites addictives et l'alcoolotabagisme.

Les passages à l'acte non mentalisés, la propension à recourir à l'action au détriment des représentations psychiques sont très fréquents chez les sujets addictifs. Ces comportements pathologiques pourraient, par leurs effets biologiques, représenter une tentative d'auto-médication à finalité adaptative.

L'alcoolisme a une place particulière dans l'alexithymie, en ce qu'il représente aussi une réponse dans l'agir aux situations de souffrance émotionnelles, déjà décrite par Sifneos en 1973 [148]. La première étude de prévalence concernant la présence d'alexithymie chez les sujets alcooliques avait rapporté un taux de 78% [140]. Que ce soit dans l'intoxication aiguë majeure ou dans l'intoxication chronique sévère, les sujets sont fortement représentés dans les populations alexithymiques [67]. Chez les familles d'alcooliques, l'alexithymie affecte une majorité des membres de la famille [49]. Ceci ajouté à l'absence de corrélation entre la gravité de l'addiction et la présence d'alexithymie plaide en faveur d'une alexithymie primaire, où l'alcoolisation représente une tentative pour juguler l'apparition de phénomènes émotionnels non identifiés [67]. Cet essai de contrôle des expériences affectives mal comprises pourrait être un facteur de risque quant à la survenue d'une dépression secondaire.

Pour Haviland, le score d'alexithymie de ces sujets serait en corrélation avec celui de dépression [58]. Cecero montre la correspondance entre l'intensité de l'alexithymie et la sévérité des symptômes affectifs (irritabilité, intolérance) chez des sujets alcooliques [22]. Ces deux auteurs considèrent eux que l'alexithymie est un phénomène secondaire qui a tendance à s'estomper avec l'amélioration de la symptomatologie dépressive.

5.3 ANHEDONIE ET DEPRESSION

L'anhédonie est un concept repris de façon plus récente en psychiatrie. C'est à l'origine un néologisme formé par un psychologue français, Ribot, en 1896 [134], pour définir le déficit affectif touchant en particulier les mélancoliques. Ce syndrome dont la définition est "... l'incapacité à éprouver du plaisir ..." peut être, à l'instar de l'alexithymie, séparée en anhédonie-trait et anhédonie-état [92], faisant donc référence soit à la personnalité, soit à des troubles psychiatriques.

Habituellement considérée comme faisant partie de la symptomatologie négative de la schizophrénie (mesurée par la SANS d'Andreasen [4]), dont elle serait un facteur prédictif [91], l'anhédonie a été étudiée dans la dépression, en particulier la dépression endogène [74], et en tant que trait de personnalité, facteur prédisposant, en particulier à la dépression [8]. Chez le déprimé, cette anhédonie est éprouvée comme la perte de la capacité à ressentir du plaisir, et contribue en partie à la perte d'intérêt et au désinvestissement du monde extérieur [38], ce qui évoque une relation avec l'alexithymie.

L'évaluation de l'anhédonie pose les mêmes problèmes que celle de l'alexithymie, la seule échelle existante et traduite en Français étant la double échelle d'anhédonie physique et d'anhédonie sociale de Chapman [8].

Les travaux sur les liens entre dépression et alexithymie sont nombreux.

Wise retrouve une forte corrélation entre alexithymie et dépression chez des patients atteints de maladies organiques graves [178], mais qui serait absente chez les malades mentaux [179]. Haviland *et al.* décrivent les interrelations dans le temps entre alexithymie et phénomènes dépressifs mesurés par la *Beck Depression Inventory (BDI)* dans une population de sujets alcooliques [59]. Heerlein *et al.*, retrouvant une plus forte corrélation entre l'alexithymie et la dépression endogène (plutôt

que névrotique), posent la question du type de liens existant entre dépression et alexithymie [60]. Parker *et al.* considèrent ces deux entités cliniques comme indépendantes, bien qu'elles puissent être associées [122].

Nadine Bazin insiste sur la similitude entre l'alexithymie-état et la dépression en tant que modalité réactionnelle, entre l'alexithymie-trait et les comportements autoagressifs, témoins de la dépression [13]. Clément *et al.* réintroduisent ces notions, où l'alexithymie-état est considérée comme un mode de réaction pouvant soit protéger de la dépression, soit faire le lit d'une dépression "psychosomatique" (reprenant le concept de dépression essentielle de Marty), caractérisée par une expressivité clinique pauvre. Ils supposent en particulier l'existence chez le sujet âgé d'une alexithymie-trait plus marquée (et d'une réactivité alexithymique plus importante), s'associant volontiers à une dépression secondaire, plus ou moins masquée suivant qu'elle dépasse les possibilités de dépression "mentalised" [27].

6 INSTRUMENTS DE MESURE EXISTANTS

Il existe un certain nombre de questionnaires ou d'échelles d'évaluation globale ou partielle.

Le premier en date est le Beth Israël Questionnaire (BIQ) de Sifneos [148], qui a servi à définir le concept en 1972. Traduit en Français en 1992 par Smith, Daurat et Pariente [155], il comprend 17 items dont 8 apprécient l'alexithymie (affirmée pour un score supérieur ou égal à 6). La cotation est binaire (réponses oui/non ; score de 0 à 8). Rad et Lolas en ont fait une cotation à 7 degrés par item afin de définir un "profil alexithymique" [174].

Le second instrument est un autoquestionnaire, réalisé également par Sifneos en 1979: le Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS) [6].

Sifneos l'a remanié en 1986, le réduisant à 20 items à réponse dichotomique (un score supérieur ou égal à 10 signe l'alexithymie): c'est le Schalling-Sifneos Personality Scale-Revised (SSPS-R) [151], également traduit en Français par Smith, Daurat et Pariente [155]. La même année, Faryna présente un questionnaire issu de la SSPS à 22 items, présentés sous forme d'échelles analogiques: l'Analog Alexithymia Scale (AAS) [40].

Kleiger et Kinsman reprennent en 1980 22 des 550 items du MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) pour créer le MMPI-Alexithymia Scale (MMPI-AS) [72]. Un score de plus de 14 à l'autoquestionnaire ferait porter le diagnostic d'alexithymie. Les auteurs le décrivent comme un instrument stable, ayant un accord à 82% avec le BIQ [158]. Il y aurait une version abrégée à 20 items corrélés aux 8 items du BIQ [13]. L'Irvine Drive Scale de Shipko et Noviollo est une échelle issue du MMPI en 1984 [145].

L'Archetypal test with 9 elements (AT9 ou ATP9 test) de Demers-Desrosiers, en 1982, est basée sur les théories anthropologiques de G. Durand: analyse de la structure d'un mythe et calcul de score [33]. C'est donc une mesure qualitative et partielle, évaluant l'activité symbolique et fantasmatique (test grapho-projectif) [12,158]. L'instrument quantitatif lui correspondant est le Scoring Archetypal test with 9 elements (SAT9) [33].

L'Affect Vocabulary Score (AVS) de 1985 est créé par Taylor à partir de 5 planches du TAT (Thematic Apperception Test) [164]. Defourny avait déjà sélectionné, en 1976, 5 planches du TAT dans une étude sur le profil de "type A" chez les patients coronariens [32]. Le test projectif du Rorschach a également été utilisé en 1977 (Vogt) [172], 1978 (Safar) [141], 1982 (Taylor) [158], 1988 (Acklin) [1]. Les examens avec techniques projectives ont été essayés par Federman et Mohns en 1984, Taylor et Doody en 1985, Acklin et Bernat puis Jaffé et Skolnick en 1987 [65]. Tous ces

tests sont, comme les tests de langage, des mesures partielles de l'alexithymie [125]. Le *Giessen Speech Analyser* [16] et Le *Gottschalk-Gleser method* [55] ont été les plus utilisés, ce dernier par Doody et Taylor [163] et par Rad et Lolas, montrant la dépendance des sujets aux situations [174]. Un autre instrument plus spécifique mérite d'être signalé: c'est l'*Interoceptive Awareness Subscale of the Eating Disorder Inventory* de Garner, en 1983, comprenant 10 items, utilisé exclusivement dans l'anorexie-boulimie [51].

Taylor va présenter en 1985 l'instrument qui deviendra dans sa version définitive l'un des plus performants, d'après les Anglo-saxons: la *Toronto Alexithymia Scale (TAS)* [165]. C'est un autoquestionnaire de 26 items (15 assertions positives ; 11 assertions négatives) dont la cotation se fait de 1 à 5 points (échelle de type Likert) ; un score supérieur ou égal à 74 témoigne de la présence d'une alexithymie alors qu'il témoigne de son absence s'il est inférieur ou égal à 63. Il a été traduit en Français par M.P. Marchand en 1992 [94]. Deux échelles en découlent: la *Revised Toronto Alexithymia Scale* [162] et la *Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)* [10] de Taylor, en 1992, dont la traduction par Loas et Marchand en 1995 est encore en cours de validation [93,95,96].

D'autres instruments sont apparus depuis, mais les enquêtes s'y rapportant ne sont pas suffisamment concluantes. L'*Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRO)* de Krystal en 1986 comprend un entretien structuré avec 17 questions [79]. On signalera également le *Q-set alexithymia prototype* de Haviland en 1995 [150], l'*Affect Rating Scale* de N. C. Andreasen qui évalue l'*affective flattening* dans les troubles affectifs et l'anhédonie [3]. Le seul instrument français est le *Test de Saisie Visuelle Parallèle (TSVP)* de M. Montreuil apparu en 1989, mesure indirecte qui a peu été utilisée [44,109,110,111,112].

7 ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'ELABORATION D'UNE ECHELLE FRANÇAISE D'ALEXITHYMIE

7.1 PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

L'alexithymie est un phénomène qui touche toute la population. Elle est présente chez environ 5% de la population générale, et jusque 50% dans certaines pathologies. La morbidité de l'alexithymie à elle seule justifie l'intérêt de son évaluation.

7.2 VULNERABILITE A CERTAINES MALADIES

Comme cela a été détaillé précédemment, l'alexithymie pose la question d'une vulnérabilité à certaines affections. Ce sont en particulier les maladies somatiques. Celles-ci peuvent être symptomatiquement peu expressives, ou ignorées par les patients, dans les populations d'alexithymiques. Elles sont le plus souvent graves et de déclaration subite chez ce type de patients. Qui plus est, l'alexithymie peut s'accompagner de conduites morbides comme les addictions ou les troubles des conduites alimentaires, pour lesquelles elle est non plus un facteur de risque, mais un facteur de comorbidité. Son diagnostic serait utile à l'étude de cette vulnérabilité.

7.3 MASQUE D'AFFECTIONS PSYCHIQUES

La présentation clinique des troubles mentaux a évolué depuis le début du siècle, ce dont témoigne mal l'évolution des classifications comme la

CIM [120] ou le DSM [2]. On peut l'attribuer au développement de thérapeutiques nouvelles, mais de façon assez globale l'"atypie" se généralise, ce qui a amené à parler de pathologies masquées, comme en particulier pour la dépression [71]. Cette notion de "masques" se retrouve dans la multiplication des formes cliniques des troubles somatiques. Les multiples formes atypiques d'infarctus du myocarde en sont un exemple. Ceci pose, outre la problème diagnostique voire nosographique, la question de la pathogénie de ces affections. Le déterminisme psychologique apparaît de plus en plus fréquemment, pour l'instant plutôt sous la forme de facteurs prédisposants.

Ainsi, si la recherche sur les perturbations métaboliques ou anatomiques se poursuit pour des maladie psychiques comme la schizophrénie, une certaine forme de recherche neuropsychologique, se développe pour des pathologies considérées comme organiques, par exemple la démence. Cette expansion d'un "état d'esprit psychosomatique" oblige à reconsidérer l'approche nosologique classique et à rechercher d'autres syndromes qui seraient autant d'éléments représentatifs de ces intrications psychosomatiques. L'alexithymie peut être considérée comme un de ces "marqueurs" et son diagnostic pourrait permettre le dépistage et le traitement d'affections psychiatriques dont elle masque l'expression clinique.

7.4 NECESSITE D'UN DEPISTAGE AVANT DECOMPENSATION

L'alexithymie est donc à la fois un facteur de vulnérabilité à certaines maladies, en particulier somatiques - le concept est né de l'étude des affections psychosomatiques - et un syndrome clinique qui modifie la présentation de certains troubles mentaux, comme la dépression.

D'une façon assez proche, l'anhédonie se retrouve dans la dépression, mais aussi dans d'autres troubles comme en particulier la schizophrénie. L'anhédonie comme l'alexithymie peuvent être considérées comme des "marqueurs" d'un

axe différent de la psychopathologie. En effet, elles correspondent à l'existence de comportements s'inscrivant dans un plus long terme que les pathologies aiguës, comportements que l'on retrouve dans des populations diverses, pathologiques ou saines.

Leur particularité (et peut-être le lien qui les unit) est d'avoir trait aux affects et aux émotions, zone charnière et point central des interrelations entre le corps et l'esprit. Si dans l'une il s'agit d'une difficulté à éprouver du plaisir, forme d'affect, dans l'autre c'est la difficulté à ressentir et expliquer ces affects qui ressort.

Le dépistage de l'alexithymie devrait être précoce, "généralisé" ou "systématique", afin d'effectuer un réel travail de prévention, c'est-à-dire de la prendre en charge avant l'apparition de décompensations.

7.5 UTILITÉ D'UN DÉPISTAGE EN VUE DE SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES

L'intérêt du dépistage est la possibilité de mettre en place une démarche de prévention. Dépister, c'est envisager des solutions thérapeutiques. Mais pour que les essais de soins puissent se développer, il est important de les tester sur des échantillons de population alexithymiques, d'où l'importance de l'évaluation qualitative.

La question de la thérapeutique se résume aux différentes formes de psychothérapies, la chimiothérapie n'ayant pas encore été envisagée, même si le modèle théorique de Nemiah pouvait évoquer un hypothétique rôle de la dopamine. On peut remarquer cependant que des traitements antidépresseurs ont pu soigner l'alexithymie-état présentée par des sujets dépressifs [12].

Il est à noter que le terme de thérapie employé à propos de l'alexithymie ne va pas sans poser un problème éthique et technique. La plupart des sujets alexithymiques ne se plaignent nullement d'une quelconque souffrance, voire même

d'une difficulté relationnelle. Flannery détaille les problèmes posés par ces patients aux médecins [39]. Un certain nombre se retrouve dans la population générale à laquelle il serait difficile de proposer un traitement (même préventif) compte tenu de la grande part de spéculation dans les risques de maladie psychosomatique encourus par ces sujets. Pour les autres, l'accessibilité à une psychothérapie, sans technique fiable à proposer actuellement, est des plus réduites, et l'abandon rapide de la thérapie est le résultat le plus fréquent [125].

Les somaticiens, qui les considèrent comme "psychologiquement normaux", banalisent les symptômes en l'absence de cause organique, ou multiplient les investigations et les traitements, d'où les complications iatrogènes. Les psychiatres, peu ou tardivement consultés, pourraient participer à une prise de conscience du rôle de l'alexithymie secondaire, d'où l'importance de la psychiatrie de liaison.

Bien que les cures brèves semblent les plus efficaces sur le symptôme [158], l'inaccessibilité analytique est communément admise. Le contre-transfert est le plus souvent massif, avec ennui, frustration, énervement et fatigue [158]. Sifneos considérait d'emblée que les thérapies psychodynamiques, génératrices d'anxiété, nécessitent un degré d'élaboration psychologique, une capacité de verbalisation, un intérêt pour l'introspection et l'analyse de ses propres pensées et comportements qui sont absents chez les sujets alexithymiques. Elles sont donc pour lui contre-indiquées car génératrices d'une augmentation des symptômes somatiques [150]. L'alexithymie serait le symptôme le plus prédictif d'inefficacité de la psychanalyse [12]. Ces thérapies pourraient pourtant être proposées dans des situations d'alexithymie secondaire [78].

En revanche, les thérapies de soutien, qui suppriment l'anxiété par une réassurance affective, des tentatives de transformation de

l'environnement, des médiations, peuvent être proposées en situation d'alexithymie primaire, en particulier sous forme de thérapies de groupe [158] et de thérapies à visée éducative [45], surtout en cas de somatisation. Sifneos propose en plus l'association d'une chimiothérapie psychotrope [150]. Blumer et Heilbronn [17] ajoutent des antidépresseurs en cas de dépression masquée, alors que Flannery préconise de faibles doses de tranquillisants en cas de plaintes somatiques [40].

Pour les patients présentant des troubles physiques, deux difficultés sont à prendre en compte. Tout d'abord, la maladie doit être reconnue par le thérapeute, mais suffisamment peu pour éviter de renforcer la dépendance. Ensuite les relations entre somaticien et psychothérapeute peuvent être complexes et perturbatrices pour la thérapie [125].

La cure d'inspiration analytique modifiée peut être proposée au patient dans certaines conditions: perception d'une souffrance psychique, quête de la connaissance de soi, aptitude à supporter la situation psychanalytique, acceptation de dépendre sans peur d'un autre. Malgré leur capacité d'empathie limitée, les défaillances dans leur faculté à interagir émotionnellement avec le thérapeute, l'absence d'activité fantasmatique limitant les possibilités d'interprétation, le transfert très faible et surtout le risque de réactions contre-transférentielles négatives, une thérapie réactualisée dans un sens éducatif, qui se rapproche en ce sens des thérapies "behaviouristes", semble efficace.

Krystal a proposé les modifications suivantes:

- inclusion d'une phase préalable "éducative" expliquant les caractéristiques alexithymiques du patient
- recherche des mécanismes provoquant les réponses inadéquates émotionnelles
- soutien dans la tolérance aux affects et à l'auto-observation de l'expérience des émotions, source de reconstruction des éléments cognitifs de l'émotion, de son sens, de

la différenciation entre les affects ; reprise des affects en tant que signaux personnels supposant des réponses adéquates et interprétation des échecs

- nomination et verbalisation des affects avec “désomatization”.

Joyce Mac Dougall note l'importance du cadre psychanalytique qui, comme les modalités de la “cure”, doit être adapté. Elle pose également le problème du contre-transfert mis à rude épreuve (confer la relation blanche) et du matériel de transfert peu interprétable. Elle propose le terme de “communication primitive” pour le discours écran de ces patients alexithymiques. Parfois apparaît à la place de la forclusion de l'affect un débordement, source de dépersonnalisation ou de troubles de la perception. Ainsi, le premier travail de l'analyste est de constituer un cadre suffisamment protecteur, et de porter une attention toute particulière au contre-transfert, bon témoin des processus alexithymiques [125].

L'accès au jeu, suivant les principes de Winnicott, en apprenant au patient à “jouer” avec des images, des pensées, des idées paraît une approche intéressante [158]. Mais la psychothérapie reste, comme le dit Langs, un travail de patience avec ces sujets [83].

Les essais de thérapies cognitivo-comportementales de l'alexithymie quant à elles n'ont donné lieu à aucune publication. Pourtant le traitement de ce style cognitif, ou des traits qui lui sont liés comme l'assertivité ou l'anxiété, pourrait être modélisé dans des techniques comme l'entraînement aux habiletés sociales (techniques d'affirmation de soi), la restructuration cognitive, l'auto-contrôle ou l'imagerie. Le but en serait l'acquisition de la capacité à nommer et à exprimer ses propres émotions ainsi que l'enrichissement de la vie imaginaire.

Rickles, lui, développe le remplacement de l'objet transitionnel, parlant de *biofeedback machine* [135]. Par ailleurs certaines thérapies reprennent les notions de latéralisation cérébrale dans la recherche d'une modification des relations interhémisphériques [125]. Enfin la relaxation, le training autogène, la

méditation, l'imagerie guidée, l'hypnose sont autant de moyens de prise de conscience du corps [46,158].

La difficulté d'une thérapie tient non seulement aux caractéristiques propres à l'alexithymie, mais aussi au fait qu'on peut toujours discuter son rôle lorsque l'alexithymie est associée à une situation pathologique. Les cures de type analytique elles-mêmes semblent ne pouvoir agir que sur le symptôme et pas sur le fonctionnement mental. Mais la question se pose alors de la valeur du symptôme alexithymique, en particulier dans l'alexithymie secondaire, et des conséquences de sa disparition dans l'économie psychique du sujet. Enfin, l'absence de demande du sujet reste l'obstacle majeur à l'initiation et à l'efficacité de toute thérapie [125].

7.6 MAUVAISE ADAPTATION DES ECHELLES ANGLO-SAXONNES TRADUITES

Le dépistage de l'alexithymie nécessite donc un outil, outil qui n'existe que dans les travaux anglo-saxons. Ces échelles, précédemment décrites, sont pour la plupart peu satisfaisantes, et surtout leur traduction et validation en langue française, rares, s'avèrent mal adaptées. L'idée d'une échelle française doit tenir compte d'une part des données culturelles et sociales de notre pays, d'autre part des caractéristiques propres à la population concernée, en l'occurrence celle des sujets alexithymiques. En 1981 Lesser décrit en situation thérapeutique des patients "ternes et ennuyeux" [86]. Ceux-ci doivent pouvoir se retrouver et s'exprimer dans l'échelle proposée. On retrouve ici le même type de difficultés posé par l'évaluation de la démence, où la première étape consiste, pour le patient, à comprendre la question [25*]. Le sujet alexithymique est dans l'impossibilité d'élaborer un discours ou une pensée autour des affects, et se trouvera rapidement en difficulté face à des questions concernant les émotions.

7.7 ABSENCE D'UN OUTIL FIABLE ET FACILE D'UTILISATION

Lesser montrait dans le début des années 80 la profonde différence entre les concepts métapsychologiques, non vérifiables empiriquement, et les concepts phénoménologiques, cliniques, vérifiables empiriquement [87]. A partir d'une définition vague de l'alexithymie en 1972, "*incapacité à verbaliser ses émotions ou ses sentiments*" [15], apparaît l'année suivante un questionnaire de définition du sujet [148]. Apfel et Sifneos créent le premier autoquestionnaire en 1979 [6]. Plus tard, certains comme Sifneos conseillent d'associer les instruments, comme par exemple BIQ, ARS, TAS [150]. Nous sommes actuellement en présence de deux types d'instruments. Les premiers sont des mesures partielles insuffisantes par définition, et se rapportant souvent à d'autres variables. Les seconds, mesurant globalement l'alexithymie sont inadaptés par manque de fiabilité ou excès de complexité. D'où l'importance de réaliser un outil qui, en définitive, n'existe toujours pas [65].

La recherche d'un instrument d'évaluation de l'alexithymie correspond à l'aboutissement d'un essai de compréhension du phénomène alexithymique. Le premier problème qui se pose est la façon d'aborder l'alexithymie. On peut en effet essayer de reprendre les éléments d'une personnalité ou d'un fonctionnement cognitif, puisque ces aspects de l'alexithymie existent aussi chez des sujets sains. Le travail se place alors plutôt dans une perspective étiopathogénique, cherchant à savoir ce qui participe à l'alexithymie, et ce à quoi participe l'alexithymie. Il faudrait donc tenir compte des diverses variables psychologiques ainsi que des différents modes de communication et d'expression des émotions. Notre objectif, qui s'oriente plus vers un développement clinique, a pour but de réussir à individualiser un ensemble de critères permettant d'affirmer l'alexithymie. Ces critères doivent être compatibles avec le concept et adaptés à notre population, à notre culture. La formulation des items prend ici toute son importance. L'instrument doit être compréhensible dans ses items, d'utilisation facile dans un but de dépistage voire de diagnostic, et fiable dans ses qualités métrologiques.

Après avoir défini ce que l'on veut mesurer, c'est-à-dire cerné les limites du concept étudié, puis établi le but de cette mesure, soit le diagnostic et le dépistage, il a fallu déterminer le type d'instrument le plus adapté, non seulement à l'objet de son évaluation mais aussi au sujet qui va le passer. Alors que Jaffé affirmait que l'alexithymie n'existerait pas avant qu'un élément de mesure fiable n'apparaisse, Legoretta a bien montré la difficulté à évaluer cette alexithymie [85].

DEUXIEME PARTIE

MISE AU POINT ET CONTRIBUTION A
LA VALIDATION D'UN INSTRUMENT

1 OBJECTIFS

Compte tenu des éléments précédents, la mise au point d'un instrument d'évaluation, au moins qualitative, de l'alexithymie se justifie dans un but de dépistage. Ce travail a pour objectif de construire une échelle compréhensible et facilement utilisable, adaptée à notre contexte socioculturel, puis de s'assurer de ses qualités métrologiques, en particulier sa fiabilité.

2 MISE AU POINT

L'organisation de ce travail s'est effectuée en trois temps.

Le premier temps a consisté à reprendre les instruments de mesure existants, de façon exhaustive, de les critiquer, et d'en sélectionner les éléments qui paraissaient les plus adaptés. Simultanément ont été créés certains items en rapport avec le concept d'alexithymie, susceptibles d'être nécessaires et adaptés à l'instrument de mesure. Après avoir regroupé les éléments impératifs à l'échelle théorique, les items ont été modifiés pour être en concordance avec des exigences détaillées plus loin (cette échelle doit entre autres avoir une fiabilité et une fidélité maximales et se coter rapidement et globalement).

Dans un deuxième temps, ont été choisies des populations dans lesquelles le phénomène alexithymique est classiquement retrouvé, et mis en place un protocole pour proposer l'échelle à ces différentes populations, afin de pouvoir recueillir un ensemble d'éléments à comparer aux données actuelles. L'échelle construite a pu alors être introduite dans ce protocole d'entretien, permettant de la comparer à un autre instrument, à une impression clinique, d'étudier l'influence de certains facteurs, sociaux et médicaux. Entre autre, deux entretiens par patient ont été prévus afin d'étudier

la stabilité dans le temps de l'échelle. D'autres échelles ont permis également la comparaison à des troubles psychologiques différents comme par exemple la dépression. Les premiers résultats ont permis de corriger l'échelle sur certains points de détail (difficultés méthodologiques rencontrées, incohérences de "terrain"), et de recommencer un travail prospectif sur un instrument qui apparaissait alors cohérent.

Dans un troisième temps, a été effectué un recueil complet des données fournies par les examens: données cliniques et biographiques, résultats des différentes échelles, résultats item par item pour notre instrument, et commentaires éventuels des sujets testés le concernant. Ces données ont été travaillées à plusieurs niveaux différents. Tout d'abord, une analyse descriptive a permis de comparer les résultats aux résultats antérieurs d'autres travaux. Ensuite, grâce à l'analyse statistique des résultats on a pu étudier les corrélations entre les différentes données exploitées. Enfin, il a été possible d'évaluer métrologiquement sa fiabilité, son homogénéité, sa fidélité et de déterminer des scores seuils. Des modifications ont été apportées afin de pouvoir valider l'échelle en tant qu'instrument de mesure de l'alexithymie et en tant qu'instrument différentiel par rapports aux autres variables mesurées. Les résultats ont amené à reformuler à partir de l'ensemble des questionnaires deux échelles modifiées, dont les qualités métrologiques ont été comparées à l'échelle initiale.

2.1 CRITIQUE DES INSTRUMENTS EXISTANTS

Le *Beth Israël Questionnaire (BIQ)* de Sifneos [148], reste l'instrument de référence [12,125], le plus proche de la notion même d'alexithymie [13,15,158], le seul fiable selon Jaffé [65,160]. L'entretien semi-structuré de trente minutes met en jeu le sens de l'observation, la formation et le jugement clinique de l'examineur, ceci étant responsable d'une mauvaise fidélité interjuges [97]. Certains

retrouvent cependant une bonne fidélité avec un accord à 85% [6,158]. L'analyse factorielle retrouve 6 items corrélés entre eux et 2 orthogonaux [12]. Le BIQ pose le problème majeur de la subjectivité du cotateur.

Le Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS) [6] a une faible corrélation avec le BIQ, avec une dispersion des scores [12,125,160]. Sa consistance interne est insuffisante (coefficient alpha de Cronbach = 0,57) à cause des faibles corrélations entre chaque item et le score global (un seul a une corrélation de 0,3 avec le total). Dans l'analyse factorielle, 3 facteurs expliquent 58,4% de la variance [15]. Le Schalling-Sifneos Personality Scale-Revised (SSPS-R) [151] est sa version remaniée, corrélée au BIQ [150].

Le MMPI-Alexithymia Scale (MMPI-AS) de Kleiger et Kinsman [72] aurait un accord à 82% avec le BIQ [158]. En fait, la corrélation avec le BIQ ($r=0,05/r=0,15$) et la consistance interne (coefficient alpha de Cronbach = 0,39) sont faibles. L'analyse factorielle en composantes principales retrouve cinq facteurs peu valides et peu cohérents [15]. L'utilisation de cet instrument est actuellement déconseillée [12,125,160]. Il y aurait une version abrégée à 20 items corrélés aux 8 items du BIQ [13].

La Toronto Alexithymia Scale (TAS) [165] a de bonnes qualités métrologiques. La fiabilité, la fidélité (coefficient split-half de 0,67) et les mesures test-retest ($r=0,82$ à 1 semaine ; $r=0,75$ à 5 semaines) sont correctes, de même que la consistance interne (coefficient alpha de Cronbach = 0,75), l'homogénéité interne, et la validité de construction [13,94,125]. Sa structure factorielle retrouve quatre facteurs stables [12,15,160]. La Revised Toronto Alexithymia Scale [162] et la Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) [10] qui en découlent sont cependant considérées comme moins fiables [150]. Les principaux reproches que l'on peut faire à la TAS sont la

cotation en 5 degrés, difficilement accessible aux sujets alexithymiques, la complexité de certains items (items 3, 6, 8, 19, 20), et l'absence (pour la TAS-20) de prise en compte de l'activité fantasmatique.

L'Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRO)

de Krystal [79] a une bonne corrélation avec le BIQ et une bonne fidélité interjuges [13,125,160].

L'Irvine Scale de Shipko et Noviollo [145], non corrélée au

BIQ, est sensée mesurer une autre dimension de l'alexithymie [12,13,125].

L'Archetypal test with 9 elements (AT9 ou ATP9 test) de

Demers-Desrosiers [33] a une bonne corrélation au BIQ, mais le score est extrêmement complexe à calculer [13,125,160]. Il n'est pas corrélé au MMPI-AS [12,16,158].

L'Affect Vocabulary Score (AVS) de Taylor [164] a une

mauvaise corrélation avec le BIQ, la SSPS et le MMPI-AS [13].

Le Test de Saisie Visuelle Parallèle (TSVP) de M.

Montreuil [110] est une mesure indirecte dont la complexité de mise en place rend l'utilisation difficile [16,44,125].

Ces trois derniers tests sont des mesures partielles de l'alexithymie, non utilisables dans un but de dépistage. Les seuls instruments traduits en Français sont le BIQ, la SSPS-R [155], ainsi que la TAS et la TAS-20 [93,94]. Le problème de ces traductions, littérales, se pose principalement dans leur accessibilité par les patients. Elle ne se sont pas adaptées à notre population.

2.2 ELEMENTS RETENUS ET REJETES

2.2.1 Critères et contenant

Les paramètres ont été choisis dans le but d'obtenir un instrument le plus simple possible. Le type d'échelle utilisé est l'hétéroquestionnaire. Les questionnaires remplis par le clinicien suite à un entretien structuré ou semi-structuré, comme le BIQ, nécessitent une observation minutieuse et un cotateur expérimenté ; ils posent donc le problème de la fidélité interjuges. De plus, ils ne tiennent pas compte d'une autoévaluation par le patient, qui est peut-être un élément clé de la mesure de l'alexithymie. Les autoquestionnaires, comme la SSPS ou la TAS, ne tiennent compte eux que de ce que perçoit et comprend le sujet qui répond aux questions, ce qui pose le problème de la fiabilité des réponses, voire de la variable mesurée. On remarque qu'une réponse par "OUI" ou "NON" paraît plus adaptée à l'hétéroquestionnaire, que par "VRAI" ou "FAUX".

Les réponses dichotomiques ("OUI"/"NON") semblent plus accessibles à des personnes ayant des difficultés de verbalisation, et apportent une meilleure stabilité des réponses dans le temps que des choix multiples ou progressifs, comme on les retrouve dans la TAS. La cotation binaire (0/1) associée - "1" pouvant être associée au "OUI" comme au "NON" - donne rapidité et simplicité à la collecte des résultats, alors qu'une cotation en 5 ou 7 degrés diminuerait probablement la fidélité test-retest.

Les assertions sont au nombre de 10, étant donné la lourdeur du principe de l'hétéroquestionnaire qui doit être intégralement présenté par le cotateur. Le but de dépistage de l'alexithymie est compatible avec ce faible nombre

d'items, qui raccourcit le temps du test. Afin de simplifier la compréhension, les phrases sont monotypiques, courtes, employant le langage courant (validité pragmatique). Nous avons essayé d'équilibrer les formulations avec un tiers d'assertions négatives (items 2, 3, 9) et un tiers d'assertions mixtes (items 1, 5, 7). De même, nous avons équilibré la cotation avec la moitié des réponses inversées - où "1" correspond à "NON" (item 4).

2.2.2 Contenu et formulation

Dans le principe de la traduction en assertions des critères de Sifneos [15], ce travail de construction a essayé de reformuler les éléments cliniques de l'alexithymie autour de cinq thèmes (validité de contenu):

- l'expression verbale, faciale et gestuelle pauvre et figée, associée à des émotions vagues, peu élaborées et à une difficulté à expliquer les émotions et les rêves (items 1, 2)
- la relation interpersonnelle inexistante avec un discours concret, superficiel, détaillé, rationalisé (items 6, 7)
- la présence de manifestations somatiques des émotions, de plaintes somatiques vagues (items 8, 10)
- le recours à l'action (items 3, 5)
- l'activité fantasmatique et onirique faible généralisée (items 3, 4, 9)

Un certain nombre d'items traduits de la TAS, de la SSPS-R et du BIQ paraissaient complexes soit dans leur formulation, soit dans leur sens, avec des redondances liées en partie à une répartition inégale des thèmes abordés. En reprenant certains de ces items nous avons essayé de les rendre accessibles au lecteur dans la forme, puis nous les avons proposés, associés aux nôtres, à plusieurs consultants de spécialités différentes afin d'avoir leur avis sur leur compréhensibilité et leur

cohérence. Nous avons alors regroupé les différentes propositions d'échelles en un instrument récapitulatif complet.

Au cours de premiers entretiens entrepris dans une pré-étude, certaines imperfections de l'instrument sont apparues. En effets, certains items étaient peu compréhensibles soit à cause de leur formulation soit à cause de leur sens propre, source de confusion.

Les items à formulation mixte (1, 5, 7, C, E) ont dû, la plupart du temps, être répétés, la réponse par "OUI" ou "NON" étant difficile. L'item 5 a dû être modifié et inversé dans sa cotation, étant initialement "*quand vous êtes face à une situation de conflit, préférez-vous l'analyser plutôt que d'agir immédiatement?*". Sa cotation reste ainsi concordante à l'item 9 de la SSPS-R. L'item E a également été inversé, pour des raisons méthodologiques, puisqu'il reprend l'item 20 de la SSPS-R. L'item 1 a dû être simplifié et réduit.

Certains items communs à l'EFEA et à la SSPS-R (dans ces premiers entretiens, la SSPS-R était entièrement reprise) ne donnaient pas les mêmes résultats, et ont dû être modifiés dans l'EFEA: l'item 2 (items 3 de la SSPS-R) a été reformulé, de même que l'item 5. Certains termes ont été remplacés (item 8: "*ennuis physiques*"), et des formulations complètes ont été modifiées. L'item 9, "*durant votre sommeil, rêvez-vous rarement?*", amenait le plus souvent une réponse opposée aux explications du patient. De même, l'item G, "*est-ce que bien souvent vous ne savez pas pourquoi vous êtes en colère?*", était mal compris. L'item 4, qui était à l'origine "*la journée, est-ce que vous passez peu ou pas de temps à rêvasser?*", trop complexe, a dû être changé pour une formulation positive avec cotation inverse, comme dans la SSPS-R.

Des compléments (facultatifs) ont été ajoutés aux items 4, 10, A et B, entre parenthèses, afin de permettre d'aider le sujet ayant des difficultés de compréhension, en évitant les interventions personnelles du cotateur. Les items 7 et H,

bien que manifestement difficiles, n'ont pas été modifiés. Au total, il ne reste qu'un item principal à cotation négative (item 4), et 10 des 20 items ont été améliorés.

Globalement, il faut un temps d'adaptation avant que les questions ne prennent un sens, en particulier celles ayant une formulation plus complexe. Les sujets sont généralement plus à l'aise lorsqu'ils entendent les questions pour la deuxième fois, lors du second entretien en l'occurrence.

2.3 ELEMENTS AJOUTES

Un certain nombre d'items qui paraissaient cohérents avec l'échelle sont restés intégrés à l'instrument sous forme de leurres. En effet ils permettent d'éviter en partie les réponses "orientées" aux items valides et de mieux vérifier la spécificité de ces derniers. Les assertions sont donc au nombre de 10 avec autant d'assertions intercalées mais n'ayant pas de valeur de cotation pour l'échelle. Ces 10 items supplémentaires devraient disparaître de la version définitive de l'échelle.

Un item supplémentaire pour le cotateur permet d'évaluer l'aspect relationnel de l'entretien. Celui-ci peut manifester ainsi l'aspect superficiel, factuel, détaché, vide du contenu affectif de l'entretien. Cet aspect était essentiel dans le questionnaire original de définition de l'alexithymie: le BIQ. Cet item n'entre pas en compte dans la cotation de base.

Au total on obtient un instrument comprenant 21 items de formulation simple avec une cotation de 0 à 10 ; la ou les notes seuil permettant d'affirmer ou d'infirmer l'alexithymie seront déterminées pendant la validation. Nous avons décidé d'appeler cette échelle *Echelle Française d'Evaluation de l'Alexithymie (EFEA)*.

Items ayant valeur de cotation

- 1** : vous est-il plus facile de décrire des symptômes ou des plaintes physiques que des sentiments?
- 2** : avez-vous du mal à décrire vos sentiments ou vos émotions? (c'est-à-dire à trouver des mots pour les expliquer)
- 3** : est-ce que vous trouvez que vous manquez d'imagination?
- 4** : la journée, est-ce que vous passez peu ou pas de temps à rêvasser? (c'est-à-dire à laisser vagabonder votre esprit)
- 5** : quand vous êtes face à une situation de conflit, préférez-vous agir immédiatement plutôt que de l'analyser?
- 6** : êtes-vous précis(e) et décrivez-vous les choses et les situations avec beaucoup de détails?
- 7** : préférez-vous faire attention à ce qui se passe autour de vous plutôt que de vous concentrer sur ce que vous ressentez?
- 8** : avez-vous souvent des ennuis physiques quand vous êtes contrarié(e)?
- 9** : durant votre sommeil, rêvez-vous rarement?
- 10** : éprouvez-vous des sensations corporelles que vous ne comprenez pas?

Items additionnels (leurres)

- A** : avez-vous tendance à préférer rester seul(e)? (plutôt que d'entrer en contact avec les autres)
- B** : quand vous avez des ennuis, restez-vous passif(ve)? (c'est-à-dire que vous n'agissez pas)
- C** : préférez-vous les films d'action aux drames psychologiques?
- D** : avez-vous du mal à communiquer avec les autres?
- E** : préférez-vous les gens aux objets?
- F** : quand vous pleurez, savez-vous toujours pourquoi?
- G** : est-ce que bien souvent vous ne savez pas pourquoi vous êtes en colère?
- H** : est-ce que cela ne vous suffit pas d'arriver à un résultat, avez-vous besoin de savoir pourquoi?
- I** : aimez-vous laisser les gens connaître vos positions, votre avis?
- J** : êtes-vous quelqu'un d'émotif, qui exprime ses émotions?

3 EXIGENCES METROLOGIQUES

Compte tenu de l'instrument choisi, c'est-à-dire un hétéroquestionnaire à réponse dichotomique, un certain nombre de qualités métrologiques devront être explorées: les validités, la fidélité et l'homogénéité, ainsi que la sensibilité et la spécificité.

3.1 VALIDITES

La première validité est la validité de contenu, qui correspond à la compatibilité entre les items et le concept étudié. Il s'y associe la validité pragmatique, première de nos exigences, à savoir la compréhensibilité des items pour la population.

La validité clinique ou empirique est déterminée par la comparaison à un diagnostic ou une impression clinique de la variable mesurée par l'échelle. La validité concourante ou validité de critère s'évalue par la comparaison de l'instrument à une échelle de référence mesurant la même variable.

3.2 FIABILITE

La fiabilité d'un instrument est représenté par sa fidélité test-retest et son homogénéité interne. La stabilité temporelle est explorée par le passage de l'échelle une deuxième fois à sept jours d'intervalle du premier passage. Les résultats sont développés globalement (premier et deuxième entretiens) puis item par item.

La consistance interne est évaluée par le KR20 (analyse de la variance) et l'analyse factorielle, dont l'objectif est de déterminer le nombre de dimensions mesurées par l'échelle, et l'intensité de chacune d'entre elles (composantes ou facteurs). Concernant l'alexithymie, la recherche d'une dimension unique n'a pas d'intérêt propre, puisqu'on sait que ce concept reprend des aspects comportementaux différents.

3.3 SENSIBILITE ET SPECIFICITE

La sensibilité de l'instrument doit être suffisante pour un but de dépistage. Mais une spécificité minimum est obligatoire afin de s'assurer que ce dépistage ne touchera pas une trop grande proportion de sujets non alexithymiques. Des scores seuils pourront être déterminés à partir de ces indices.

4 MATERIEL: POPULATIONS

L'échantillon comprend quatre types différents de populations, correspondant à des populations chez lesquelles l'alexithymie a déjà été évaluée, en particulier dans d'autres pays. Nous avons en effet repris un échantillon porteur d'une pathologie organique, un échantillon porteur d'un trouble mental, un échantillon présentant un trouble différencié du comportement, et un échantillon sain. Ce dernier correspond à une population d'étudiants en médecine, pour laquelle le passage du test s'est réalisé en des lieux et des circonstances différentes: hôpital, faculté, extérieur. Parmi les sujets sains habituellement étudiés, ces étudiants sont ceux pour lesquels le plus grand nombre d'études et les échantillons les plus grands ont déjà été réalisés, ce qui permet une meilleure comparaison.

Concernant le trouble du comportement, l'alcoolisme nous a paru le plus indiqué, étant donné le grand nombre d'études existant dans ce domaine. L'alcoolisme est aussi un comportement défensif qui peut se manifester dans la dépression, et peut donc être un autre moyen d'observation des liens de cette dernière avec l'alexithymie. Les patients ont été inclus suivant les critères de la CIM-10 [120]: troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives: alcool (F10). Une partie des patients était hospitalisée pour syndrome de sevrage (F10.3, F10.4), l'autre pour un motif différent, présentant des conduites addictives (F10.1, F10.2, F10.7, F10.8, F10.9).

Le trouble mental retenu est la dépression, compte tenu, d'une part de sa valeur clinique concernant les perturbations des affects, et d'autre part de ses rapports avec l'alexithymie. La dépression est en effet décrite comme pouvant précéder (avec un lien de causalité), ou accompagner l'alexithymie, voire lui succéder si l'on considère l'alexithymie-trait. Elle est étroitement associée à ce concept, puisque leurs symptomatologies interfèrent l'une avec l'autre. Les patients interrogés ont été pris comme pour la population précédente, dans trois services hospitaliers psychiatriques ouverts, dont un spécialisé dans la prise en charge du sevrage éthylique. Le diagnostic de dépression a été posé suivant les critères de la CIM-10 [120]: épisodes dépressifs (F32) et trouble dépressif récurrent (F33).

Le dernier échantillon est constitué de patients hospitalisés en service de cardiologie pour insuffisance coronaire. Le diagnostic de cardiopathie ischémique est posé soit à l'épreuve d'effort, soit à la coronarographie, après le résultat de l'électrocardiogramme et des enzymes cardiaques. Les motifs d'hospitalisation sont variables, comprenant douleur angineuse, angor instable et syndrome de menace, infarctus du myocarde, tachycardie ventriculaire, contrôle par imagerie d'une coronaropathie ou préparation à une intervention cardiaque (pontage, dilatation).

5 METHODES

5.1 EVALUATION DE LA DEPRESSION

L'échelle de dépression a paru nécessaire dans la distinction des variables mesurées, et ce d'autant plus que nous allons tester notre instrument chez une population de sujets dépressifs. Nous avons choisi la *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale CES-D* de Radloff et Locke [132], traduite par Fuhrer et Rouillon en 1988 [48]. La cotation comprend quatre degrés (0 à 3), avec un score total variant de 0 à 60. Un score supérieur ou égal à 16 témoigne d'une symptomatologie dépressive. Nous avons utilisé ce score pour augmenter la sensibilité bien qu'en France, le seuil considéré comme optimal soit de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes.

Ce type de questionnaire apparaît plus intéressant dans le dépistage des troubles de l'humeur que dans leur diagnostic ou dans l'évaluation de l'efficacité thérapeutique [18]. Toujours dans cette optique de dépistage, la cotation par le clinicien semble préférable, vu les difficultés de compréhension des questions et des nuances attendues dans les réponses (quatre degrés de cotation), voire des difficultés pour certains à remplir la grille [24]. Les résultats obtenus sont moins fiables quand les capacités d'introspection des patients sont faibles [129]. La CES-D a donc été présentée sous forme d'hétéroquestionnaire.

5.2 EVALUATION DE L'ANHEDONIE

Parallèlement à l'alexithymie l'anhédonie, autre variable comportementale qui témoigne d'un fonctionnement mental lié aux affects, a été évaluée. Pour ce faire nous avons utilisé les deux échelles de mesure de l'anhédonie physique -

Physical Anhedonia Scale (PAS) - et de l'anhédonie sociale - Social Anhedonia Scale (SAS) - de Chapman [23] traduites en Français en 1995 par F. Assouly-Besse [8]. Les traductions de Kosmadakis [74] et de Loas [91] ont paru moins adaptées aux sujets alexithymiques dans l'accessibilité et la compréhensibilité des items. La cotation est dichotomique ("VRAI"/"FAUX"). Les scores seuils sont respectivement pour la SAS (40 items) et la PAS (61 items) strictement supérieurs à 12 et à 16.

5.3 EVALUATION DE L'ALEXITHYMIE

La mesure de l'alexithymie a été parallèlement effectuée à l'aide de deux instruments: l'EFEA et un instrument de référence, déjà largement validé. Pour des raisons de simplicité méthodologique nous avons finalement décidé de prendre pour cette première étude de validation la Schalling-Sifneos Personality Scale-Revised (SSPS-R) [151], les assertions de l'EFEA reprenant en partie certains items de la SSPS-R. Par ailleurs, cette échelle, qui comporte 20 items à réponse dichotomique est la plus proche du type d'instrument correspondant aux exigences de cette étude, et apparaît la plus accessible dans sa traduction aux populations étudiées. Pour la SSPS-R, un score supérieur ou égal à 10 signe l'alexithymie (pour un total allant de 0 à 20).

Parallèlement l'alexithymie a été évaluée cliniquement par le cotateur donnant une réponse par "OUI" ou "NON" à la question: "*le sujet est-il alexithymique?*".

5.4 DONNEES RECUEILLIES

Chaque dossier comprend, pour l'ensemble des questionnaires, 82 variables (**tableau 1**). Elles comportent des variables socioprofessionnelles et sociofamiliales, au nombre de 13, comprenant entre autres l'âge et le sexe. Les 14 variables suivantes sont d'ordre médical, avec les antécédents, et surtout le diagnostic clinique d'alexithymie (quand celui-ci a pu être réalisé). Les scores obtenus aux échelles se répartissent en 13 autres variables. Les 42 variables restantes correspondent aux items de l'EFEA pour les deux entretiens.

Le "Code (Patient)" correspond à la différenciation des quatre sous-populations étudiées. Le "Motif d'Hospitalisation" peut être différent de ce "Code". La consommation d'"Alcool" se distingue du "Code" ou des "Antécédents Psychiatriques" d'alcoolisations ayant nécessité une prise en charge médicale. Les variables "Culture" ("niveau culturel") et "Stabilité" ("mode de vie") font référence à une appréciation subjective du cotateur au décours des entretiens, la stabilité étant évaluée à partir de la fixité professionnelle et familiale dans le temps. Les repères de la variable "Scolarité" sont le Certificat d'Etudes et le Baccalauréat.

La variable "Alexithymie" correspond à l'impression clinique du cotateur concernant le patient, première mesure de l'alexithymie, qui est à différencier de l'"Item cotateur", item coché en fin d'EFEA par l'examineur, jugeant ainsi de la relation médecin-malade. Le score "SPAS" est le score global d'anhédonie constitué par la somme des scores de la SAS et de la PAS (variables 34 et 35). Enfin, les quatre dernières variables ont été ajoutées après l'étude, et sont en fait les scores obtenus par reconstruction à partir de l'EFEA pour les deux entretiens: échelle à 8 items (variables 88 et 89), et à 10 items comprenant les items leurres D et G (variables 90 et 91).

N°	Variable	Groupe
1	Code	étudiants(0)/coronariens(1)/dépressifs(2)/alcooliques(3)
2	Motif d'hospitalisation	*
3	Lieu d'hospitalisation	aucun (0)/cardiologie (1)/psychiatrie (2)/autre (3)
4	Age	*
5	Sexe	M(1) / F (2)
6	Statut matrimonial	célibataire(0)/conjoint(e)(1)/divorcé(e)(2)/veuf(ve)(3)
7	Enfants	pas d'enfants (0)/enfants (1)
8	Parents	parents décédés(0)/1parent(1)/2parents(2)/inconnus(3)
9	Fratrie	enfant unique (0)/frères et sœurs (1)
10	Scolarité	≤CE (0) / >CE et < Bac (1) / ≥ Bac (2)
11	Profession	étudiant(0)/chômeur(1)/malade(2)/actif(3)/retraité(4)
12	Type travail	manuel (1)/mixte (2)/intellectuel (3)
13	Niveau culturel	mauvais (1)/moyen (2)/bon (3)
14	Mode de vie	instable (1)/stable (2)/autre (3)
15	Logement	sans (0)/appartement (1)/maison (2)/autre (3)
16	Loc/Prop	locataire (0)/propriétaire (1)/autre (2)
17	Médecin traitant	non (0) / oui (1)
18	Psychiatre	non (0) / oui (1)
19	Traitement	sans (0)/sans psychotropes (1)/avec psychotropes (2)
20	Atcd. pers. médico-chir.	non (0) / oui (1)
21	Alcool	non (0) / oui (1)
22	Tabac	non (0) / oui (1)
23	Drogues	non (0) / oui (1)
24	Atcd. pers. psy.	non (0) / oui (1)
25	Atcd. familiaux psy.	non (0) / oui (1)
26	Invalidité	non (0) / oui (1)
27	Alexithymie	non (0) / oui (1)
28	Score EFEA 10	
	1 ^{er} Entretien	0-10
29	Score EFEA 20	
	1 ^{er} Entretien	0-20
30	Score EFEA 10	
	2 ^{ème} Entretien	0-10
31	Score EFEA 20	
	2 ^{ème} Entretien	0-20
32	Score SSPS-R	0-20
33	Score CES-D	0-60
34	Score SAS	0-40
35	Score PAS	0-61
36	Items 1 à 10 et A à J	
	à 1 ^{er} Entretien	
56	(+ cotateur)	0/1
57	Items 1 à 10 et A à J	
	à 2 ^{ème} Entretien	
77	(+ cotateur)	0/1
78	Score SPAS	0-101
88	Score EFEA 8 (1 ^{er} /2 ^{ème})	0-8
90	Score EFEA 8DG	0-10
91	(1 ^{er} /2 ^{ème} Entretien)	0-10

Tableau 1: liste des variables

5.5 PROTOCOLE DE PASSATION DES QUESTIONNAIRES

Le protocole de passage de l'échelle a pour but de permettre de recueillir l'ensemble des données associées aux différents sujets, données correspondant aux variables étudiées. Les entretiens doivent se dérouler en accord avec les règles éthiques et déontologiques. En dehors des différentes échelles précédemment détaillées, des données sociales et médicales concernant les sujets sont aussi recueillies. Les conditions de ce recueil de données sont précisées au début de chaque questionnaire, afin que des personnes différentes puissent en être les instigatrices sans que les résultats en soient modifiés. Le protocole est détaillé en annexe du travail.

Afin d'éviter d'influer sur les conditions de passage des tests, les entretiens se sont toujours insérés dans les séjours hospitaliers des sujets sans interférer avec les soins. En particulier, il n'a jamais été demandé à un patient de prévoir un moment ou un lieu, ou même un déplacement pour un entretien. La conséquence négative en est que certaines des variables manquent à quelques dossiers. Le premier temps a pour fonction de présenter le questionnaire: anonyme et confidentiel, il est indépendant de la prise en charge et ne peut donc améliorer les soins ; dans tous les cas le patient peut refuser de participer à l'entretien ou l'interrompre à tout moment. Ce premier temps comporte un entretien semi-structuré permettant de remplir la "fiche renseignements". Le recueil de ces données ne doit pas déstabiliser ou inquiéter le patient.

Il était nécessaire que l'échelle de dépression soit passée en même temps que les deux échelles de mesure de l'alexithymie. Aussi la validation comporta deux entretiens à une semaine d'intervalle, le premier durant cinquante minutes, avec les questions des trois autres échelles, le second dix minutes, ne comprenant que l'EFEA. Entre les deux entretiens, le patient avait sept jours pour répondre aux cent un items du questionnaire d'anhédonie. Le cotateur ne devait pas aider ou intervenir lors du

passage des échelles (pas d'explication des questions ni d'interprétation des réponses) ; il pouvait uniquement répéter une fois la question, à la demande du patient. Il fallait une réponse à chaque question, même si cette réponse n'était pas considérée comme "parfaite" par le patient. Les réponses communes à la SSPS-R et à l'EFEA ont été présentées en "hétéroquestionnaire" ; les 7 items restants ont été présentés en "autoquestionnaire" également lus au patient en lui expliquant le changement de mode. La CES-D a été lue dans la continuité au patient après lui avoir à nouveau précisé le changement de mode. Les réponses aux propositions étaient cochées par le cotateur. Le questionnaire "SPAS" était à fournir au patient.

5.6 TESTS STATISTIQUES UTILISES

Les groupes ont été comparés par un Test du χ^2 (ou un Test de Fisher si les effectifs étaient insuffisants), pour les variables qualitatives, et à l'aide d'un Test U de Mann-Whitney, non paramétrique, pour les variables quantitatives.

L'intensité de la liaison entre deux variables ordinales ou quantitatives a été effectuée par l'étude de la corrélation des Rangs de Spearman, qui permet également de différencier des liaisons positives (quand une variable augmente, l'autre fait de même) et négatives.

La comparaison de la distribution de deux variables dépendantes a été faite par le Test T de Wilcoxon, non paramétrique et par le calcul du coefficient de corrélation intra-classe (ICC).

L'analyse de l'influence de certains facteurs, par la comparaison de plus de deux groupes indépendants, a été réalisée à l'aide d'un Test H de Kruskal-Wallis.

La détermination des scores seuil a pris la référence du meilleur Indice de Younden, calculé à partir de la sensibilité et de la spécificité ($Se + Sp - 1$). Il a été confirmé par les courbes ROC.

La consistance interne a été évaluée à partir du K.R.20.

L'analyse factorielle a été réalisée en composantes principales et en rotation Varimax de Kaiser, maintenant les facteurs orthogonaux. La magnitude minimale acceptée était supérieure ou égale à 1 (valeurs propres).

Tous les tests ont été bilatéraux. Un test était considéré comme significatif pour un p inférieur à 0,05.

5.7 LOGICIELS INFORMATIQUES UTILISES

Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel PCSM (*Programme Conversationnel de Statistiques pour les Sciences et le Marketing 6R1.0* de DELTASOFT, 1992), en dehors du calcul des indices de sensibilité et de spécificité, des courbes ROC, du KR20, effectués à l'aide de MICROSOFT *Excel* (et confirmés ainsi que l'analyse factorielle par *StatView 4.5* de ABACUS CONCEPTS INC., Berkeley, CA, 1992-95).

6 RÉSULTATS

6.1 CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES DE LA POPULATION

6.1.1 Populations et questionnaires

Cette étude porte initialement sur 138 sujets répartis dans les groupes de populations définis plus haut: étudiants, sujets coronariens, sujets dépressifs, sujets alcooliques. Une partie des sujets a refusé d'emblée, ou dès les premières questions de participer au protocole: on en retrouve 12 en cardiologie pour 9 en psychiatrie (**tableau 2**).

	Dossiers Inclus	Dossiers Exclus
Etudiants	34	0
Sujets coronariens	32	12
Sujets dépressifs	28	2
Sujets alcooliques	23	7
Total	117	21

Tableau 2: exclusions

L'ensemble des questionnaires détaillés précédemment (et repris en annexe dans le "Protocole") n'a pu être réalisé entièrement pour chacun des 117 sujets inclus. La SSPS-R et la CES-D n'ont été réalisées que pour 116 d'entre eux.

La durée de l'hospitalisation en elle-même n'a pas permis, pour un grand nombre de cas, en particulier dans les groupes des sujets coronariens et alcooliques, le passage du second entretien, ainsi que la remise du questionnaire

d'anhédonie. Celui-ci n'a été rempli que par 43 sujets. Seuls 91 sujets ont participé au deuxième entretien.

Un certain nombre de dossiers sont incomplets, soit suite à des modifications du recueil de données, soit par impossibilité de répondre à la question posée, par le sujet ou par le cotateur, concernant différentes variables: la situation familiale, le logement, les conduites addictives, l'invalidité, le diagnostic clinique d'alexithymie et les items cotateurs de l'EFEA.

6.1.2 Variables sociales et médicales

La répartition suivant les facteurs sociaux de notre population est détaillée dans le **tableau 3**.

Les catégories d'âge s'étalent de 18 à 76 ans (âge moyen de 43 ans) avec deux pics: 22 à 24 ans (24 sujets) et 45 à 48 ans (20 sujets). Les quatre populations étudiées diffèrent significativement pour l'âge ($H=77,7$; $ddl=3$; $p<0,0001$). Il y a 74 hommes (63%) pour 43 femmes (37%). La répartition est résumée dans le **tableau 4**.

La grande part d'étudiants se caractérise par la variable 10 ("Scolarité") avec 49 sujets ayant réalisé des études supérieures (42%) pour 29 sujets n'ayant pas dépassé le Certificat d'Etudes ou le Diplôme de Fin d'Etudes Obligatoire (25%). Dans le groupe de patients coronariens, seuls 3 sujets sur 32 ont obtenu le Baccalauréat (9,4%), et dans les deux autres groupes, le pourcentage est proche de 20%.

De même la proportion de sujets sans emploi (variable 11) est majorée par ces étudiants, avec seulement 43 sujets actifs (37%) et 24 sujets retraités (21%). Les sujets actifs dans les groupes des patients dépressifs ou alcooliques dépassent le pourcentage de 60% (60,8%), et les retraités atteignent 56,3% dans le groupe des malades coronariens.

Age (117)	18 à 76 ans
Sexe (117)	74 hommes (63,25%) 43 femmes (36,75%)
Statut marital (115)	39 sont célibataires (33,91%) 57 sont mariés ou concubins (49,57%) 16 sont séparés (13,91%) 3 sont veufs/ves (2,61%)
Enfants (112)	41 sans enfants (36,61%) 71 avec enfants (63,39%)
Parents (112)	46 n'ont plus leurs parents (41,07%) 25 n'ont plus qu'un parent (22,32%) 40 ont encore leurs parents (35,71%) 1 ne connaît pas ses parents (0,89%)
Fratrie (112)	18 sont enfant unique (16,07%) 94 ont des frères et sœurs (83,93%)
Scolarité (117)	29 n'ont pas dépassé le C.E. (24,79%) 39 ont des diplômes intermédiaires (33,33%) 49 ont dépassé le Bac (41,88%)
Profession (117)	34 étudiants (29,06%) 9 chômeurs (7,69%) 7 personnes en arrêt maladie (5,98%) 43 personnes actives (36,75%) 24 retraité (20,51%)
Type de travail (117)	41 ont un travail manuel (35,04%) 32 ont un travail mixte (27,35%) 44 ont un travail intellectuel (37,61)
Niveau culturel (117)	mauvais pour 18 (15,38%) moyen pour 51 (43,59%) bon pour 48 (41,03%)
Mode de vie (117)	19 sont instables (16,24%) 48 sont stables (41,03%) 50 n'ont pu être définis sur ce critère (42,74%)
Logement (117)	2 sans logement (1,71%) 55 en appartement (47,01%) 54 en maison (46,15%) 6 sont hébergés (5,13%)
Loc/Prop (79)	29 locataires (36,71%) 44 propriétaires (55,70%) 6 n'ont pu être définis sur ce critère (7,59%)

Tableau 3: répartition de l'échantillon de population

Population totale (117)	43,2 ± 16,4 [18-76]	74/43
Etudiants (34)	24,4 ± 4,9 [21-50]	11/23
Sujets coronariens (32)	60,0 ± 12,2 [32-76]	27/5
Sujets dépressifs (28)	45,9 ± 11,0 [18-65]	18/10
Sujets alcooliques (23)	44,3 ± 7,5 [32-61]	23/20

Tableau 4: Age moyen et Sexe (M/F) pour chaque groupe de population

On retrouve dans notre échantillon une grande part de sujets traités par psychotropes (44,4% avec 74,5% des patients hospitalisés en psychiatrie), qu'ils aient ou non un psychiatre, voire même un médecin traitant attiré. Seul le groupe des sujets dépressifs consulte un psychiatre dans la moitié des cas (50%). On remarque tout de même une consommation médicamenteuse importante chez les patients coronariens: 37,5% prennent des psychotropes alors que 12,5% seulement n'ont pas de médicaments.

De même on note une grande proportion de fumeurs (59,4%), bien que seulement 69 sujets aient été interrogés sur cette variable (22). Il y a sur l'ensemble de l'échantillon une équivalence entre sujets ayant (49,6%) et n'ayant pas (50,4%) d'antécédents psychiatriques. Ces antécédents sont pour la plupart des épisodes dépressifs ou des périodes de dépendance à l'alcool, ainsi que dans quelques cas des tentatives d'autolyse et des attaques de panique.

6.2 RESULTATS MOYENS AUX ECHELLES

Les scores moyens à l'EFEA, à la SSPS-R, à l'échelle à 20 items - contenant les items leurres -, à la CES-D, à la SAS et la PAS ainsi qu'à la "SPAS" - score global moyen d'anhédonie - sont résumés dans le **Tableau 5** (les résultats non significatifs sont inscrits en italique). Les scores obtenus par la recombinaison des échelles à 8 items (EFEA "8") puis à 10 items comprenant les items D et G (EFEA "8DG") y ont été ajoutés. La comparaison des moyennes entre les quatre sous-populations de l'échantillon montre une différence significative entre les groupes pour tous ces scores. On remarque que la moyenne la plus élevée passe des sujets alcooliques aux sujets dépressifs quand on utilise l'EFEA "à 8 items" ou l'EFEA "8DG".

	Echantillon (117)	Etudiants (34)	Coronariens (32)	Dépressifs (28)	Alcooliques (23)	TEST H
EFEA "10" 1 ^{er} ent. (117)	5,2±1,7 [1-9]	4,2±1,7 [1-8]	5,0±1,6 [2-8]	5,9±1,1 [3-8]	6,0±1,4 [3-9]	H=22,4 p<0,0001
EFEA "10" 2 ^{ème} ent. (91)	5,4±1,9 [1-10]	4,0±1,6 [1-7]	5,9±2,0 [2-9]	5,9±1,3 [3-8]	6,2±1,8 [2-10]	H=22,3 p<0,0001
"EFEA 20" 1 ^{er} ent. (117)	9,2±2,5 [2-15]	7,8±2,4 [2-13]	8,6±2,1 [2-12]	10,3±2,1 [7-15]	10,6±2,3 [7-15]	H=23,6 p<0,0001
"EFEA 20" 2 ^{ème} ent. (91)	9,6±2,8 [4-18]	7,4±2,4 [4-13]	9,7±2,7 [6-15]	10,7±1,8 [7-14]	11,5±2,5 [7-18]	H=30,4 p<0,0001
SSPS-R (116)	8,8±2,6 [4-15]	7,4±2,2 [4-13]	8,1±2,1 [4-13]	9,9±2,5 [6-15]	10,3±2,5 [6-15]	H=23,9 p<0,0001
CES-D (116)	24,0±15,9 [0-55]	13,0±7,3 [0-31]	16,5±11,5 [0-47]	40,1±13,4 [3-55]	31,1±13,6 [3-53]	H=49,7 p<0,0001
SAS (43)	13,4±9,3 [0-36]	6,8±5,4 [0-19]	18,5±0,7 [18-19]	18,3±8,4 [6-36]	22,0±7,4 [10-36]	H=23,0 p<0,0001
PAS (43)	14,9±8,0 [1-36]	12,1±7,1 [1-31]	20,0±8,5 [14-26]	16,9±8,5 [8-36]	18,0±8,3 [9-36]	H=6,8 p=0,078
"SPAS" (43)	28,7 ±15,7[1-72]	18,9±10,7 [1-41]	38,5±7,8 [33-44]	35,2±15,9 [14-72]	40,0±14,3 [24-72]	H=17,0 p<0,0001
EFEA "8" 1 ^{er} ent. (117)	3,9±1,7 [0-7]	3,2±1,6 [1-7]	3,5±1,7 [0-7]	4,7±1,3 [1-7]	4,6±1,5 [1-7]	H=20,8 p<0,0001
EFEA "8" 2 ^{ème} ent. (91)	4,2±1,7 [1-8]	2,9±1,6 [1-6]	4,6±1,8 [2-8]	5,0±1,1 [3-7]	4,9±1,5 [2-8]	H=23,4 p<0,0001
EFEA "8DG" 1 ^{er} ent. (117)	4,4±2,0 [0-9]	3,6±1,9 [1-7]	3,7±1,7 [0-7]	5,6±1,6 [1-9]	5,4±1,8 [1-8]	H=28,4 p<0,0001
EFEA "8DG" 2 ^{ème} ent. (91)	4,8±2,1 [1-9]	3,1±1,9 [1-7]	4,9±1,9 [2-8]	5,8±1,2 [4-8]	5,8±1,9 [2-9]	H=26,3 p<0,0001

Tableau 5: scores moyens pour chaque population (avec déviations standards et valeurs extrêmes)
- comparaisons de moyennes (Test H de Kruskal-Wallis) -

6.3 MESURES DE L'ALEXITHYMIE

Le diagnostic clinique d'alexithymie (variable 27) n'a pu être posé ou infirmé par le cotateur que chez 83 sujets. Parmi ces sujets, 50 sont considérés comme alexithymiques (60%), répartis entre les sous-populations étudiées comme suit: 53% d'alexithymiques chez les sujets coronariens, 57% d'alexithymiques chez les sujets dépressifs, et 74% d'alexithymiques chez les sujets alcooliques.

On remarque donc une légère prédominance de l'alexithymie dans ce dernier groupe. Néanmoins le Test du χ^2 réalisé à partir du Tableau de Contingence correspondant ne montre pas de différence significative entre les populations (**Tableau 6**).

Les scores moyens aux différentes échelles des sujets ainsi définis alexithymiques sont tous supérieurs aux moyennes de l'échantillon total. Les scores moyens de ces sujets à l'EFEA à 10 items, à 20 items (comprenant les items leurres), et à la SSPS-R sont respectivement $5,94 \pm 1,33$ [3-9], $10,12 \pm 2,25$ [7-15], $9,84 \pm 2,47$ [6-15].

Le diagnostic d'alexithymie donné par la SSPS-R est comparable. Parmi les 116 sujets, 40 ont un score supérieur ou égal à 10, et sont donc considérés comme alexithymiques. Les scores moyens obtenus sont de $11,67 \pm 1,29$ [10-15] à la SSPS-R et $6,12 \pm 1,24$ [3-9] à l'EFEA, scores plus élevés que pour les sujets diagnostiqués alexithymiques par le cotateur (variable 27). La SSPS-R isole, pour un score de plus de 10, 13 sujets alcooliques et 14 sujets dépressifs (contre respectivement 17 et 16 pour la variable 27 "Alexithymie"), mais seulement 7 sujets coronariens contre 17 par l'impression clinique du cotateur.

L'item cotateur (variables 56 et 77, respectivement pour le premier et le deuxième entretien) explore lui aussi d'une autre façon la présence ou

l'absence d'alexithymie. Sur les 83 sujets pour lesquels il a été défini, 30 seulement (36%) ont fourni cette sensation d'ennui, de vide, voire d'agacement. Le résultat obtenu lors du deuxième entretien est encore inférieur (30%). La réponse "OUI" a été cochée au premier entretien 12 fois pour les 32 patients vus en cardiologie (38%), et 18 fois sur les 51 patients vus en psychiatrie (35%). Mais les différences entre les populations ne s'avèrent pas significatives pour cette variable (**Tableau 6**).

Un descriptif croisé avec le diagnostic clinique d'alexithymie a été réalisé, montrant seulement 24 sujets alexithymiques (sur 50) côtés positivement, et 27 sujets non alexithymiques (sur 33) côtés négativement. Paradoxalement, le Test de Fisher montre une liaison significative entre Item Cotateur et Alexithymie (**Tableau 6bis**).

	Echantillon (83)	Coronariens (32)	Dépressifs (28)	Alcooliques (23)	TEST du chi ²
Alexithymie (impression clinique)	50/33 60%	17/15 53%	16/12 57%	17/6 74%	$\chi^2 = 2,58$ <i>ddl = 2</i> <i>p = 0,27</i>
Item cotateur 1 ^{er} entretien	30/53 36%	12/20 38%	10/18 36%	8/15 35%	$\chi^2 = 0,05$ <i>p = 0,98</i>
Item cotateur 2 ^{ème} entretien	19/44 30%	7/13 35%	6/17 26%	6/14 30%	$\chi^2 = 0,40$ <i>p = 0,82</i>

*Tableau 6: mesures cliniques de l'alexithymie (OUI/NON)
les résultats non significatifs sont en italique*

P_F = 0,0049	non (v.27)	oui (v.27)	
absence (v.56)	27	26	53
présence (v.56)	6	24	30
	33	50	83

Tableau 6bis: corrélation entre "Alexithymie" et "Item cotateur" (tableau de contingence)

6.4 CORRELATIONS ENTRE LES INSTRUMENTS

On retrouve une corrélation positive entre le score à la CES-D et à l'EFEA "à 10 items" (pour 116 sujets). De la même façon, la CES-D semble être corrélée à l'EFEA "à 20 items", à la SSPS-R, à l'EFEA "à 8 items" et à l'EFEA "8DG". Seul le premier des deux entretiens est ici comme précédemment pris en considération.

Parmi ces 116 sujets, 68 ont un score supérieur ou égal à 16 (score moyen de $34,62 \pm 11,96$ [16-55]), dont 25 du groupe de sujets dépressifs (36,8%). Il est à noter que le score moyen de ceux-ci pour cette échelle est nettement plus élevé si on en exclut les 3 sujets ayant un score inférieur à 16 ($43,76 \pm 8,33$ [16-55]). Ces 68 sujets ont des scores moyens discrètement supérieurs à ceux de l'échantillon total pour toutes les échelles.

On retrouve un résultat identique pour les corrélations de la SAS (pour 43 sujets) à l'EFEA "à 10 items", à l'EFEA "à 20 items", à la SSPS-R, à la CES-D, à l'EFEA "à 8 items" et à l'EFEA "8DG".

Par contre, les scores à la PAS (pour 43 sujets) et à l'EFEA "à 10 items" ne sont pas corrélés, alors qu'une corrélation existe avec ceux de l'EFEA "à 20 items" et de la SSPS-R. Les scores de la PAS ne sont pas non plus corrélés aux scores de la CES-D, de l'EFEA "à 8 items" et de l'EFEA "8DG".

La corrélation du score total d'anhédonie ("SPAS") à l'EFEA "à 10 items", à l'EFEA "à 20 items", à la SSPS-R, à la CES-D, à l'EFEA "à 8 items" et à l'EFEA "8DG" est positive (pour 43 sujets).

Les résultats de la SAS et de la PAS sont corrélés entre eux de façon très significative. De même les scores à la SAS et à la PAS sont chacun corrélés au score global d'anhédonie ("SPAS").

Sur 43 sujets interrogés, 22 ont un score strictement supérieur à 12 à la SAS (score moyen à la SAS de $20,86 \pm 6,08$ [13-36] ; score moyen à la

“SPAS” de $38,95 \pm 12,92$ [20-72]), dont 9 dans le groupe des sujets dépressifs. Parmi ces 22 sujets, 13 sont alexithymiques à la SSPS-R (44,4% le sont d’après le cotateur: variable 27).

Seulement 9 des 43 sujets ont un score strictement supérieur à 18 à la PAS (score moyen à la PAS de $27,67 \pm 5,77$ [22-36] ; score moyen à la “SPAS” de $48,00 \pm 14,50$ [32-72]), dont 3 dans le groupe des sujets dépressifs. Parmi ces 9 sujets, 5 sont alexithymiques à la SSPS-R (50,0% suivant le cotateur). Les 7 sujets cumulant anhédonie physique et anhédonie sociale ont un score moyen à la “SPAS” de $51,71 \pm 14,31$ [40-72] ; 5 sont alexithymiques à la SSPS-R (50,0% suivant le cotateur).

L’étude des corrélations entre les instruments mesurant l’alexithymie est détaillée plus loin. L’ensemble des corrélations entre les différents instruments utilisés est résumée dans le **tableau 7**.

	EFEA "10" 1 ^{er} ent.	EFEA "10" 2 ^{ème} ent.	EFEA "20" 1 ^{er} ent.	EFEA "20" 2 ^{ème} ent.	SSPS-R	CES-D	SAS	PAS	"SPAS"	EFEA "8" 1 ^{er} ent.	EFEA "8" 2 ^{ème} ent.	EFEA "8DG" 1 ^{er} ent.	EFEA "8DG" 2 ^{ème} ent.
EFEA "10" 1 ^{er} entretien		$\rho=0,60$ $p<0,0001$	$\rho=0,68$ $p<0,0001$		$\rho=0,59$ $p<0,0001$	$\rho=0,22$ $p=0,016$	$\rho=0,37$ $p=0,013$	$\rho=0,22$ $p=0,159$	$\rho=0,35$ $p=0,022$	$\rho=0,90$ $p<0,0001$		$\rho=0,84$ $p<0,0001$	
EFEA "10" 2 ^{ème} entretien				$\rho=0,76$ $p<0,0001$							$\rho=0,94$ $p<0,0001$		$\rho=0,86$ $p<0,0001$
EFEA "20" 1 ^{er} entretien				$\rho=0,73$ $p<0,0001$	$\rho=0,78$ $p<0,0001$	$\rho=0,27$ $p=0,003$	$\rho=0,61$ $p<0,0001$	$\rho=0,42$ $p=0,005$	$\rho=0,58$ $p<0,0001$	$\rho=0,69$ $p<0,0001$		$\rho=0,78$ $p<0,0001$	
EFEA "20" 2 ^{ème} entretien													
SSPS-R						$\rho=0,29$ $p=0,001$	$\rho=0,64$ $p<0,0001$	$\rho=0,36$ $p=0,017$	$\rho=0,56$ $p<0,0001$	$\rho=0,56$ $p<0,0001$		$\rho=0,66$ $p<0,0001$	
CES-D							$\rho=0,37$ $p=0,014$	$\rho=0,19$ $p=0,218$	$\rho=0,33$ $p=0,035$	$\rho=0,32$ $p=0,0005$		$\rho=0,41$ $p<0,0001$	
SAS								$\rho=0,63$ $p<0,0001$	$\rho=0,90$ $p<0,0001$	$\rho=0,34$ $p=0,026$		$\rho=0,38$ $p=0,011$	
PAS									$\rho=0,87$ $p<0,0001$	$\rho=0,26$ $p=0,095$		$\rho=0,29$ $p=0,063$	
"SPAS"										$\rho=0,35$ $p=0,020$		$\rho=0,40$ $p=0,008$	
EFEA "8" 1 ^{er} entretien											$\rho=0,62$ $p<0,0001$	$\rho=0,94$ $p<0,0001$	
EFEA "8" 2 ^{ème} entretien													$\rho=0,95$ $p<0,0001$
EFEA "8DG" 1 ^{er} entretien													$\rho=0,75$ $p<0,0001$
EFEA "8DG" 2 ^{ème} entretien													

Tableau 7: corrélations entre instruments (ρ de Spearman avec p bilatéral)

les résultats non significatifs sont en italique

6.5 CORRELATIONS DE L'EFEA AUX DIFFERENTES VARIABLES

6.5.1 Liens avec les variables sociales et médicales

On retrouve une corrélation positive, bien que faiblement, entre le score à l'EFEA "à 10 items" et l'âge ($\rho=0,2$ et $p=0,02$ pour 116 sujets), ce qui pourrait indiquer que le score d'alexithymie augmente avec l'âge dans notre étude. Néanmoins on ne retrouve cette liaison ni avec la SSPS-R, ni avec l'"EFEA à 20 items". Une influence du sexe n'est pas retrouvée avec l'EFEA à 10 ou 20 items, de même avec le diagnostic clinique d'alexithymie (variable 27), bien que le Test U de Mann-Whitney donne des résultats proches de la significativité pour l'EFEA "à 10 items" ($z = - 1,5320$, $p_{\text{unilatéral}} = 0,0594$ et $p_{\text{bilatéral}} = 0,1188$). Néanmoins une différence entre les deux sexes apparaît avec la SSPS-R ($z = - 3,0638$, $p_u = 0,0010$ et $p_b = 0,0020$). Ces résultats sont repris dans le **tableau 8**.

	HOMMES	FEMMES	z	p bilatéral
Score EFEA 10 1 ^{er} ent. (83)	5,4±1,6[2-9]	4,8±1,6[1-7]	- 1,53	0,12
Score EFEA 20 1 ^{er} ent. (83)	9,5±2,7[5-15]	8,6±2,8[2-14]	- 1,55	0,12
Score SSPS-R (82)	9,3±2,3[4-14]	7,9±2,7[4-15]	- 3,06	0,002

Tableau 8: influence du sexe (Test U de Mann-Whitney)

L'analyse d'un lien avec la présence d'un médecin traitant, d'un psychiatre, d'une chimiothérapie est négative, de même que la présence ou non d'antécédents quels qu'ils soient, de conduites addictives, d'invalidité (pour l'EFEA). L'influence des antécédents psychiatrique est détaillée dans le tableau suivant.

	OUI	NON	z	p bilatéral
Score EFEA 10 1 ^{er} ent. (83)	5,3±1,4[2-8]	5,0±1,8[1-9]	- 1,14	<i>0,24</i>
Score EFEA 20 1 ^{er} ent. (83)	9,5±2,4[2-14]	8,9±2,5[2-15]	- 1,57	<i>0,11</i>
Score SSPS-R (82)	9,3±2,7[4-15]	8,2±2,4[4-14]	- 2,11	0,03
Score CES-D (82)	31,5±15,9[0-54]	16,9±12,2[0-55]	- 4,73	<0,0001
Score SAS (22)	18,5±8,5[6-36]	8,1±6,7[0-21]	- 3,74	0,0002
Score PAS (22)	17,6±8,1[8-36]	12,1±7,1[1-31]	- 2,43	0,02
Score "SPAS" (22)	36,1±15,4[14-72]	20,1±11,4[1-41]	- 3,49	0,0005

*Tableau 9: influence des antécédents psychiatriques (Test U de Mann-Whitney)
les résultats non significatifs sont en italique*

Par contre l'analyse de la variance à la scolarité, à la profession (variables 11 et 12), à la culture, à la stabilité, au logement, et aux quatre variables du statut familial (6,7,8,9) retrouve des différences significatives des scores à l'EFEA (**tableau 10**). Un Test du χ^2 ne trouve pourtant pas de liaison statistiquement significative entre le diagnostic clinique d'alexithymie et chacune des trois variables scolarité, culture et stabilité (**tableau 10bis**).

	Score EFEA 10 1 ^{er} entretien
<u>Scolarité</u> (p=0,0160)	
jusqu'au Certificat d'Etudes (29)	5,28±1,71[2-8]
intermédiaire CAP, BEP, etc... (39)	5,72±1,28[3-9]
après le Bac (49)	4,67±1,76[1-9]
<u>Profession</u> (p<0,0001)	
Etudiants (34)	4,18±1,71[1-8]
Chômeurs (9)	5,56±0,88[4-7]
Sujets en arrêt maladie (7)	5,86±1,35[4-8]
Sujets actifs (43)	5,86±1,36[3-9]
Retraités (24)	5,00±1,69[2-8]
<u>Statut matrimonial</u> (p=0,0030)	
Célibat (39)	4,54±1,62[1-8]
Vie maritale (57)	5,32±1,50[2-8]
Séparation (16)	6,37±1,50[4-9]
Veuvage (3)	5,67±1,53[4-7]

Tableau 10: corrélations entre EFEA et variables sociales (Test H de Kruskal-Wallis)

	Alexithymie (v.27)
Scolarité: ≤CE/ ≥Bac (v.10)	<i>$\chi^2 = 1,38$ (ddl = 3 ; p = 0,50)</i>
Culture: NC1/NC2/NC3 (v.13)	<i>$\chi^2 = 0,68$ (ddl = 2 ; p = 0,97)</i>
Stabilité: S/I/ (v.12)	<i>$\chi^2 = 1,99$ (ddl = 2 ; p = 0,37)</i>

*Tableau 10bis: corrélation entre "Alexithymie" et variables sociales (Test du Chi²)
les résultats non significatifs sont en italique*

6.5.2 Liens aux autres mesures de l'alexithymie

L'analyse de la validité de l'EFEA en tant qu'instrument de mesure de l'alexithymie est évaluée à trois niveaux: par corrélation à une autre échelle, par corrélation à la notion clinique qu'elle mesure, et enfin par corrélation à elle-même dans le

temps. Les résultats montrent que les deux échelles, à 10 ou à 20 items sont corrélées, lors du premier et du deuxième entretien (pour 91 sujets). Un résultat identique est retrouvé pour l'EFEA "à 8 items" et l'EFEA "8DG" (tableau 7).

Le score à la SSPS-R est également corrélé (pour 116 sujets) à celui de l'EFEA "à 10 items", de l'EFEA "à 20 items", ainsi qu'à celui de l'EFEA "à 8 items" et de l'EFEA "8DG", mais avec un rho inférieur (tableau 7).

La comparaison entre le score à l'EFEA "à 10 items" et l'impression clinique d'alexithymie (variable 27) montre une correspondance statistiquement significative entre ces résultats, de même qu'avec le score à la SSPS-R ou à l'EFEA "à 8 items". On ne retrouve pas ce résultat avec l'EFEA "à 20 items", l'EFEA "8DG", la CES-D, la SAS, la PAS ni le score global d'anhédonie "SPAS" (tableau 11).

	NON	OUI	z	p bilatéral
Score EFEA 10 1 ^{er} ent. (83)	5,0±1,5[2-8]	5,9±1,3[3-9]	- 2,64	0,008
Score EFEA 20 1 ^{er} ent. (83)	9,2±2,3[2-13]	10,1±2,3[7-15]	- 1,23	<i>0,219</i>
Score SSPS-R (82)	8,5±2,3[4-13]	9,8±2,5[6-15]	- 2,23	0,026
Score CES-D (82)	32,3±16,2[0-55]	26,3±16,0[0-53]	- 1,52	<i>0,129</i>
Score SAS (22)	18,8±6,1[6-26]	20,7±9,5[6-36]	- 0,30	<i>0,760</i>
Score PAS (22)	15,2±7,7[0-30]	18,9±9,9[8-36]	- 0,66	<i>0,510</i>
Score "SPAS" (22)	35,3±10,2[15-51]	39,6±18,7[14-72]	- 0,23	<i>0,820</i>
Score EFEA 8 1 ^{er} e. (83)	3,6±1,7[0-7]	4,6±1,4[1-7]	- 2,56	0,009
Score EFEA 8DG 1 ^{er} e. (83)	4,3±2,1[0-9]	5,1±1,7[1-8]	- 1,83	<i>0,06</i>

*Tableau 11: corrélations à l'impression clinique d'alexithymie (Test U de Mann-Whitney)
les résultats non significatifs sont en italique*

Un Test U de Mann-Whitney a été réalisé afin de comparer la valeur de l'item cotateur et le Score à l'EFEA "à 10 items" lors du premier entretien: il ne retrouve pas de différence statistiquement significative en fonction de la réponse à

l'item cotateur. Ces conclusions se répètent avec l'"EFEA à 20 items", l'"EFEA à 8 items", l'EFEA"8DG", la SSPS-R, et même le score global d'anhédonie ("SPAS"). L'élément mesuré par cet item cotateur est donc probablement d'un autre ordre (**tableau 12**).

	NON	OUI	z	p bilatéral
Score EFEA 10 1 ^{er} ent. (83)	5,5±1,5[2-9]	5,7±1,4[3-9]	- 0,29	<i>0,77</i>
Score EFEA 20 1 ^{er} ent. (83)	9,9±2,4[2-15]	9,4±2,2[7-15]	- 1,46	<i>0,14</i>
Score SSPS-R (82)	9,5±2,6[4-15]	9,0±2,3[6-14]	- 0,99	<i>0,31</i>
Score CES-D (82)	29,3±16,9[0-54]	27,6±15,2[0-55]	- 0,37	<i>0,71</i>
Score SAS (22)	19,5±8,1[6-36]	21,0±0,0[21-21]	- 0,69	<i>0,49</i>
Score PAS (22)	17,7±8,5[8-36]	17,0±0,0[17-17]	- 0,69	<i>0,49</i>
Score "SPAS" (22)	37,2±15,2[14-72]	38,0±0,0[38-38]	- 0,00	<i>1,00</i>
Score EFEA 8 1 ^{er} e. (83)	4,3±1,6[0-7]	4,1±1,6[1-7]	- 0,74	<i>0,45</i>
Score EFEA 8DG 1 ^{er} e. (83)	4,9±1,9[0-9]	4,6±1,9[1-8]	- 0,81	<i>0,41</i>

*Tableau 12: corrélations à l'Item Cotateur du premier entretien (Test U de Mann-Whitney)
les résultats non significatifs sont en italique*

La stabilité temporelle est confirmée par la corrélation des Rangs de Spearman entre les scores de l'EFEA "à 10 items" du premier et du deuxième entretien (91 sujets). Le même résultat est obtenu pour l'"EFEA à 20 items", comprenant les 10 items leurres, l'EFEA "à 8 items" et l'EFEA"8DG" (**tableau 13**). Il n'y a pas de différence significative entre les distributions des deux variables (pour le premier comme pour le deuxième entretien) pour chacune des deux échelles, mais de façon nettement plus marquée pour l'EFEA "à 10 items" (**tableau 14**). Les items leurres rendent donc l'échelle moins fidèle dans le temps. Le calcul du coefficient de corrélation intra-classe (ICC) donne le chiffre le plus élevé pour le groupe des sujets dépressifs ; les meilleurs résultats sont obtenus avec l'EFEA "8DG" (**tableau 15**).

Echelle	rho	p bilatéral
EFEA "à 10 items"	0,602	<0,0001
"EFEA à 20 items"	0,733	<0,0001
EFEA "à 8 items"	0,624	<0,0001
EFEA "8DG"	0,753	<0,0001

Tableau 13: corrélations entre le premier et le deuxième entretien (Rangs de Spearman)

Score EFEA 10 1 ^{er} entretien	5,32±1,65[1-9]	Score EFEA 20 1 ^{er} entretien	9,32±2,48[2-15]
Score EFEA 10 2 ^{ème} entretien	5,38±1,91[1-10]	Score EFEA 20 2 ^{ème} entretien	9,65±2,79[4-18]
z	- 0,3208	z	- 1,5700
p bilatéral	0,7484	p bilatéral	0,1164
Score EFEA 8 1 ^{er} entretien	4,07±1,62[0-7]	Score EFEA 8DG 1 ^{er} entretien	4,60±1,92[0-9]
Score EFEA 8 2 ^{ème} entretien	4,21±1,74[1-8]	Score EFEA 8DG 2 ^{ème} entretien	4,77±2,07[1-9]
z	- 0,8371	z	- 0,8593
p bilatéral	0,4026	p bilatéral	0,3902

Tableau 14: Test T de Wilcoxon

ICC	EFEA 10	EFEA 8	EFEA "8DG"
Echantillon total	R=0,64[0,50-0,75]	R=0,63[0,49-0,74]	R=0,73[0,62-0,81]
Etudiants	R=0,27[0,07-0,45]	R=0,24[0,04-0,43]	R=0,26[0,06-0,44]
Coronariens	R=0,39[0,20-0,55]	R=0,42[0,24-0,58]	R=0,72[0,61-0,81]
Dépressifs	R=0,79[0,70-0,86]	R=0,74[0,63-0,82]	R=0,82[0,74-0,88]
Alcooliques	R=0,65[0,51-0,75]	R=0,68[0,55-0,78]	R=0,72[0,60-0,80]

Tableau 15: corrélation intra-classe R

6.6 ETUDE ITEM PAR ITEM

L'analyse item par item permet de confirmer la stabilité dans le temps de chacun d'entre eux.

L'étude de chaque item principal entre les deux entretiens est résumée dans le **tableau 16**. Les items leurres sont également stables dans le temps.

L'évaluation de la corrélation de chaque item au score total (pour 117 sujets) est détaillée dans le **tableau 17**: pour l'EFEA "à 10 items", l'EFEA à 20 items", l'EFEA "à 8 items", l'EFEA "8DG".

- L'étude de la corrélation entre chaque item et le score à l'EFEA à 10 items lors du premier entretien montre l'absence de corrélation pour les items 4 et 6, ce qui est à l'origine de l'étude complémentaire faite pour une EFEA à 8 items. On peut remarquer par ailleurs que l'item leurre D est corrélé au score de l'EFEA "à 10 items", ce qui a amené une étude complémentaire d'une nouvelle échelle à 10 items où les items 4 et 6 étaient remplacés par les leurres G et D (celui-ci ayant les meilleures caractéristiques parmi les items leurres).

- L'intensité de la liaison de chaque item au score à l'EFEA à 20 items" lors du premier entretien, comprenant donc les items leurres, met en évidence l'absence de liaison significative pour les items B, C, 4, 6, 7 et H, ce qui renforce l'idée d'une plus grande cohérence d'une échelle comportant peu d'items.

On remarquera que les items 4 et 6 ne sont pas corrélés à la SSPS-R, alors que les items D et G le sont, le D de façon encore plus significative que pour les différentes formes de l'EFEA ($\rho=0,51$ et $p<0,0001$ pour 116 sujets).

Item (91 sujets)	ρ	p bilatéral
1	0,4345	< 0,0001
A	0,7597	< 0,0001
2	0,4492	< 0,0001
B	0,6076	< 0,0001
3	0,6421	< 0,0001
C	0,7765	< 0,0001
4	0,6951	< 0,0001
D	0,5914	< 0,0001
5	0,4259	< 0,0001
E	0,4334	< 0,0001
6	0,5736	< 0,0001
F	0,7267	< 0,0001
7	0,2627	= 0,0119
G	0,5217	< 0,0001
8	0,5634	< 0,0001
H	0,4748	< 0,0001
9	0,6364	< 0,0001
I	0,4951	< 0,0001
10	0,6704	< 0,0001
J	0,6623	< 0,0001

Tableau 16: stabilité temporelle item par item

Item	EFEA "10"		EFEA "20"		EFEA "8"		EFEA "8DG"	
	ρ	p bilatéral	ρ	p bilatéral	ρ	p bilatéral	ρ	p bilatéral
1	0,35	= 0,0001	0,21	= 0,0225	0,35	=0,0001	0,30	=0,0009
A	<i>0,14</i>	<i>=0,1339</i>	0,45	< 0,0001				
2	0,58	< 0,0001	0,44	< 0,0001	0,66	<0,0001	0,61	< 0,0001
B	- 0,09	=0,3098	- 0,03	= 0,7775				
3	0,39	< 0,0001	0,35	< 0,0001	0,48	<0,0001	0,47	< 0,0001
C	0,06	=0,4939	0,14	= 0,1290				
4	0,16	= 0,0945	0,019	= 0,8983	- 0,15	=0,1020	- 0,22	=0,0197
D	0,22	=0,0184	0,47	< 0,0001	0,27	=0,0029	0,49	< 0,0001
5	0,24	= 0,0080	0,30	= 0,0011	0,29	=0,0016	0,29	=0,0017
E	0,02	=0,8596	0,32	= 0,0004				
6	0,10	= 0,2696	- 0,06	= 0,5036	- 0,20	=0,0326	- 0,16	=0,0779
F	- 0,01	=0,9453	0,24	= 0,0090				
7	0,29	= 0,0016	0,02	= 0,8099	0,31	=0,0007	0,19	0,0439
G	0,11	=0,2411	0,42	< 0,0001	0,16	0,0820	0,40	< 0,0001
8	0,40	< 0,0001	0,22	= 0,0151	0,43	<0,0001	0,43	< 0,0001
H	- 0,06	=0,5250	0,09	= 0,3219				
9	0,36	< 0,0001	0,32	= 0,0004	0,38	<0,0001	0,41	< 0,0001
I	- 0,05	=0,5692	0,30	= 0,0008				
10	0,39	< 0,0001	0,34	= 0,0002	0,43	<0,0001	0,40	< 0,0001
J	- 0,12	=0,2138	0,27	= 0,0036				

Tableau 17: corrélation item - score total (rho de Spearman)
Les résultats non significatifs sont en italiques

L'homogénéité interne de l'échelle est déterminée à partir du calcul des proportions pour chaque item et de la variance. Le K.R.20 résultant est de 0,76, ce qui confirme une bonne consistance interne de l'échelle. Compte tenu des résultats précédents, le KR20 a été calculé après suppression des items "non significatifs". Il est élevé à 0,79 sans l'item 4, à 0,80 sans l'item 6, et à 0,85 si on exclut les items 4 et 6. Les KR20 calculés pour les échelles "à 20 items", "à 8 items" et "8DG" sont respectivement 0,92, 0,82, et 0,77.

L'analyse factorielle de l'EFEA (10 items), fait ressortir cinq composantes principales, dont la première a une variance expliquée de 17,6% (donc proche de 20%). La variance cumulée de ces valeurs propres (*eigenvalues*) est de 62,7% (**tableau 18**). La corrélation de chaque item aux composantes principales est résumée dans le **tableau 19**, et la saturation des items aux facteurs après rotation oblique et orthogonale dans les deux tableaux suivants (**tableaux 20 et 21**). Les items 4 et 6 sont faiblement corrélés aux composantes principales.

Composantes	Valeurs Propres	Variance
1	1,755	17,55%
2	1,339	13,39%
3	1,134	11,34%
4	1,040	10,40%
5	1,000	10,05%

Tableau 18: valeurs propres et pourcentages de variance pour l'EFEA "à 10 items"

Items	Comp. 1	Comp. 2	Comp. 3	Comp. 4	Comp. 5
1	0,222	0,438	-0,223	0,624	0,269
2	0,724	-0,103	-0,035	0,201	0,372
3	0,611	0,012	-0,396	-0,119	-0,092
4	-0,375	0,462	0,240	0,267	-0,029
5	0,199	-0,486	-0,339	0,273	-0,304
6	-0,451	-0,154	-0,153	0,019	0,708
7	0,215	-0,349	0,525	0,359	0,088
8	0,363	-0,249	0,478	0,350	0,297
9	0,327	0,552	-0,154	-0,436	0,186
10	0,375	0,417	0,450	0,094	-0,245

Tableau 19: coefficients de corrélation avant rotation pour l'EFEA "à 10 items"

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5
1	-0,061	0,022	-0,149	0,854	0,002
2	0,434	0,039	0,459	0,508	1,216
3	0,653	0,235	-0,055	0,150	0,172
4	-0,628	-8,122	-0,175	0,190	0,129
5	0,535	-0,488	-0,215	0,031	0,038
6	-0,212	0,057	0,110	0,134	-0,832
7	-0,113	-0,499	0,537	0,149	0,141
8	0,065	0,136	0,757	-0,204	0,010
9	0,112	0,783	0,037	0,085	0,094
10	-0,213	0,108	0,208	0,156	0,667

Tableau 20: coefficients de saturation en solution oblique pour l'EFEA "à 10 items"

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5
1	-0,055	0,050	-0,146	0,852	0,027
2	0,461	0,046	0,480	0,518	0,037
3	0,654	0,238	-0,024	0,171	0,197
4	-0,630	0,017	-0,197	0,184	0,118
5	0,532	-0,489	0,186	0,025	0,030
6	-0,223	0,035	0,083	0,105	-0,826
7	-0,079	-0,493	0,540	0,141	0,139
8	0,094	0,122	0,756	-0,194	0,025
9	0,109	0,786	0,037	0,113	0,125
10	-0,189	0,134	0,213	0,180	0,674

Tableau 21: coefficients de saturation en solution orthogonale pour l'EFEA "à 10 items"

L'analyse factorielle de l'EFEA "à 20 items" retrouve dix composantes principales, dont la première a une variance expliquée de 13,5%. La variance cumulée est de 72,1%. La corrélation de chaque item aux composantes principales ne donne pas de valeurs significatives pour les items 3, 8, H, I. La saturation

des items aux facteurs après rotation oblique et orthogonale ne permet pas d'individualiser des axes cohérents.

L'analyse factorielle de l'EFEA "à 8 items" fait ressortir quatre composantes principales, dont la première a une variance expliquée de 20%. La variance cumulée de ces valeurs propres est de 62,3% (**tableau 22**). La corrélation de chaque item aux composantes principales est résumée dans le **tableau 23**, et la saturation des items aux facteurs après rotation oblique et orthogonale dans les deux tableaux suivants (**tableaux 24 et 25**). L'item 8 est difficile à intégrer dans une composante ou un facteur.

Composantes	Valeurs Propres	Variance
1	1,597	20%
2	1,259	15,7%
3	1,109	13,9%
4	1,014	12,7%

Tableau 22: valeurs propres et pourcentages de variance pour l'EFEA "à 8 items"

Items	Comp. 1	Comp. 2	Comp. 3	Comp. 4
1	0,319	-0,406	0,219	0,678
2	0,778	0,185	0,076	0,139
3	0,609	-0,023	0,402	-0,302
5	0,138	0,497	0,600	-0,085
7	0,185	0,556	-0,303	0,411
8	0,373	0,365	-0,503	-0,335
9	0,392	-0,576	-0,094	-0,364
10	0,416	-0,198	-0,424	0,152

Tableau 23: coefficients de corrélation avant rotation pour l'EFEA "à 8 items"

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
1	0,101	0,282	-0,001	0,812
2	0,681	0,089	0,238	0,037
3	0,730	-0,147	-0,248	-0,041
5	0,577	-0,705	0,228	-0,104
7	0,089	0,015	0,747	-0,130
8	0,223	0,211	0,242	-0,641
9	0,153	0,468	0,627	0,027
10	0,026	0,576	0,032	0,060

Tableau 24: coefficients de saturation en solution oblique pour l'EFEA "à 8 items"

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
1	0,201	0,262	0,078	0,812
2	0,738	0,227	0,253	0,069
3	0,738	-0,069	-0,272	-0,028
5	0,459	-0,630	0,158	-0,029
7	0,090	0,125	0,757	-0,079
8	0,250	0,332	0,227	-0,642
9	0,261	0,450	-0,595	-0,040
10	0,149	0,619	0,092	0,029

Tableau 25: coefficients de saturation en solution orthogonale pour l'EFEA "à 8 items"

L'analyse factorielle de l'EFEA "8DG" met en évidence cinq composantes principales, dont la première a une variance expliquée de 18,5%. La variance cumulée de ces valeurs propres est de 66% (**tableau 26**). La corrélation de chaque item aux composantes principales est résumée dans le **tableau 27**, et la saturation des items aux facteurs après rotation oblique et orthogonale dans les deux tableaux suivants (**tableaux 28 et 29**). Cette analyse ne permet pas de détacher des items regroupables en facteurs de même sens.

Composantes	Valeurs Propres	Variance
1	1,850	18,5%
2	1,436	14,4%
3	1,171	11,7%
4	1,139	11,4%
5	0,999	10,0%

Tableau 26: valeurs propres et pourcentages de variance pour l'EFEA "8DG"

Items	Comp. 1	Comp. 2	Comp. 3	Comp. 4	Comp. 5
1	0,207	-0,216	0,707	0,192	0,105
2	0,624	0,408	0,299	0,171	-0,066
3	0,575	0,045	-0,047	0,341	-0,365
5	0,141	0,160	0,306	0,764	0,275
7	-0,064	0,728	-0,284	-0,070	-0,089
8	0,357	0,445	0,289	-0,345	0,345
9	0,490	-0,332	0,083	-0,346	-0,406
10	0,386	-0,096	0,289	-0,272	0,648
D	0,541	0,202	-0,411	-0,207	-0,161
G	0,506	-0,554	-0,248	0,109	0,193

Tableau 27: coefficients de corrélation avant rotation pour l'EFEA "8DG"

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5
1	0,329	0,001	-0,641	-0,130	0,446
2	0,735	-0,326	0,074	0,083	0,257
3	0,722	0,072	-0,011	0,026	-0,160
5	0,247	0,115	0,088	0,833	-0,093
7	0,250	-0,784	0,146	0,080	0,079
8	-0,003	-0,213	0,676	0,120	0,327
9	0,306	0,293	3,001	-0,637	-0,026
10	-0,060	0,092	-0,017	-0,062	0,831
D	0,294	0,056	0,611	-0,080	-0,100
G	0,088	0,727	0,021	0,004	0,151

Tableau 28: coefficients de saturation en solution oblique pour l'EFEA "8DG"

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5
1	0,318	0,005	-0,598	-0,086	0,414
2	0,727	-0,243	0,103	0,054	0,278
3	0,741	0,135	0,020	0,017	-0,128
4	0,254	0,171	0,047	0,835	-0,066
5	0,169	-0,765	0,102	0,035	0,054
6	0,028	-0,150	0,693	0,063	0,374
7	0,362	0,309	0,084	-0,639	0,003
8	-0,011	0,128	0,052	-0,053	0,845
9	0,346	0,122	0,646	-0,131	-0,036
10	0,191	0,765	0,094	0,030	0,204

Tableau 29: coefficients de saturation en solution orthogonale pour l'EFEA "8DG"

6.7 SENSIBILITÉ, SPÉCIFICITÉ ET SCORES SEUILS

L'étude de la sensibilité et de la spécificité croisées est détaillée dans les tableaux et les courbes qui suivent. Elle a pour objet de permettre de déterminer des scores seuils pour l'EFEA.

Ces indices ont été étudiés à partir du diagnostic positif d'alexithymie par la SSPS-R, c'est-à-dire en fonction du score seuil de 10 posé par Sifneos (**tableau 30**). On retrouve l'association optimale de sensibilité et de spécificité (respectivement 75% et 72 %) pour le score de 5 (sur 10) à l'EFEA, avec un indice de Younden de 0,47. Cependant, un score de 4 donne une meilleure sensibilité (93%) et serait donc plus adapté à un instrument de dépistage. Un score de 6, qui correspond à une spécificité supérieure (82%) d'un instrument de diagnostic paraît lui plus adapté à cette optique. La courbe ROC réalisée est tout à fait satisfaisante (**Courbe ROC 32**).

La même étude a été réalisée en tenant compte non plus de la SSPS-R, mais du diagnostic clinique d'alexithymie (variable 27) (**tableau 31**). Les résultats sont superposables avec une sensibilité accrue (88%) pour un score de 4 et une spécificité très satisfaisante (91%) pour un score de 6. Le meilleur indice de Younden, de 0,27, correspond par contre à un score de 6. La courbe ROC est proche de la précédente (**Courbe ROC 27**).

Les mêmes calculs effectués pour l'EFEA "à 8 items" et l'EFEA "8DG" donnent un indice de Younden inférieur pour la première (0,4 en référence à la SSPS-R), mais supérieur pour la deuxième (0,52 en référence à la SSPS-R). Pour cette dernière, l'indice est néanmoins le moins bon en référence à l'impression clinique d'alexithymie. Les résultats sont détaillés dans les **tableaux 32 à 35**, suivis des courbes ROC correspondantes. Le score seuil pour l'EFEA "à 8 items" serait alors de 3, et pour l'EFEA "8DG" de 4.

Au total, il est permis d'opter pour deux scores seuils en ce qui concerne l'EFEA: un score inférieur à 4 témoigne de l'absence d'alexithymie, alors qu'un score supérieur à 6 en signale la présence. Des valeurs comprises entre 4 et 6 (inclus) sont considérées comme "limites", et peuvent demander confirmation du diagnostic, soit par un nouveau passage de l'échelle à distance, soit par un autre instrument.

Si on décide finalement d'accepter l'échelle à 10 items comprenant les items D et G (EFEA "8DG), qui semble avoir la plus grande cohérence, la situation est plus simple. Le score de 4 ou plus affirme l'alexithymie, avec une sensibilité de 85% et une spécificité de 67%.

EFEA "à 10 items"**Sensibilité et Spécificité****Tableau 30:***Indices en fonction du score à l'EFEA: Alexithymie par la SSPS-R (v. 32)*

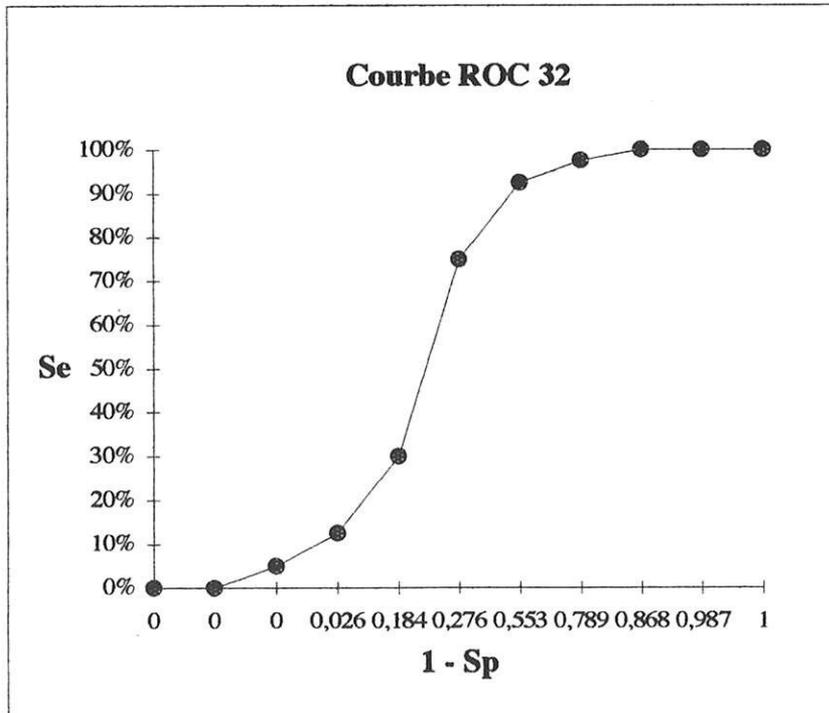
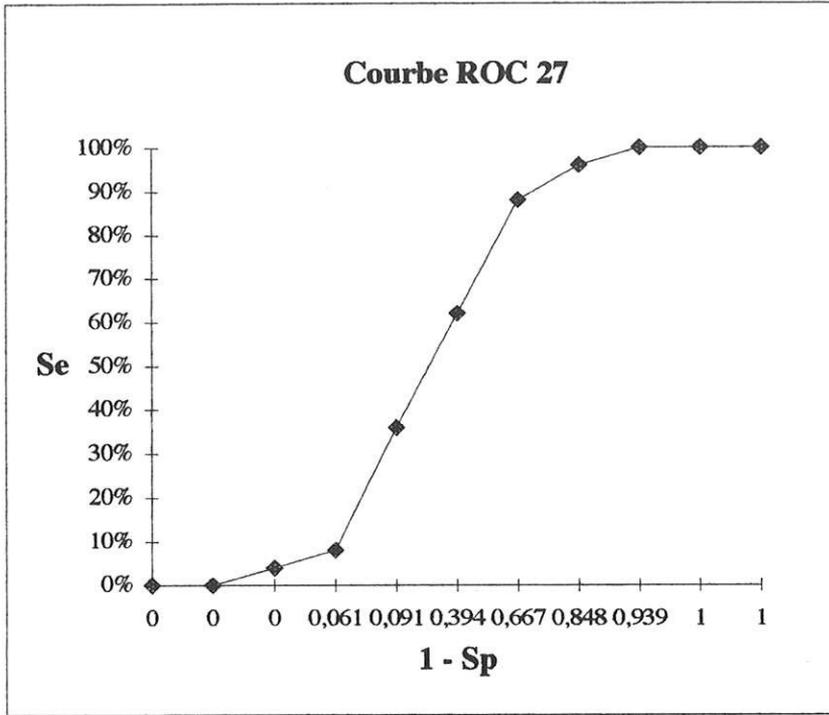
Score	SSPS-R<10	SSPS-R≥10	VP	VN	FP	FN	Se	Sp	1-Sp	Y
0	0	0	40	0	76	0	100%	0%	1	0
1	1	0	40	1	75	0	100%	1%	0,99	0,01
2	9	0	40	10	66	0	100%	13%	0,87	0,13
3	6	1	39	16	60	1	98%	21%	0,79	0,19
4	18	2	37	34	42	3	93%	45%	0,55	0,37
5	21	7	30	55	21	10	75%	72%	0,28	0,47
6	7	18	12	62	14	28	30%	82%	0,18	0,12
7	12	7	5	74	2	35	13%	97%	0,03	0,1
8	2	3	2	76	0	38	5%	100%	0	0,05
9	0	2	0	76	0	40	0%	100%	0	0
10	0	0	0	76	0	40	0%	100%	0	0
			76	40						
			T= 116							

*Y: indice de Younden***Tableau 31:***Indices en fonction du score à l'EFEA: Alexithymie par le cotateur (v. 27)*

Score	A. Clin.=0	A. Clin.=1	VP	VN	FP	FN	Se	Sp	1-Sp	Y
0	0	0	50	0	33	0	100%	0%	1	0
1	0	0	50	0	33	0	100%	0%	1	0
2	2	0	50	2	31	0	100%	6%	0,94	0,06
3	3	2	48	5	28	2	96%	15%	0,85	0,11
4	6	4	44	11	22	6	88%	33%	0,67	0,21
5	9	13	31	20	13	19	62%	61%	0,39	0,23
6	10	13	18	30	3	32	36%	91%	0,09	0,27
7	1	14	4	31	2	46	8%	94%	0,06	0,02
8	2	2	2	33	0	48	4%	100%	0	0,04
9	0	2	0	33	0	50	0%	100%	0	0
10	0	0	0	33	0	50	0%	100%	0	0
			33	50						
			T= 83							

Y: indice de Younden

EFEA "à 10 items"



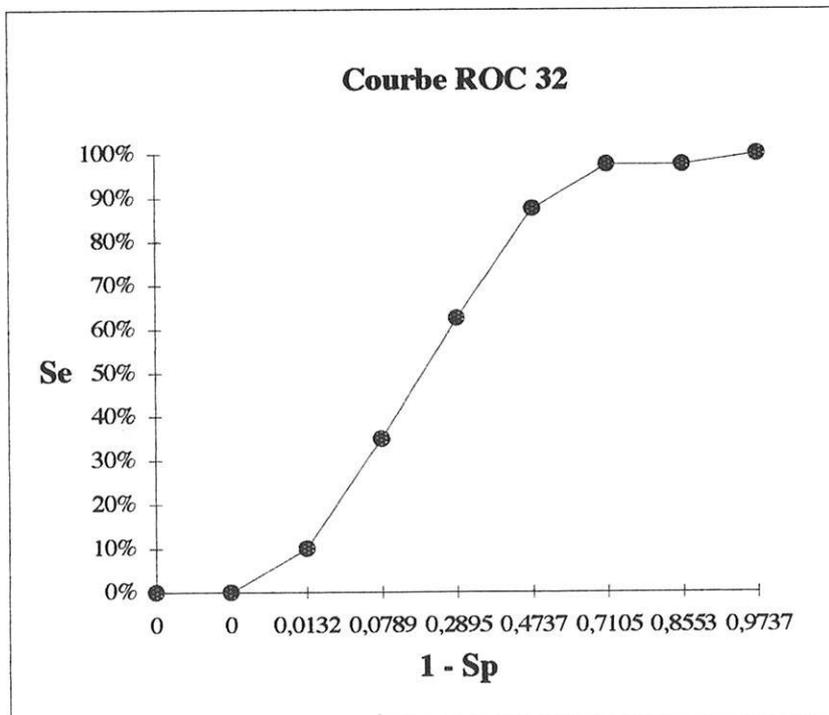
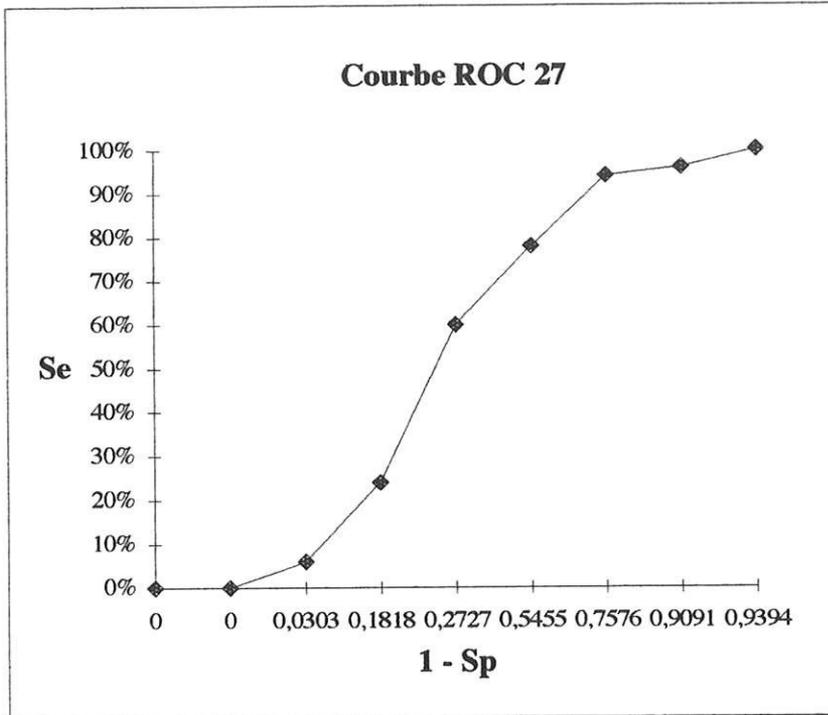
EFEA "à 8 items"**Sensibilité et Spécificité****Tableau 32:***Indices en fonction du score à l'EFEA: Alexithymie par la SSPS-R (v. 32)*

Score	SSPS-R<10	SSPS-R≥10	VP	VN	FP	FN	Se	Sp	1-Sp	Y
0	2	0	40	2	74	0	100%	3%	0,97	0,03
1	9	1	39	11	65	1	98%	14%	0,86	0,12
2	11	0	39	22	54	1	98%	29%	0,71	0,26
3	18	4	35	40	36	5	88%	53%	0,47	0,4
4	14	10	25	54	22	15	63%	71%	0,29	0,34
5	16	11	14	70	6	26	35%	92%	0,08	0,27
6	5	10	4	75	1	36	10%	99%	0,01	0,09
7	1	4	0	76	0	40	0%	100%	0	0
8	0	0	0	76	0	40	0%	100%	0	0
			76	40						
			T= 116							

*Y: indice de Youden***Tableau 33:***Indices en fonction du score à l'EFEA: Alexithymie par le cotateur (v. 27)*

Score	A. Clin.=0	A. Clin.=1	VP	VN	FP	FN	Se	Sp	1-Sp	Y
0	2	0	50	2	31	0	100%	6%	0,94	0,06
1	1	2	48	3	30	2	96%	9%	0,91	0,05
2	5	1	47	8	25	3	94%	24%	0,76	0,18
3	7	8	39	15	18	11	78%	45%	0,55	0,23
4	9	9	30	24	9	20	60%	73%	0,27	0,33
5	3	18	12	27	6	38	24%	82%	0,18	0,06
6	5	9	3	32	1	47	6%	97%	0,03	0,03
7	1	3	0	33	0	50	0%	100%	0	0
8	0	0	0	33	0	50	0%	100%	0	0
			33	50						
			T= 83							

Y: indice de Youden

EFEA "à 8 items"

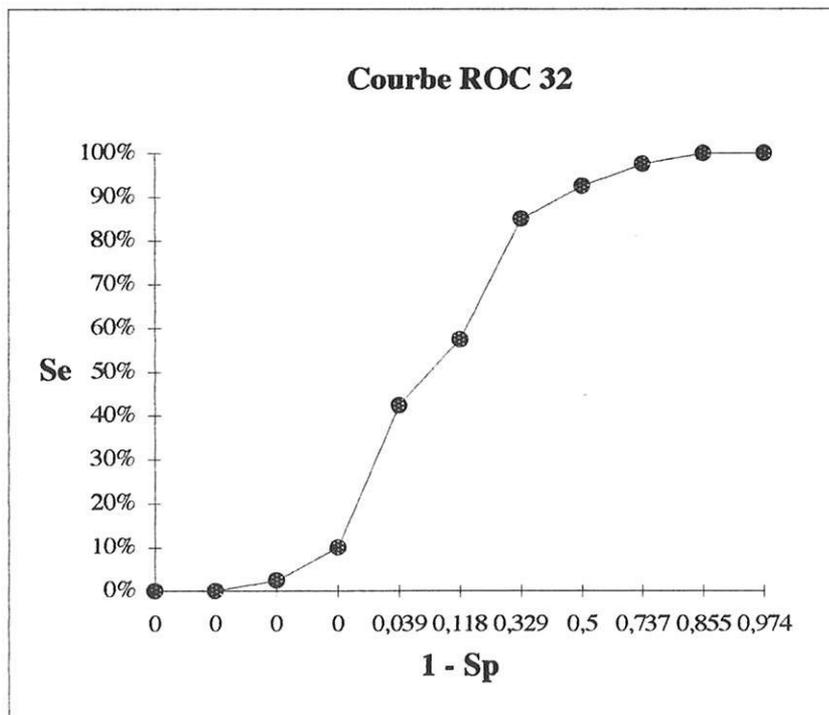
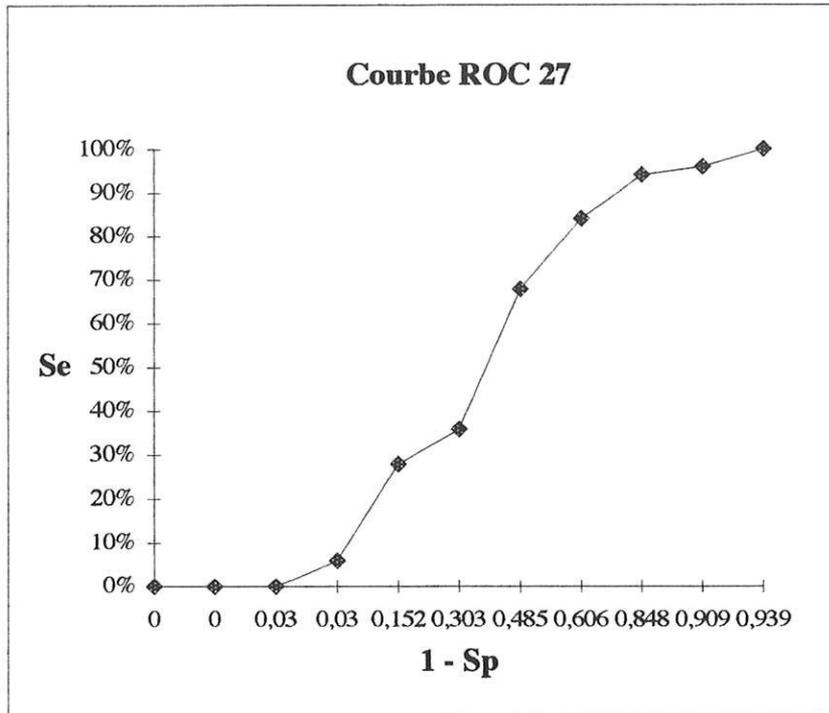
EFEA "à 10 items dont D et G"**Sensibilité et Spécificité****Tableau 34:***Indices en fonction du score à l'EFEA: Alexithymie par la SSPS-R (v. 32)*

Score	SSPS-R<10	SSPS-R≥10	VP	VN	FP	FN	Se	Sp	1-Sp	Y
0	2	0	40	2	74	0	100%	3%	0,97	0,03
1	9	0	40	11	65	0	100%	14%	0,86	0,14
2	9	1	39	20	56	1	98%	26%	0,74	0,24
3	18	2	37	38	38	3	93%	50%	0,5	0,43
4	13	3	34	51	25	6	85%	67%	0,33	0,52
5	16	11	23	67	9	17	58%	88%	0,12	0,46
6	6	6	17	73	3	23	43%	96%	0,04	0,39
7	3	13	4	76	0	36	10%	100%	0	0,1
8	0	3	1	76	0	39	3%	100%	0	0,02
9	0	1	0	76	0	40	0%	100%	0	0
10	0	0	0	76	0	40	0%	100%	0	0
	76	40								
	T= 116									

*Y: indice de Younden***Tableau 35:***Indices en fonction du score à l'EFEA: Alexithymie par le cotateur (v. 27)*

Score	A. Clin.=0	A. Clin.=1	VP	VN	FP	FN	Se	Sp	1-Sp	Y
0	2	0	50	2	31	0	100%	6%	0,94	0,06
1	1	2	48	3	30	2	96%	9%	0,91	0,05
2	2	1	47	5	28	3	94%	15%	0,85	0,09
3	8	5	42	13	20	8	84%	39%	0,61	0,23
4	4	8	34	17	16	16	68%	52%	0,48	0,2
5	6	16	18	23	10	32	36%	70%	0,3	0,06
6	5	4	14	28	5	36	28%	85%	0,15	0,13
7	4	11	3	32	1	47	6%	97%	0,03	0,03
8	0	3	0	32	1	50	0%	97%	0,03	0
9	1	0	0	33	0	50	0%	100%	0	0
10	0	0	0	33	0	50	0%	100%	0	0
	33	50								
	T= 83									

Y: indice de Younden

EFEA "à 10 items dont D et G"

Dans notre échantillon de population, 17 des 117 sujets ont un score à l'EFEA de 3 ou moins (score moyen de $2,35 \pm 0,61$ [1-3]), 16 d'entre eux ayant effectivement un score strictement inférieur à 10 à la SSPS-R (score moyen de $5,75 \pm 1,34$ [4-9]). Parmi ces 17 patients, sur les 7 ayant eu un diagnostic clinique d'alexithymie posé (variable 27), 5 faisant partie de la population de sujets coronariens, sont considérés comme non alexithymiques (71,4%). Le score moyen de ces 17 sujets à l'"EFEA à 20 items" est $6,06 \pm 2,16$ [2-10].

Les sujets ayant un score supérieur à 6 dans notre échantillon sont 25 (score moyen de $7,36 \pm 0,64$ [7-9]), dont 12 ont un score supérieur ou égal à 10 à la SSPS-R (score moyen de $12,08 \pm 1,68$ [10,15]). Si 21 d'entre eux ont eu un diagnostic d'alexithymie posé par le cotateur, 18 sont considérés comme alexithymiques (85,7%). Le score moyen de ces 25 sujets à l'"EFEA à 20 items" est $11,16 \pm 2,17$ [8-15].

La proportion la plus importante de sujets, soit 75 sur 117, a un score compris entre 4 et 6 (inclus). Leurs scores moyens à l'EFEA, la SSPS-R et l'"EFEA à 20 items" sont respectivement $5,08 \pm 0,78$ [4-6], $8,92 \pm 2,35$ [5-13], et $9,21 \pm 1,89$ [5-13], avec 54,6% de sujets diagnostiqués alexithymiques (variable 27) parmi 55 cotés.

Enfin, pour un score de 5 ou plus à l'EFEA on retrouve 80 sujets sur 117, et pour un score strictement supérieur à 5 (qui correspondrait au meilleur indice de Younden), seulement 51. Les répartitions entre les différents groupes de population étudiés est concordante avec les résultats des autres échelles.

7 DISCUSSION

7.1 COMMENTAIRES SUR LES QUESTIONNAIRES

Les réactions individuelles subjectives dans ces différents groupes amènent des premiers éléments d'information. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont, pour la plupart, activement coopéré - et il a fallu préciser l'absence de répercussion de l'étude sur les soins, alors que les malades interrogés en cardiologie montraient une plus grande réserve et posaient de multiples questions sur l'utilisation des données, le but du questionnaire ou la nature des organismes payeurs... Ce sont également les sujets coronariens qui ont été les plus méfiants quant au contenu des questions, et qui ont interrompu le plus souvent l'entretien au milieu d'un questionnaire (5 cas pour 1 en psychiatrie). La population estudiantine a globalement répondu sans excès de commentaires ou de désistements.

Parallèlement, on remarque que le questionnaire d'anhédonie laissé à remplir au patient entre les deux entretiens n'a presque jamais été rendu par les patients hospitalisés en cardiologie (2 sur 43), à la différence des autres groupes de population. De même, ce sont pour ces sujets coronariens qu'il a été le plus difficile de réunir deux entretiens (20 sur 91). Ceci est probablement en partie lié à la durée d'hospitalisation en cardiologie, qui pour la pathologie la plus lourde - la nécrose myocardique - était en moyenne de 10 jours (le premier entretien se déroulant rarement avant J3 ou J4). Par ailleurs, les patients ont été vus pour la plupart une première fois en Unité de Soins Intensifs (34 sur 44) et une seconde fois en "aile", situation non retrouvée en psychiatrie par exemple. Enfin, les sujets coronariens ont été ressentis cliniquement par le cotuteur comme étant nettement plus souvent et plus intensément alexithymiques que ceux des autres groupes étudiés. Cependant ceci est peut-être à rapporter à un

contexte et un environnement où il est plus surprenant d'être interrogé sur ses émotions et ses sentiments que dans le cadre d'un hôpital psychiatrique ou d'une faculté de médecine.

Il est important de souligner les difficultés posées aux sujets par les autres échelles. Certains ont en effet largement commenté les problèmes posés par les items, dans leurs énoncés comme dans leurs réponses.

On a pu constater que certains items de la SSPS-R (12, 16, 18) étaient hors de portée des sujets interrogés. L'exemple le plus marquant est l'item 16: "*Quand j'entends des bruits suspects la nuit je ne me concentre pas sur ce que je ressens*". Il est difficile en effet de savoir avec certitude quelle est la question posée, mais la réponse donnée, qu'elle soit "VRAI" ou "FAUX", "OUI" ou "NON" (ou "SI"), pose également un important problème de compréhension. A plusieurs reprises, le cotateur peut prendre conscience de l'erreur faite par le sujet entre sa réponse et la réponse qu'il explique ensuite. Cet item a dû être répété (ou parfois expliqué) pour 72 dossiers. Les autres items de la SSPS-R ayant posé question sont les suivants: item 2 (7 demandes d'explications), item 12 (11 demandes d'explications), item 18 (9 demandes d'explications).

Les deux items de la CES-D qui ont été source d'interrogation sont les items 4 et 15. Le mot "*hostiles*" est souvent incompris, et le sens général de l'item 4 considéré comme trop vague. Concernant la CES-D, il est également manifeste que le score peut être majoré de façon importante, comme ce fut le cas dans cette étude, avec certains patients présentant une pathologie névrotique, à prédominance hystérique, ayant obtenu des résultats supérieurs à 40 en l'absence d'éléments cliniques de dépression majeure.

Pour la SAS et la PAS, seuls les étudiants ont fait des commentaires concernant les items. Ceux-ci touchent le plus souvent des items différents qui seront donc simplement cités: 14, 27 (2 fois), 29, 30 (2 fois), 31, 32, 37 pour la SAS et 3, 8, 12, 15 (2 fois), 16, 17, 31, 41, 43 (2 fois), 47, 51, 57 pour la PAS.

7.2 COMMENTAIRES SUR LES POPULATIONS

L'échantillon de population est statistiquement représentatif d'un point de vue quantitatif (puisque correspondant largement à cinq fois le nombre d'items de l'échelle étudiée). Qualitativement, les particularités de certaines variables sont très éloignées de celles d'une population générale. Trois variables en particulier sont à pointer. La tranche d'âge examinée, et surtout ses pics (24 et 45 ans) doivent être pris en compte. La répartition des sexes, avec une nette prédominance masculine, liée aux populations étudiées est également à constater dans cette étude. Enfin, la profession, pour laquelle les étudiants sont massivement représentés est une variable atypique. Ceci ne posait pas de problème dans notre étude puisqu'il n'était pas question d'apparier les groupes ou de rechercher des conclusions épidémiologiques.

La comparaison entre les répartitions des troubles comme la dépression, l'anhédonie ou l'alexithymie est extrêmement complexe quand on sait combien les travaux épidémiologiques les concernant diffèrent. Dans notre échantillon, on peut remarquer qu'ils sont tous les trois retrouvés avec une fréquence largement supérieure aux données habituelles. Ce résultat était prévisible, compte tenu justement des sous-populations que nous avons choisies.

Il est intéressant de noter que seulement un tiers environ des sujets dépressifs (selon la CES-D) étaient hospitalisés pour dépression et vus en tant que tels dans le cadre de cette étude. Les deux autres tiers ont été "dépistés" dans les trois groupes de population restants. On a retrouvé sur l'ensemble de l'échantillon un nombre considérable de sujets dépressifs ou ayant eu des antécédents de dépression.

Il est beaucoup plus difficile d'évaluer la population de sujets anhédoniques, étant donné d'une part le petit nombre de dossiers (43), d'autre part le peu de connaissances actuelles sur ces populations. La valeur des notes seuils pour la SAS et la PAS est également discutable, puisqu'arbitraire suivant l'auteur.

Enfin, concernant l'alexithymie, la même question des références et des notes seuils pour la SSPS-R peuvent se poser. Il est cependant remarquable d'observer dans notre échantillon de population, riche en sujets alexithymiques, un découpage parallèle dans les différents sous-groupes de la répartition de l'alexithymie, avec des scores moyens croissant aussi parallèlement. Les sujets alcooliques sont en effet les plus et le plus souvent alexithymiques. Le groupe qui arrive en seconde place est celui des sujets dépressifs, ce qui pourrait étonner certains. Mais on sait que près d'un tiers des consultants en psychiatrie, population essentiellement constituée de patients dépressifs, sont alexithymiques dans la plupart des études.

7.3 COMMENTAIRES SUR LES LIENS ENTRE LES VARIABLES

Quelle que soit la composante prise en compte - dépression, anhédonie, alexithymie - , on remarque que dans toutes les autres échelles, les scores sont augmentés. Ainsi il y a manifestement un lien entre ces trois données cliniques.

La liaison de l'alexithymie à d'autres variables a pu également être évoquée dans cette étude. On retrouve en effet une corrélation, quelles que soient les échelles, avec la plupart des variables sociofamiliales et socioprofessionnelles (scolarité, profession, logement, ...). Par contre, il n'y a aucune corrélation avec les variables médicales (antécédents, traitements, ...), quelles que soient les échelles utilisées pour mesurer l'alexithymie.

Enfin, la liaison à l'âge et au sexe reste discutable, les résultats différant suivant les échelles, comme on le retrouve dans la littérature.

7.4 COMMENTAIRES SUR LA STRUCTURE DE L'E.F.E.A.

La validité concourante de l'échelle est affirmée par sa corrélation à la SSPS-R. Les résultats des tests montrent que cette validité de critère est très significative.

De même on peut affirmer la validité empirique de cet instrument compte tenu de sa forte corrélation à la notion clinique d'alexithymie représentée par la variable 27 "Alexithymie".

Seule la validité de contenu a dû être complétée. En effet, deux items (4 et 6) ne sont pas corrélés au score de l'échelle. Ces items sont pourtant très représentatifs de la notion clinique d'alexithymie. La question se pose du lien de ces items à un aspect quantitatif de l'alexithymie: pourraient-ils être corrélés uniquement pour des scores élevés d'alexithymie? Sinon, peut-être représentent t'ils une dimension de l'alexithymie non mesurée par le score global.

La validité de contenu est satisfaisante avec l'échelle à 8 items, et plus encore avec celle dans laquelle les items 4 et 6 ont été remplacés par les leurres D et G.

La fiabilité de l'instrument est confirmée par son homogénéité interne et par sa stabilité temporelle.

Celle-ci, évaluée globalement et item par item, est très significative statistiquement. Qui plus est, on a pu remarquer que pour la plupart des tests effectués, les valeurs associées à l'échelle "à 10 items" (ou a minima à l'échelle "à 8 items") étaient meilleures que celles associées à l'échelle "à 20 items" - comprenant les items leurres - ou à la SSPS-R. L'EFEA serait donc la plus fiable de ces échelles.

L'homogénéité serait nettement améliorée par la suppression des items 4 et 6. Ces éléments sont confirmés par l'analyse factorielle. Les dimensions sous-jacentes (facteurs) mises en évidence se répartissent (pour un score seuil

de saturation supérieur à 0,5) de façon presque superposable à l'association des items dans la construction de l'échelle:

- facteur 1: items 3 et 5 (recours à l'action)
- facteur 2: item 9 (pauvreté onirique)
- facteur 3: items 7 et 8 (sensibilité aux stimulations extérieures)
- facteur 4: item 1 et 2 (difficulté à exprimer les émotions)
- facteur 5: item 10 (manifestations somatiques)

L'item 8 était également corrélé au facteur 5 avant rotation, traduisant donc comme dans son aspect clinique, la présence de manifestations somatiques. Les deux échelles reconstruites a posteriori ne permettent pas de détacher les mêmes associations, et les facteurs correspondant en particulier à l'EFEA "8DG" seraient à repreciser.

Enfin, la validité pragmatique est présente par définition. En effet l'échelle a été construite en reprenant les données socioculturelles, les traductions existantes des autres instruments, en les modifiant pour une plus grande compréhensibilité. L'EFEA qui comprend 10 items à réponses dichotomiques est d'utilisation facile et rapide.

Les scores seuils définis permettent de remplir l'objectif de dépistage et de diagnostic fixé au début du travail. L'ensemble des résultats confirment la pertinence de ces scores seuils. En effet, le faible nombre de sujets dont les scores se situent à l'extérieur de ces seuils montre que l'EFEA est très discriminante pour l'alexithymie dans ces conditions, et ce nettement plus que l'échelle à 20 items. En test de dépistage, la plage supérieure ou égale à 4 serait utilisable pour l'EFEA "8DG" comme pour l'EFEA ("à 10 items").

7.5 PERSPECTIVES DE VERIFICATION

Certaines modifications apportées à l'échelle incitent à poursuivre les travaux de validation. La suppression des items leurres dans l'instrument définitif pourrait provoquer des variations dans les qualités métrologiques de l'échelle. L'intérêt de l'item cotateur n'est pas encore évident, et doit être exploré. Peut-être sera-t-il supprimé à moyen terme. Enfin la délicate question du remplacement des items 4 et 6 va se poser. En effet s'ils se révèlent non valides, leur remplacement par deux des items leurres est moyennement satisfaisant. L'item D fortement corrélé au score à l'EFEA et même à la SSPS-R paraissait pourtant prometteur. Même si on opte pour une échelle définitive à huit items, la validité de contenu reste à réévaluer. En fait l'échelle la plus susceptible d'être retenue est l'EFEA "8DG", vu l'ensemble de ses qualités métrologiques. Mais d'autres études de validation seraient nécessaires afin de vérifier qu'on retrouve les mêmes caractéristiques pour cet instrument.

Echelle définitive (EFEA)

- 1** : vous est-il plus facile de décrire des symptômes ou des plaintes physiques que des sentiments?
- 2** : avez-vous du mal à décrire vos sentiments ou vos émotions? (c'est-à-dire à trouver des mots pour les expliquer)
- 3** : est-ce que vous trouvez que vous manquez d'imagination?
- 4** : avez-vous du mal à communiquer avec les autres? (**D**)
- 5** : quand vous êtes face à une situation de conflit, préférez-vous agir immédiatement plutôt que de l'analyser?
- 6** : est-ce que bien souvent vous ne savez pas pourquoi vous êtes en colère? (**G**)
- 7** : préférez-vous faire attention à ce qui se passe autour de vous plutôt que de vous concentrer sur ce que vous ressentez?
- 8** : avez-vous souvent des ennuis physiques quand vous êtes contrarié(e)?
- 9** : durant votre sommeil, rêvez-vous rarement?
- 10** : éprouvez-vous des sensations corporelles que vous ne comprenez pas?

Cette étude a permis également de montrer qu'un grand nombre de facteurs interviennent dans le score d'alexithymie, en dehors de l'anhédonie ou de la dépression. Il paraît intéressant de reprendre les différentes variables sociales, familiales, culturelles, professionnelles, mais aussi médicales, afin d'en repérer les liens et les implications. On peut se poser en particulier la question du rôle du sexe et de l'âge, et surtout la question du facteur par lequel ils interviennent, qui pourrait être par exemple la dépression.

Les conceptions psychopathologiques aboutissant à l'alexithymie expliquent bien les difficultés mises en évidence par ce travail, et qu'on peut séparer en trois.

Tout d'abord, la difficulté à évaluer cliniquement l'alexithymie est manifeste quand on observe les différences de résultats entre les différents abords que sont l'impression clinique (variable 27), le sentiment relationnel (variables 56 et 77), ou les échelles: celles-ci sont particulièrement marquées chez les sujets alcooliques, les plus alexithymiques.

La deuxième difficulté est de parvenir à constituer des items compréhensibles par tous, ce qui explique qu'une grande partie des traductions françaises d'échelles anglo-saxonnes ne soient pas satisfaisantes. Ceci pose la question de "ce que mesure l'échelle", dans toute la problématique du langage et de la communication mise en avant par Pédinielli. Mais cette difficulté pose aussi la question de la fiabilité des travaux déjà effectués, en particulier sur l'alexithymie, avec des instruments mal adaptés. On retrouve souvent cette réflexion dans les publications récentes, ce qui a motivé cette étude.

La dernière difficulté est de réussir à proposer dans des milieux non psychiatriques une échelle comportant des questions qualifiées par certains d'"intimes", en ce sens qu'elles touchent aux émotions et aux sentiments. Les réticences

ou les autres moyens de défense utilisés (de la fausse réponse à l'agressivité) sont un obstacle majeur au développement ne serait-ce que de l'épidémiologie de ces concepts que sont l'alexithymie ou l'anhédonie.

CONCLUSION

L'apparition de concepts nouveaux en matière de psychologie de la santé, comme l'anhédonie ou l'alexithymie, prend toute son importance dans les possibilités de dépistage et de prévention de certains troubles. Ce qui relie ces concepts a trait à l'émotion, qui dans le premier cas a des difficultés à être ressentie dans sa forme plaisante, et dans le deuxième à être définie, plaisante ou non.

Si l'on tient compte de l'histoire et de la présentation de l'alexithymie, ce concept qui a trait aux liens entre le corps et l'esprit, liens qui passent par le discours, ne peut plus être abordé au sens devenu restrictif de "psychosomatique". Il recouvre en effet les notions de facteur de vulnérabilité à certaines maladies, de syndrome clinique masquant certaines affections, et de marqueur de conceptions psychopathologiques globales. Ces conceptions sont globales au sens où la recherche s'attache aux relations entre troubles des cognitions, troubles des acquisitions et troubles des représentations dans une approche à la fois somatique et psychique de l'individu.

L'expression clinique de ces concepts se retrouve dans des affections psychiatriques diversifiées, par exemple la dépression. En conséquence, les rapports pouvant exister entre ces affections et l'alexithymie se doivent d'être explorés, ne serait-ce que dans un but de dépistage et de soins. A ce titre, un instrument de mesure français adapté, tenant compte des données socioculturelles étant nécessaire, nous avons mis en place une première échelle. Cet instrument peut prendre aujourd'hui toute sa place dans l'évaluation du concept d'alexithymie.

ANNEXE

ECHELLE FRANÇAISE D'ÉVALUATION DE L'ALEXITHYMIE (EFEA)

C. Peugnet - J.-P. Clément - J.-M. Léger

		Oui	Non
1 =	Vous est-il plus facile de décrire des symptômes physiques que des sentiments?	(1)	(0)
A =	<i>Avez-vous tendance à préférer rester seul(e) (plutôt que d'entrer en contact avec les autres)?</i>	(1)	(0)
2 =	Avez-vous du mal à utiliser des mots pour décrire vos sentiments ou vos émotions?	(1)	(0)
B =	<i>Quand vous avez des ennuis, restez-vous passif(ve) (c'est-à-dire que vous n'agissez pas)?</i>	(0)	(1)
3 =	Est-ce que vous trouvez que vous manquez d'imagination?	(1)	(0)
C =	<i>Préférez-vous les films d'action aux drames psychologiques?</i>	(1)	(0)
4 =	La journée, est-ce que vous passez beaucoup de temps à rêvasser (c'est-à-dire à laisser vagabonder votre esprit)?	(0)	(1)
D =	<i>Avez-vous du mal à communiquer avec les autres?</i>	(1)	(0)
5 =	Quand vous êtes face à une situation de conflit, avez-vous tendance à agir immédiatement plutôt que de l'analyser?	(1)	(0)
E =	<i>Préférez-vous les gens aux objets?</i>	(0)	(1)
6 =	Etes-vous précis(e) et décrivez-vous les choses et les situations avec beaucoup de détails?	(1)	(0)
F =	<i>Quand vous pleurez, savez-vous toujours pourquoi?</i>	(0)	(1)
7 =	Préférez-vous faire attention à ce qui se passe autour de vous plutôt que de vous concentrer sur ce que vous ressentez?	(1)	(0)
G =	<i>Lorsque vous êtes en colère, est-ce que bien souvent vous ne savez pas pourquoi vous l'êtes?</i>	(1)	(0)
8 =	Avez-vous souvent des troubles physiques quand vous êtes contrarié(e)?	(1)	(0)
H =	<i>Est-ce que cela ne vous suffit pas d'arriver à un résultat, avez-vous besoin de savoir pourquoi?</i>	(0)	(1)
9 =	Durant votre sommeil, est-ce que vous rêvez rarement?	(1)	(0)
I =	<i>Aimez-vous laisser les gens connaître vos positions, vos avis?</i>	(0)	(1)
10 =	Vous arrive t'il d'éprouver des sensations corporelles (physiques) que vous ne comprenez pas?	(1)	(0)
J:	<i>Etes-vous quelqu'un d'émotif, qui exprime ses émotions?</i>	(0)	(1)

Total = _____ /10 (_____ /20)

Item Cotateur: sentiment de vide, d'ennui, d'agacement, etc...

()

()

SCHALLING-SIFNEOS PERSONALITY SCALE-REVISED (SSPS-R)

P. E. Sifneos

Traduction française de M. Smith , P. Pariente, A. Daurat

	Vrai	Faux
1: il m'est plus facile de décrire des symptômes ou des plaintes que des sentiments	(1)	(0)
2: il est important pour moi de découvrir ce qu'on ressent pour les autres	(0)	(1)
3: il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire des sentiments	(1)	(0)
4: je trouve que les sentiments font que la vie vaut la peine d'être vécue	(0)	(1)
5: je manque d'imagination	(1)	(0)
6: je passe beaucoup de temps à rêvasser	(0)	(1)
7: quand je suis furieux je ne pense pas, j'agis	(1)	(0)
8: je préfère les films d'action aux drames psychologiques	(1)	(0)
9: en cas de conflit je préfère agir rapidement plutôt que d'y réfléchir	(1)	(0)
10: quand j'ai des ennuis, je n'aime pas agir	(0)	(1)
11: j'aime être précis et décrire chaque chose en détail	(1)	(0)
12: je n'aime pas décrire les détails et je préfère me demander ce que je ressens	(0)	(1)
13: j'ai du mal à communiquer avec les autres	(1)	(0)
14: je préfère rester seul plutôt que d'entrer en contact avec les autres	(1)	(0)
15: je fais toujours attention à ce qui se passe autour de moi plutôt que de me concentrer sur ce que je ressens	(1)	(0)
16: quand j'entends des bruits suspects la nuit je ne me concentre pas sur ce que je ressens	(1)	(0)
17: je trouve la vie ennuyeuse la plupart du temps	(1)	(0)
18: je ne peux pas me représenter les circonstances qui me dérangent	(1)	(0)
19: je rêve rarement	(1)	(0)
20: je préfère les gens aux objets	(0)	(1)

Total = _____ /20

BETH ISRAËL QUESTIONNAIRE (BIQ)

P. E. Sifneos

Traduction française de M. Smith, P. Pariente, A. Daurat

Le patient

- | | | | |
|-----|--|-------------|-------------|
| 1: | Décrit-il sans fin des détails, des événements, ou des symptômes plutôt que des sentiments? | Vrai | Faux |
| 2: | Emploie-t-il des mots appropriés pour décrire des sentiments? | Vrai | Faux |
| 3: | Possède-t-il un vocabulaire riche?
(son affect est-il exprimé davantage en termes physiques plutôt qu'en pensées) | Vrai | Faux |
| 4: | A-t-il fait des études supérieures? | Vrai | Faux |
| 5: | Est-il de milieu socio-économique défavorisé? | Vrai | Faux |
| 6: | A-t-il une vie fantasmatique riche? (peut rêvasser longtemps) | Vrai | Faux |
| 7: | Agit-il au lieu d'exprimer ses sentiments? (réfléchir à ce qu'il pourrait faire et en parler ne devraient pas être considéré comme de la rêverie) | Vrai | Faux |
| 8: | Passe-t-il à l'acte pour éviter des situations conflictuelles? | Vrai | Faux |
| 9: | Pleure-t-il facilement? | Vrai | Faux |
| 10: | Ses larmes, sont-elles associées à de la gaieté?
de la tristesse? de la frustration? | Vrai | Faux |
| 11: | Montre-t-il des affects inappropriés?
(par exemple: sourit en parlant d'un événement triste) | Vrai | Faux |
| 12: | A-t-il tendance à décrire des circonstances relatives à un événement plutôt que des sentiments? | Vrai | Faux |
| 13: | A-t-il du mal à communiquer avec celui qui mène l'entretien? | Vrai | Faux |
| 14: | Utilise-t-il des mots suivants? | | |
| | a. colère | Vrai | Faux |
| | b. agitation | Vrai | Faux |
| | c. anxiété | Vrai | Faux |
| | d. tracas | Vrai | Faux |
| | e. appréhension | Vrai | Faux |
| | f. sentiment de vide | Vrai | Faux |
| | g. peur | Vrai | Faux |
| | h. frustration | Vrai | Faux |
| | i. bonheur | Vrai | Faux |
| | j. impuissance | Vrai | Faux |
| | k. désespoir | Vrai | Faux |
| | l. irritabilité | Vrai | Faux |
| | m. joie | Vrai | Faux |
| | n. nervosité | Vrai | Faux |
| | o. ressentiment | Vrai | Faux |
| | p. tristesse | Vrai | Faux |
| | q. tension | Vrai | Faux |

- | | | | |
|-----|--|-------------|-------------|
| 15: | Rêve-t-il souvent? Les rêves sont-ils: | | |
| | a_ de type réalisation d'un désir | Vrai | Faux |
| | b_ de type élaboré | Vrai | Faux |
| 16: | Le contenu de ses pensées est-il plutôt associé à des événements externes qu'à des fantasmes ou à des sentiments? | Vrai | Faux |
| 17: | Est-il d'intelligence supérieure à la moyenne? | Vrai | Faux |
| 18: | A-t-il habituellement une posture rigide? | Vrai | Faux |
| 19: | Le patient est-il introverti? extraverti? | Vrai | Faux |

Le cotateur

- | | | | |
|-----|---|------|------|
| 20: | En ce qui vous concerne: | | |
| | 1. Aimez-vous le patient? | Vrai | Faux |
| | 2. Avez-vous des difficultés à communiquer avec le patient? | Vrai | Faux |
| | 3. Avez-vous tendance à parler plus que lui? à lui souffler les mots qu'il ne trouve pas? | Vrai | Faux |
| | 4. Ressentez-vous des sentiments pour lui? si "vrai", veuillez préciser lesquels | Vrai | Faux |
| | 5. Le trouvez-vous ennuyeux? | Vrai | Faux |

Veillez indiquer si le patient souffre de: ulcère gastro-duodéal, hypertension artérielle, asthme, thyrotoxicose, neuro-dermatose, polyarthrite rhumatoïde, rectocolite hémorragique, autres plaintes somatiques, alcoolisme, toxicomanie, psychose, autre
(*rayer les mentions fausses*)

(* Les items inscrits en "gras" sont ceux qui cotent spécifiquement l'alexithymie

REVISED TWENTY-ITEM TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20)

R.M. Bagby - G.J. Taylor
Traduction française de M.P. Marchand et G. Loas

Indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent.

Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion:

- 1 = désaccord complet
2 = désaccord relatif
3 = ni accord ni désaccord
4 = accord relatif
5 = accord complet*

	1	2	3	4	5
1: Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2: J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3: J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4: J'arrive facilement à décrire mes sentiments	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5: Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6: Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7: Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8: Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9: J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10: Être conscient de ses émotions est essentiel	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11: Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12: On me dit de décrire davantage ce que je ressens	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13: Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14: Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15: Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16: Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17: Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

- 18: Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence (5) (4) (3) (2) (1)
- 19: Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels (5) (4) (3) (2) (1)
- 20: Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent (1) (2) (3) (4) (5)

Total = _____ /100

CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES-DEPRESSION SCALE (CES-D)

M. Weissman - L. Radloff
Traduction française de R. Fuhrer et F. Rouillon

*Donner la fréquence des impressions durant la semaine écoulée
(pour chaque impression):*

1 = jamais ou très rarement (moins d'un jour)

2 = occasionnellement (un à deux jours)

3 = assez souvent (trois à quatre jours)

4 = fréquemment ou tout le temps (cinq à sept jours)

	1	2	3	4
1: j'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	(0)	(1)	(2)	(3)
2: je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	(0)	(1)	(2)	(3)
3: j'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	(0)	(1)	(2)	(3)
4: j'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	(3)	(2)	(1)	(0)
5: j'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	(0)	(1)	(2)	(3)
6: je me suis senti(e) déprimé(e)	(0)	(1)	(2)	(3)
7: j'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	(0)	(1)	(2)	(3)
8: j'ai été confiant(e) en l'avenir	(3)	(2)	(1)	(0)
9: j'ai pensé que ma vie était un échec	(0)	(1)	(2)	(3)
10: je me suis senti(e) craintif(ve)	(0)	(1)	(2)	(3)
11: mon sommeil n'a pas été bon	(0)	(1)	(2)	(3)
12: j'ai été heureux(se)	(3)	(2)	(1)	(0)
13: j'ai parlé moins que d'habitude	(0)	(1)	(2)	(3)
14: je me suis senti(e) seul(e)	(0)	(1)	(2)	(3)
15: les autres ont été hostiles envers moi	(0)	(1)	(2)	(3)
16: j'ai profité de la vie	(3)	(2)	(1)	(0)
17: j'ai eu des crises de larmes	(0)	(1)	(2)	(3)
18: je me suis senti(e) triste	(0)	(1)	(2)	(3)
19: j'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	(0)	(1)	(2)	(3)
20: j'ai manqué d'entrain	(0)	(1)	(2)	(3)

Total = _____ /60

SOCIAL AND PHYSICAL ANHEDONIA SCALE (SAS - PAS)

L. J. Chapman
Traduction française de F. Assouly-Besse

INSTRUCTIONS

S'il vous plaît, répondez par vrai ou faux à chaque question. N'oubliez aucune question. Il est important que vous répondiez à chaque question même si vous n'êtes pas complètement sûr que c'est la meilleure réponse. Parfois, une question peut se rapporter à des expériences que vous avez vécues uniquement sous l'effet d'une drogue. Répondez comme si vous n'aviez jamais vécu cette expérience, sauf si vous avez vécu cette expérience à d'autres moments.

Quelques questions peuvent ressembler à d'autres mais toutes sont un peu différentes. Répondez à chaque question et ne vous préoccupez pas de la réponse précédemment donnée à une question similaire.

ANHÉDONIE SOCIALE (SAS)

- | | | | |
|-----|---|-----|-----|
| 1: | Avoir des amis proches n'est pas aussi important que beaucoup de personnes le disent | [1] | [0] |
| 2: | J'attache très peu d'importance à avoir des amis proches | [1] | [0] |
| 3: | Je préfère regarder la télévision plutôt que de sortir avec d'autres personnes | [1] | [0] |
| 4: | Une promenade en voiture est plus agréable si quelqu'un est avec moi | [0] | [1] |
| 5: | J'aime passer des coups de téléphone à longue distance à des amis ou à des parents | [0] | [1] |
| 6: | Jouer avec des enfants est une véritable corvée | [1] | [0] |
| 7: | J'ai toujours aimé regarder les photographies de mes amis | [0] | [1] |
| 8: | Bien qu'il y ait des choses que j'aime faire seul(e), il me semble que j'ai plus de plaisir quand je les fait avec d'autres personnes | [0] | [1] |
| 9: | Je deviens parfois profondément attaché(e) aux personnes avec qui je passe beaucoup de temps | [0] | [1] |
| 10: | On pense quelquefois que je suis timide alors qu'en réalité je veux simplement qu'on me laisse seul(e) | [1] | [0] |
| 11: | Quand les choses vont vraiment bien pour mes amis proches, cela me fait plaisir | [0] | [1] |
| 12: | Quand un de mes proches est déprimé cela me démoralise aussi | [0] | [1] |
| 13: | Mes émotions semblent très différentes de celles des autres personnes | [1] | [0] |
| 14: | Quand je suis seul(e) à la maison, je me froisse quand des gens téléphonent ou frappent à la porte | [1] | [0] |
| 15: | Je peux me sentir vraiment bien en étant simplement avec des amis | [0] | [1] |
| 16: | Quand quelque chose me tracasse, j'aime en parler aux autres | [0] | [1] |

17:	Je préfère les passe-temps et les loisirs qui n'impliquent pas d'autres personnes	[1]	[0]
18:	Cela est amusant de chanter avec d'autres personnes	[0]	[1]
19:	Savoir que j'ai des amis qui se préoccupent de moi m'apporte un sentiment de sécurité	[0]	[1]
20:	Lorsque je m'installe dans une nouvelle ville, je ressens un fort besoin de me faire de nouveaux amis	[0]	[1]
21:	Il vaut mieux garder ses distances avec les autres	[1]	[0]
22:	Bien que je sache que je dois avoir de l'affection pour certaines personnes, je n'en éprouve pas vraiment	[1]	[0]
23:	Les gens attendent que je passe plus de temps à leur parler que je ne le voudrais	[1]	[0]
24:	Cela me plaît et je suis satisfait(e) quand j'en apprend de plus en plus sur la vie affective de mes amis	[0]	[1]
25:	Quand les autres essaient de me parler de leurs problèmes ou de leur état d'âme, je les écoute en général avec intérêt et attention	[0]	[1]
26:	Je n'ai jamais vraiment eu d'amis proches à l'école	[1]	[0]
27:	Habituellement, je suis content(e) d'être assis(e) tout(e) seul(e) à penser et à rêvasser	[1]	[0]
28:	Je suis beaucoup trop indépendant(e) pour vraiment m'impliquer avec d'autres personnes	[1]	[0]
29:	Il y a peu de choses plus fatigantes que d'avoir une longue conversation personnelle avec quelqu'un	[1]	[0]
30:	Cela me rend triste de voir tous mes amis d'école aller chacun de leur côté une fois les études terminées	[0]	[1]
31:	J'ai souvent trouvé que c'était dur de résister de parler avec un bon ami, même quand j'ai d'autres choses à faire	[0]	[1]
32:	Se faire de nouveaux amis ne vaut pas l'énergie que cela demande	[1]	[0]
33:	Il y a des choses qui sont plus importantes pour moi que ma vie privée	[0]	[1]
34:	Les gens qui essaient de mieux me connaître y renoncent généralement au bout de quelque temps	[1]	[0]
35:	Je pourrais être heureux(se) de vivre tout(e) seul(e) dans une cabane dans les bois ou les montagnes	[1]	[0]
36:	Si j'avais le choix, je préférerais de beaucoup être avec d'autre que tout(e) seul(e)	[0]	[1]
37:	Je trouve que trop souvent les gens pensent que leurs activités quotidiennes et leurs opinions vont m'intéresser	[1]	[0]
38:	Je ne me sens pas vraiment très proche de mes amis	[1]	[0]
39:	Mes relations avec les autres personnes n'ont jamais été très intenses	[1]	[0]

- 40: Pour de nombreuses raisons je préfère la compagnie des animaux domestiques à celle des gens [1] [0]

ANHÉDONIE PHYSIQUE (PAS)

- 1: J'ai toujours trouvé que faire l'amour était extrêmement agréable [0] [1]
- 2: En mangeant l'un de mes plats favoris, j'ai souvent essayé de le manger lentement afin qu'il dure plus longtemps [0] [1]
- 3: J'ai souvent éprouvé du plaisir à toucher de la soie, du velours ou de la fourrure [0] [1]
- 4: J'ai parfois éprouvé du plaisir à sentir de la force dans mes muscles [0] [1]
- 5: Danser ou l'idée de danser m'a toujours semblé ennuyeux [1] [0]
- 6: J'ai toujours trouvé l'orgue ennuyeux et monotone [1] [0]
- 7: Le goût des aliments a toujours été important pour moi [0] [1]
- 8: J'ai rarement éprouvé du plaisir à pratiquer des activités physiques comme marcher, nager ou faire du sport [1] [0]
- 9: J'ai rarement éprouvé du plaisir dans une expérience sexuelle quelle qu'elle soit [1] [0]
- 10: En écoutant une belle chanson, j'ai rarement eu l'envie de chanter avec elle [1] [0]
- 11: J'ai toujours détesté la sensation d'épuisement provoquée par des activités intenses [1] [0]
- 12: Je m'intéresse peu aux couleurs avec lesquelles sont peintes les choses [1] [0]
- 13: Le bruit du frémissement des feuilles ne m'a jamais beaucoup plu [1] [0]
- 14: Je pense que prendre un bain de soleil n'est pas vraiment plus agréable que de s'allonger dans une pièce [1] [0]
- 15: Il n'y a vraiment pas beaucoup de choses que j'ai jamais aimées faire [1] [0]
- 16: Je ne sais pas pourquoi certaines personnes sont tellement intéressées par la musique [1] [0]
- 17: Les fleurs ne sont pas aussi belles que beaucoup de personnes le prétendent [1] [0]
- 18: J'ai toujours aimé avoir des massages du dos [0] [1]
- 19: Je n'ai jamais voulu aller sur aucun manège dans un parc d'attraction [1] [0]
- 20: Goûter de nouveaux aliments est quelque chose que j'ai toujours apprécié [0] [1]
- 21: La chaleur d'un feu de cheminée ne m'a jamais particulièrement apaisé ni calmé [1] [0]
- 22: Les poètes exagèrent toujours la beauté et les joies de la nature [1] [0]

23:	Quand je voie une statue, j'éprouve le besoin de la toucher	[0]	[1]
24:	J'ai toujours eu un certain nombre de plats préférés	[0]	[1]
25:	Je ne comprend pas pourquoi les gens aiment regarder les étoiles la nuit	[1]	[0]
26:	Je n'ai pas souvent eu envie d'essayer de nouveaux plats	[1]	[0]
27:	Je n'ai jamais eu envie d'enlever mes chaussures et de marcher à travers une flaque d'eau	[1]	[0]
28:	Je n'ai jamais fait attention à la consistance des aliments	[1]	[0]
29:	Quand je marche devant une boulangerie, l'odeur du pain frais m'a souvent donné faim	[0]	[1]
30:	J'ai souvent apprécié de recevoir une poignée de main forte et chaleureuse	[0]	[1]
31:	Je me suis souvent senti mal à l'aise lorsque mes amis me touchent	[1]	[0]
32:	Je n'ai jamais trouvé un orage vivifiant	[1]	[0]
33:	Etre sur une hauteur et regarder tout le panorama est sensationnel	[0]	[1]
34:	J'ai souvent trouvé qu'une promenade est une détente et un plaisir	[0]	[1]
35:	Je me sens bien et en sécurité lorsque j'entend le bruit de la pluie tomber sur le toit	[0]	[1]
36:	J'aime jouer avec des petits chatons ou des chiots ou les câliner	[0]	[1]
37:	Le son de l'orgue m'a souvent fait vibrer	[0]	[1]
38:	Voir un magnifique paysage a été un grand bonheur pour moi	[0]	[1]
39:	Les premières neiges de l'hiver m'ont souvent réjoui(e)	[0]	[1]
40:	Le sexe c'est bien, mais pas aussi amusant que tant de personnes le proclament	[1]	[0]
41:	J'ai parfois dansé seul(e) uniquement pour sentir mon corps bouger avec la musique	[0]	[1]
42:	Cela ne m'a jamais tenté de chanter sous la douche	[1]	[0]
43:	Le goût d'un aliment est aussi bon qu'un autre pour moi	[1]	[0]
44:	En regardant un tapis moelleux et épais, j'ai parfois eu la tentation d'enlever mes chaussures et de marcher dessus pieds nus	[0]	[1]
45:	Après une journée bien remplie, une marche lente m'a souvent détendu(e)	[0]	[1]
46:	Les lumières brillantes de la ville sont fascinantes à regarder	[0]	[1]
47:	La beauté du coucher de soleil est largement surfaite	[1]	[0]
48:	Je me sens toujours bien quand une personne à qui je tiens cherche à me toucher	[0]	[1]

49:	J'ai toujours trouvé la musique douce ennuyeuse plutôt que relaxante	[1]	[0]
50:	Habituellement, j'ai terminé mon bain ou ma douche le plus rapidement possible, juste pour en finir	[1]	[0]
51:	L'odeur d'un dîner qui se prépare m'a rarement ouvert l'appétit	[1]	[0]
52:	Quand je passe devant des fleurs, je m'arrête souvent pour les sentir	[0]	[1]
53:	Le sexe est le plaisir le plus intense de la vie	[0]	[1]
54:	Je pense que faire voler un cerf-volant est stupide	[1]	[0]
55:	Prendre un bain de soleil ne m'a jamais rien dit, cela m'a simplement donné chaud	[1]	[0]
56:	Les sons d'une fanfare ne m'ont jamais enthousiasmé	[1]	[0]
57:	Cela m'a souvent fait du bien de masser mes muscles quand ils étaient fatigués ou endoloris	[0]	[1]
58:	Quand je me sens un peu triste, chanter me rend souvent plus joyeux	[0]	[1]
59:	Un bon bain moussant m'a parfois rafraîchi(e) et remonté(e)	[0]	[1]
60:	Je me suis parfois senti(e) tout à fait bien après une marche à vive allure	[0]	[1]
61:	Je suis fasciné(e) par la danse des flammes d'un feu de cheminée	[0]	[1]

CODE PATIENT / NOM:PROTOCOLE

Il comprend 2 entretiens à 7 jours d'intervalle (le même jour de la semaine suivante) ; le premier dure environ 50 minutes, le deuxième 10 minutes. Le patient ne doit pas avoir à se déplacer pour les entretiens (qui se déroulent sur le même lieu). Le cotateur ne doit pas aider ou intervenir lors du passage des échelles (pas d'explication des questions ni d'interprétation des réponses) ; il peut uniquement répéter une fois la question, à la demande du patient.

Premier entretien (J0)

- 1-> Entretien structuré permettant de remplir la "fiche renseignements"
 - . présenter l'entretien comme indépendant de la prise en charge et ne pouvant donc améliorer les soins, faisant partie d'un travail touchant un grand nombre de personnes, et qui n'utilisera les renseignements fournis que de façon anonyme ; on peut expliquer, si le patient le demande, que c'est un travail de recherche devant aboutir à une thèse de doctorat ; **dans tous les cas le patient peut refuser de participer à l'entretien ou l'interrompre à tout moment**
 - . le recueil des données ne doit pas déstabiliser ou inquiéter le patient ; elles peuvent être récupérées en partie au second entretien ou dans son dossier ; l'entretien est structuré (questions simples correspondant à la fiche) pour raccourcir au maximum sa durée
 - . pour le recueil, entourer les bonnes propositions et donner des précisions si possible lorsqu'un espace est assigné
- 2-> Questionnaire EFECA + SSPS-R (27 Items +1=cotateur)
 - . l'EFECA est un hétéro-questionnaire à réponse dichotomique ; il suffit de lire les questions posées à haute voix au patient après lui avoir indiqué que la réponse est soit oui, soit non ; il faut une réponse à chaque question, même si cette réponse n'est pas considérée comme "parfaite" par le patient
 - . la SSPS-R est un auto-questionnaire à réponse dichotomique ; les réponses communes avec l'EFECA ont été présentées en "hétéro-questionnaire" ; les 7 items restants sont présentés en "auto-questionnaire" à lire également au patient en lui expliquant le changement de mode
 - . les réponses aux propositions sont cochées par le cotateur ; pour les 20 premiers items, cocher la proposition correspondante pour l'EFECA **et** pour la SSPS-R (lorsque les deux choix sont proposés)
- 3-> Questionnaire CES-D (20 Items)
 - . la CES-D est un auto-questionnaire (comme la SSPS-R) ; l'échelle est à lire néanmoins au patient après lui avoir expliqué le changement de mode de réponse ; l'explication de la cotation est précisée au début du questionnaire
- 4-> Fournir le Questionnaire PAS qui sera à récupérer à J7
 - . il comprend 5 feuillets ; expliquer au patient qu'il le rendra (complété) lors de la prochaine et dernière entrevue dans une semaine précise

Deuxième entretien (J7)

- 1-> Récupérer le Questionnaire PAS
 - . son absence n'est pas exclusif de l'étude
- 2-> Hétéro-questionnaire EFECA (20 Items +1=cotateur)
 - . même conditions que pour le premier entretien (cf)

Code Patient:

FICHE RENSEIGNEMENTS

Date: ___ / ___ / ___

Nom / Prénom:

Sexe: M(1) / F (2)

Age: ___ ans <25 = (1) / 25-65 = (2) / > 65 = (3)

Statut marital/familial: célibataire (0) / conjoint(e) (1) / divorcé(e) (2) / veuf(ve) (3)
pas d'enfants (0) / ___ enfants (1)
parents décédés (0) / 1 parent (1) / 2 parents (2) / inconnus (3)
enfant unique (0) / ___ frères et sœurs (1)

Scolarité: _____ Profession: _____

CE (1) / BE (2) / BS (3) / BEPC (4) / Bac (5) / BEP (6) / CAP (7) / BTS (8) / Univ (9) / autre (0)
< CE (0) / CE < < Bac (1) / > Bac (2)
étudiant (0) / chômeur (1*) / malade (2*) / actif (3*) / retraité (4*)
physique (*1) / intermédiaire (*2) / psychique (*3)

Niveau culturel: _____ mauvais (1) / moyen (2) / bon (3)

Mode de vie: _____ instable (1) / stable (2) / autre (3)

Logement: _____ sans (0) / appartement (1) / maison (2) / autre (3)

Médecin traitant: non (0) / oui (1) = Dr.

Psychiatre: non (0) / oui (1) = Dr.

Antécédents personnels médico-chirurgicaux: non (0) / oui (1)

alcool: non (0) / oui (1) tabac: non (0) / oui (1) drogues: non (0) / oui (1)

Antécédents personnels psychiatriques: non (0) / oui (1)

Antécédents familiaux psychiatriques: non (0) / oui (1)

Incapacité fonctionnelle - Déficience lésionnelle - Handicap social: non (0) / oui (1)

Traitement: sans (0) / sans psychotropes (1) / avec psychotropes (2)

Lieu d'hospitalisation: aucun (0) / cardiologie (1) / psychiatrie (2) / autre (3)

Motif d'hospitalisation:

Orientation diagnostique:

Clinique: non-alexithymique (0) / alexithymique (1)

Code Patient: _____

Date: __/__/__

1^{ER} ENTRETIEN: EFEA/SSPS-R - CES-DEFEA/SSPS-R

	EFECA		SSPS-R	
	Oui	Non	Vrai	Faux
1: Vous est-il plus facile de décrire des symptômes physiques que des sentiments?	(1)	(0)	(1)	(0)
A: Avez-vous tendance à préférer rester seul(e) (plutôt que d'entrer en contact avec les autres)?	(1)	(0)	(1)	(0)
2: Avez-vous du mal à utiliser des mots pour décrire vos sentiments ou vos émotions?	(1)	(0)	(1)	(0)
B: Quand vous avez des ennuis, restez-vous passif(ve) (c'est-à-dire que vous n'agissez pas)?	(0)	(1)	(0)	(1)
3: Est-ce que vous trouvez que vous manquez d'imagination?	(1)	(0)	(1)	(0)
C: Préférez-vous les films d'action aux drames psychologiques?	(1)	(0)	(1)	(0)
4: La journée, est-ce que vous passez beaucoup de temps à rêvasser (c'est-à-dire à laisser vagabonder votre esprit)?	(0)	(1)	(0)	(1)
D: Avez-vous du mal à communiquer avec les autres?	(1)	(0)	(1)	(0)
5: Quand vous êtes face à une situation de conflit, avez-vous tendance à agir immédiatement plutôt que de l'analyser?	(1)	(0)	(1)	(0)
E: Préférez-vous les gens aux objets?	(0)	(1)	(0)	(1)
6: Etes-vous précis(e) et décrivez-vous les choses et les situations avec beaucoup de détails?	(1)	(0)	(1)	(0)
F: Lorsque vous pleurez, savez-vous toujours pourquoi?	(0)	(1)		
7: Préférez-vous faire attention à ce qui se passe autour de vous plutôt que de vous concentrer sur ce que vous ressentez?	(1)	(0)	(1)	(0)
G: Lorsque vous êtes en colère, est-ce que bien souvent vous ne savez pas pourquoi vous l'êtes?	(1)	(0)		
8: Avez-vous souvent des troubles physiques quand vous êtes contrarié(e)?	(1)	(0)		
H: Est-ce que cela ne vous suffit pas d'arriver à un résultat, avez-vous besoin de savoir pourquoi?	(0)	(1)		
9: Durant votre sommeil, est-ce que vous rêvez rarement?	(1)	(0)	(1)	(0)
I: Aimez-vous laisser les gens connaître vos positions, vos avis?	(0)	(1)		
10: Vous arrive-t-il d'éprouver des sensations corporelles (physiques) que vous ne comprenez pas?	(1)	(0)		
J: Etes-vous quelqu'un d'émotif, qui exprime ses émotions?	(0)	(1)		

Total EFECA = ____/10 (____/20)

Item Cotateur: sentiment de vide, d'ennui, d'agacement, etc...

Il est important pour moi de découvrir ce qu'on ressent pour les autres

(0) (1)

Je trouve que les sentiments font que la vie vaut la peine d'être vécue	(0)	(1)
Quand je suis furieux(se) je ne pense pas, j'agis	(1)	(0)
Je n'aime pas décrire les détails et je préfère me demander ce que je ressens	(0)	(1)
Quand j'entends des bruits suspects la nuit je ne me concentre pas sur ce que je ressens(1)		(0)
Je trouve la vie ennuyeuse la plupart du temps	(1)	(0)
Je ne peux pas me représenter les circonstances qui me dérangent	(1)	(0)

Total SSPS-R = ____/20

CES-d

Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste durant la semaine écoulée? Cochez la case correspondante à la fréquence:

- 1 = jamais ou très rarement (moins d'un jour)
 2 = occasionnellement (un à deux jours)
 3 = assez souvent (trois à quatre jours)
 4 = fréquemment ou tout le temps (cinq à sept jours)

	1	2	3	4
1: j'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	(0)	(1)	(2)	(3)
2: je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	(0)	(1)	(2)	(3)
3: j'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	(0)	(1)	(2)	(3)
4: j'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	(3)	(2)	(1)	(0)
5: j'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	(0)	(1)	(2)	(3)
6: Je me suis senti(e) déprimé(e)	(0)	(1)	(2)	(3)
7: j'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	(0)	(1)	(2)	(3)
8: j'ai été confiant(e) en l'avenir	(3)	(2)	(1)	(0)
9: j'ai pensé que ma vie était un échec	(0)	(1)	(2)	(3)
10: je me suis senti(e) craintif(ve)	(0)	(1)	(2)	(3)
11: mon sommeil n'a pas été bon	(0)	(1)	(2)	(3)
12: j'ai été heureux(se)	(3)	(2)	(1)	(0)
13: j'ai parlé moins que d'habitude	(0)	(1)	(2)	(3)
14: je me suis senti(e) seul(e)	(0)	(1)	(2)	(3)
15: les autres ont été hostiles envers moi	(0)	(1)	(2)	(3)
16: j'ai profité de la vie	(3)	(2)	(1)	(0)
17: j'ai eu des crises de larmes	(0)	(1)	(2)	(3)
18: je me suis senti(e) triste	(0)	(1)	(2)	(3)
19: j'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	(0)	(1)	(2)	(3)
20: j'ai manqué d'entrain	(0)	(1)	(2)	(3)

Total = ____/60

Code Patient: _____

Date: __/__/__

2ÈME ENTRETIEN: EFEA

	Oui	Non
1 = Vous est-il plus facile de décrire des symptômes physiques que des sentiments?	(1)	(0)
A = Avez-vous tendance à préférer rester seul(e) (plutôt que d'entrer en contact avec les autres)?	(1)	(0)
2 = Avez-vous du mal à utiliser des mots pour décrire vos sentiments ou vos émotions?	(1)	(0)
B = Quand vous avez des ennuis, restez-vous passif(ve) (c'est-à-dire que vous n'agissez pas)?	(0)	(1)
3 = Est-ce que vous trouvez que vous manquez d'imagination?	(1)	(0)
C = Préférez-vous les films d'action aux drames psychologiques?	(1)	(0)
4 = La journée, est-ce que vous passez beaucoup de temps à rêvasser (c'est-à-dire à laisser vagabonder votre esprit)?	(0)	(1)
D = Avez-vous du mal à communiquer avec les autres?	(1)	(0)
5 = Quand vous êtes face à une situation de conflit, avez-vous tendance à agir immédiatement plutôt que de l'analyser?	(1)	(0)
E = Préférez-vous les gens aux objets?	(0)	(1)
6 = Etes-vous précis(e) et décrivez-vous les choses et les situations avec beaucoup de détails?	(1)	(0)
F = Lorsque vous pleurez, savez-vous toujours pourquoi?	(0)	(1)
7 = Préférez-vous faire attention à ce qui se passe autour de vous plutôt que de vous concentrer sur ce que vous ressentez?	(1)	(0)
G = Lorsque vous êtes en colère, est-ce que bien souvent vous ne savez pas pourquoi vous l'êtes?	(1)	(0)
8 = Avez-vous souvent des troubles physiques quand vous êtes contrarié(e)?	(1)	(0)
H = Est-ce que cela ne vous suffit pas d'arriver à un résultat, avez-vous besoin de savoir pourquoi?	(0)	(1)
9 = Durant votre sommeil, est-ce que vous rêvez rarement?	(1)	(0)
I = Aimez-vous laisser les gens connaître vos positions, vos avis?	(0)	(1)
10 = Vous arrive-t'il d'éprouver des sensations corporelles (physiques) que vous ne comprenez pas?	(1)	(0)
J = Etes-vous quelqu'un d'émotif, qui exprime ses émotions?	(0)	(1)

Total = ____/10 (____/20)

Item Cotateur: sentiment de vide, d'ennui, d'agacement, etc...

Oui

Non

Nom / Code:

INSTRUCTIONS POUR LE QUESTIONNAIRE SAS/PAS

S'il vous plaît, répondez par vrai ou faux à chaque question. N'oubliez aucune question. Il est important que vous répondiez à chaque question même si vous n'êtes pas complètement sûr que c'est la meilleure réponse. Parfois, une question peut se rapporter à des expériences que vous avez vécues uniquement sous l'effet d'une drogue. Répondez comme si vous n'aviez jamais vécu cette expérience, sauf si vous avez vécu cette expérience à d'autres moments.

Quelques questions peuvent ressembler à d'autres mais toutes sont un peu différentes. Répondez à chaque question et ne vous préoccupez pas de la réponse précédemment donnée à une question similaire.

Questionnaire A

- | | | | |
|-----|---|------|------|
| 1: | Avoir des amis proches n'est pas aussi important que beaucoup de personnes le disent | Vrai | Faux |
| 2: | J'attache très peu d'importance à avoir des amis proches | Vrai | Faux |
| 3: | Je préfère regarder la télévision plutôt que de sortir avec d'autres personnes | Vrai | Faux |
| 4: | Une promenade en voiture est plus agréable si quelqu'un est avec moi | Vrai | Faux |
| 5: | J'aime passer des coups de téléphone à longue distance à des amis ou à des parents | Vrai | Faux |
| 6: | Jouer avec des enfants est une véritable corvée | Vrai | Faux |
| 7: | J'ai toujours aimé regarder les photographies de mes amis | Vrai | Faux |
| 8: | Bien qu'il y ait des choses que j'aime faire seul(e), il me semble que j'ai plus de plaisir quand je les fait avec d'autres personnes | Vrai | Faux |
| 9: | Je deviens parfois profondément attaché(e) aux personnes avec qui je passe beaucoup de temps | Vrai | Faux |
| 10: | On pense quelquefois que je suis timide alors qu'en réalité je veux simplement qu'on me laisse seul(e) | Vrai | Faux |
| 11: | Quand les choses vont vraiment bien pour mes amis proches, cela me fait plaisir | Vrai | Faux |
| 12: | Quand un de mes proches est déprimé cela me démoralise aussi | Vrai | Faux |
| 13: | Mes émotions semblent très différentes de celles des autres personnes | Vrai | Faux |
| 14: | Quand je suis seul(e) à la maison, je me froisse quand des gens téléphonent ou frappent à la porte | Vrai | Faux |
| 15: | Je peux me sentir vraiment bien en étant simplement avec des amis | Vrai | Faux |

16:	Quand quelque chose me tracasse, j'aime en parler aux autres	Vrai	Faux
17:	Je préfère les passe-temps et les loisirs qui n'impliquent pas d'autres personnes	Vrai	Faux
18:	Cela est amusant de chanter avec d'autres personnes	Vrai	Faux
19:	Savoir que j'ai des amis qui se préoccupent de moi m'apporte un sentiment de sécurité	Vrai	Faux
20:	Lorsque je m'installe dans une nouvelle ville, je ressens un fort besoin de me faire de nouveaux amis	Vrai	Faux
21:	Il vaut mieux garder ses distances avec les autres	Vrai	Faux
22:	Bien que je sache que je dois avoir de l'affection pour certaines personnes, je n'en éprouve pas vraiment	Vrai	Faux
23:	Les gens attendent que je passe plus de temps à leur parler que je ne le voudrais	Vrai	Faux
24:	Cela me plaît et je suis satisfait(e) quand j'en apprend de plus en plus sur la vie affective de mes amis	Vrai	Faux
25:	Quand les autres essaient de me parler de leurs problèmes ou de leur état d'âme, je les écoute en général avec intérêt et attention	Vrai	Faux
26:	Je n'ai jamais vraiment eu d'amis proches à l'école	Vrai	Faux
27:	Habituellement, je suis content(e) d'être assis(e) tout(e) seul(e) à penser et à rêvasser	Vrai	Faux
28:	Je suis beaucoup trop indépendant(e) pour vraiment m'impliquer avec d'autres personnes	Vrai	Faux
29:	Il y a peu de choses plus fatigantes que d'avoir une longue conversation personnelle avec quelqu'un	Vrai	Faux
30:	Cela me rend triste de voir tous mes amis d'école aller chacun de leur côté une fois les études terminées	Vrai	Faux
31:	J'ai souvent trouvé que c'était dur de résister de parler avec un bon ami, même quand j'ai d'autres choses à faire	Vrai	Faux
32:	Se faire de nouveaux amis ne vaut pas l'énergie que cela demande	Vrai	Faux
33:	Il y a des choses qui sont plus importantes pour moi que ma vie privée	Vrai	Faux
34:	Les gens qui essaient de mieux me connaître y renoncent généralement au bout de quelque temps	Vrai	Faux
35:	Je pourrais être heureux(se) de vivre tout(e) seul(e) dans une cabane dans les bois ou les montagnes	Vrai	Faux
36:	Si j'avais le choix, je préférerais de beaucoup être avec d'autre que tout(e) seul(e)	Vrai	Faux

- | | | | |
|-----|--|------|------|
| 37: | Je trouve que trop souvent les gens pensent que leurs activités quotidiennes et leurs opinions vont m'intéresser | Vrai | Faux |
| 38: | Je ne me sens pas vraiment très proche de mes amis | Vrai | Faux |
| 39: | Mes relations avec les autres personnes n'ont jamais été très intenses | Vrai | Faux |
| 40: | Pour de nombreuses raisons je préfère la compagnie des animaux domestiques à celle des gens | Vrai | Faux |

QUESTIONNAIRE B

- | | | | |
|-----|--|------|------|
| 1: | J'ai toujours trouvé que faire l'amour était extrêmement agréable | Vrai | Faux |
| 2: | En mangeant l'un de mes plats favoris, j'ai souvent essayé de le manger lentement afin qu'il dure plus longtemps | Vrai | Faux |
| 3: | J'ai souvent éprouvé du plaisir à toucher de la soie, du velours ou de la fourrure | Vrai | Faux |
| 4: | J'ai parfois éprouvé du plaisir à sentir de la force dans mes muscles | Vrai | Faux |
| 5: | Danser ou l'idée de danser m'a toujours semblé ennuyeux | Vrai | Faux |
| 6: | J'ai toujours trouvé l'orgue ennuyeux et monotone | Vrai | Faux |
| 7: | Le goût des aliments a toujours été important pour moi | Vrai | Faux |
| 8: | J'ai rarement éprouvé du plaisir à pratiquer des activités physiques comme marcher, nager ou faire du sport | Vrai | Faux |
| 9: | J'ai rarement éprouvé du plaisir dans une expérience sexuelle quelle qu'elle soit | Vrai | Faux |
| 10: | En écoutant une belle chanson, j'ai rarement eu l'envie de chanter avec elle | Vrai | Faux |
| 11: | J'ai toujours détesté la sensation d'épuisement provoquée par des activités intenses | Vrai | Faux |
| 12: | Je m'intéresse peu aux couleurs avec lesquelles sont peintes les choses | Vrai | Faux |
| 13: | Le bruit du frémissement des feuilles ne m'a jamais beaucoup plu | Vrai | Faux |
| 14: | Je pense que prendre un bain de soleil n'est pas vraiment plus agréable que de s'allonger dans une pièce | Vrai | Faux |
| 15: | Il n'y a vraiment pas beaucoup de choses que j'ai jamais aimées faire | Vrai | Faux |
| 16: | Je ne sais pas pourquoi certaines personnes sont tellement intéressées par la musique | Vrai | Faux |

17:	Les fleurs ne sont pas aussi belles que beaucoup de personnes le prétendent	Vrai	Faux
18:	J'ai toujours aimé avoir des massages du dos	Vrai	Faux
19:	Je n'ai jamais voulu aller sur aucun manège dans un parc d'attraction	Vrai	Faux
20:	Goûter de nouveaux aliments est quelque chose que j'ai toujours apprécié	Vrai	Faux
21:	La chaleur d'un feu de cheminée ne m'a jamais particulièrement apaisé ni calmé	Vrai	Faux
22:	Les poètes exagèrent toujours la beauté et les joies de la nature	Vrai	Faux
23:	Quand je vois une statue, j'éprouve le besoin de la toucher	Vrai	Faux
24:	J'ai toujours eu un certain nombre de plats préférés	Vrai	Faux
25:	Je ne comprend pas pourquoi les gens aiment regarder les étoiles la nuit	Vrai	Faux
26:	Je n'ai pas souvent eu envie d'essayer de nouveaux plats	Vrai	Faux
27:	Je n'ai jamais eu envie d'enlever mes chaussures et de marcher à travers une flaque d'eau	Vrai	Faux
28:	Je n'ai jamais fait attention à la consistance des aliments	Vrai	Faux
29:	Quand je marche devant une boulangerie, l'odeur du pain frais m'a souvent donné faim	Vrai	Faux
30:	J'ai souvent apprécié de recevoir une poignée de main forte et chaleureuse	Vrai	Faux
31:	Je me suis souvent senti mal à l'aise lorsque mes amis me touchent	Vrai	Faux
32:	Je n'ai jamais trouvé un orage vivifiant	Vrai	Faux
33:	Etre sur une hauteur et regarder tout le panorama est sensationnel	Vrai	Faux
34:	J'ai souvent trouvé qu'une promenade est une détente et un plaisir	Vrai	Faux
35:	Je me sens bien et en sécurité lorsque j'entend le bruit de la pluie tomber sur le toit	Vrai	Faux
36:	J'aime jouer avec des petits chatons ou des chiots ou les câliner	Vrai	Faux
37:	Le son de l'orgue m'a souvent fait vibrer	Vrai	Faux
38:	Voir un magnifique paysage a été un grand bonheur pour moi	Vrai	Faux

39:	Les premières neiges de l'hiver m'ont souvent réjoui(e)	Vrai	Faux
40:	Le sexe c'est bien, mais pas aussi amusant que tant de personnes le proclament	Vrai	Faux
41:	J'ai parfois dansé seul(e) uniquement pour sentir mon corps bouger avec la musique	Vrai	Faux
42:	Cela ne m'a jamais tenté de chanter sous la douche	Vrai	Faux
43:	Le goût d'un aliment est aussi bon qu'un autre pour moi	Vrai	Faux
44:	En regardant un tapis moelleux et épais, j'ai parfois eu la tentation d'enlever mes chaussures et de marcher dessus pieds nus	Vrai	Faux
45:	Après une journée bien remplie, une marche lente m'a souvent détendu(e)	Vrai	Faux
46:	Les lumières brillantes de la ville sont fascinantes à regarder	Vrai	Faux
47:	La beauté du coucher de soleil est largement surfaite	Vrai	Faux
48:	Je me sens toujours bien quand une personne à qui je tiens cherche à me toucher	Vrai	Faux
49:	J'ai toujours trouvé la musique douce ennuyeuse plutôt que relaxante	Vrai	Faux
50:	Habituellement, j'ai terminé mon bain ou ma douche le plus rapidement possible, juste pour en finir	Vrai	Faux
51:	L'odeur d'un dîner qui se prépare m'a rarement ouvert l'appétit	Vrai	Faux
52:	Quand je passe devant des fleurs, je m'arrête souvent pour les sentir	Vrai	Faux
53:	Le sexe est le plaisir le plus intense de la vie	Vrai	Faux
54:	Je pense que faire voler un cerf-volant est stupide	Vrai	Faux
55:	Prendre un bain de soleil ne m'a jamais rien dit, cela m'a simplement donné chaud	Vrai	Faux
56:	Les sons d'une fanfare ne m'ont jamais enthousiasmé	Vrai	Faux
57:	Cela m'a souvent fait du bien de masser mes muscles quand ils étaient fatigués ou endoloris	Vrai	Faux
58:	Quand je me sens un peu triste, chanter me rend souvent plus joyeux	Vrai	Faux
59:	Un bon bain moussant m'a parfois rafraîchi(e) et remonté(e)	Vrai	Faux
60:	Je me suis parfois senti(e) tout à fait bien après une marche à vive allure	Vrai	Faux
61:	Je suis fasciné(e) par la danse des flammes d'un feu de cheminée	Vrai	Faux

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] **Acklin M.W., Alexander G.**

Alexithymia and somatization. A Rorschach study of four psychosomatic groups
The Journal of Nervous and Mental Disease, 1988, 176/6 (343-350)

[2] **American Psychiatric Association (trad. franç. par Guelfi J.D.)**

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)
Critères diagnostiques
Paris, MASSON, 1994, 384p.

[3] **Andreasen N.C.**

Affective flattening: evaluation and diagnostic significance

In **Clark D.C., Fawcett J.**

Anhedonia and Affect Deficit States

New York, PMA, 1987, (15-33)

[4] **Andreasen N.C.**

Schizophrenia: positive and negative symptoms and syndromes

Modern Problems of Pharmacopsychiatry

KARGER, 1990

[5] **Anthony J.E.**

Operational thinking at adolescence in relation to psychosomatic disorder

Journal of Youth and Adolescence, 1978, 7 (307-317)

[6] **Apfel R.J., Sifneos P.E.**

Alexithymia: concept and measurement

Psychotherapy and Psychosomatics, 1979, 32 (180-190)

[7] **Argullos C.**

Les facteurs prédictifs psychologiques des infarctus du myocarde

Thèse Universitaire de Médecine, Limoges, 1992, 274p.

[8] **Assouly-Besse F., Dollfus S., Petit M.**

Traduction française des questionnaires d'anhédonie sociale et physique de Chapman: validation de la traduction française à partir de témoins et de patients schizophrènes

L'Encéphale, 1995, 21/2 (273-284)

[9] **Bach M., Bach D.**

Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study
 Psychotherapy and Psychosomatics, 1996, 65/3 (150-152)

[10] **Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D.A.**

Reliability and validity of the revised 20-item Toronto Alexithymia Scale
 The 50th anniversary meeting of the American Psychosomatic Society
 New York, 1992

[11] **Bargues M.L., Sifneos P.E., De Bonis M., Pedinielli J.L., Alberts J.L.**

Le concept d'alexithymie (Alexithymia)
 Annales de Psychiatrie, 1990, 5/3 (272)

[12] **Bazin N.**

Alexithymie. Revue critique à travers deux cas cliniques.
 Annales de Psychiatrie, 1993, 8/2 (131-135)

[13] **Bazin N., Mathis P., Féline A.**

Alexithymie et dépression (p53-73)

In **Féline A., Hardy P., Debouis M.**

La dépression. Etudes.

Paris, MASSON, 1991 (Collection Médecine et Psychothérapie)

[14] **Beck A.T.**

Cognitive therapy and the emotional disorders
 New York, INTERNATIONAL UNIVERSITY PRESS, 1976

[15] **Bertagne P., Pedinielli J.L., Marliere C.**

L'alexithymie. Evaluation, données quantitatives et cliniques.
 L'Encéphale, 1992, 18/1 (121-130)

[16] **Blès M.F.**

Processus cognitifs dans l'alexithymie

A propos de **[53] Pedinielli J.L.**

Psychosomatique et alexithymie

Nodules PUF, 1992

Revue Internationale de Psychopathologie, 1993, 11 (471-476)

- [17] **Blumer D., Heilbronn M.**
Chronic pain as a variant of depressive disease
 The Journal of Nervous and Mental Disease, 1982, 170 (381-406)
- [18] **Bonin-Guillaume S., Clément J.P., Chassain A.P., Léger J.M.**
Evaluation psychométrique de la dépression du sujet âgé: quels instruments? Quelles perspectives d'avenir?
 L'Encéphale, 1995, 21 (25-34)
- [19] **Borens R., Grosse-Schultze E., Jaensch W.**
Is "alexithymia" but a social phenomenon?
 Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (193-198)
- [20] **Bouchet-Kervella D.**
Les revues: Revue Française de Psychosomatique, 7, 1995: Psychosomatique et modèles théoriques
 Revue Française de Psychanalyse, 1996, 3
- [21] **Buchanan D.C., Waterhouse G.J., West S.C.**
A proposed neurophysiological basis of alexithymia
 Psychotherapy and Psychosomatics, 1980, 34 (248-255)
- [22] **Cecero J.J., Holmstrom R.W.**
Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics
 Journal of Clinical Psychology, 1997, 53/3 (201-208)
- [23] **Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L.**
Scales for physical and social anhedonia
 Journal of Abnorm Psychology, 1976, 85 (374-382)
- [24] **Clément J.P., Fray E., Paulin S., Léger J.M., Therme J.F., Dumont D.**
Detection of depression in elderly hospitalized patients in emergency wards
 (A paraître)
- [25] **Clément J.P., Léger J.M., Paulin S.**
Troubles psychiques et troubles somatiques: l'intrication chez le sujet âgé
 Revue de Gériatrie, 1996, 21/9 (621-626)

[26] **Clément J.P., Nassif R.F., Léger J.M., Marchan F.**

Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage

L'Encéphale, 1997, 23 (91-99)

[27] **Clément J.P., Poirot I., Léger J.M., Paulin S.**

Alexithymie et dépression du sujet âgé

Annales de Psychiatrie, 1997, 12/3 (142-150)

[28] **Cremerius J.**

Some reflections about the conception of "psychosomatic patients" in the French School

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (236-241)

[29] **Damasio A.R.**

Aphasia

N Engl J Med, 1992, 26 (531-540)

[30] **Dantzer R.**

Adaptation à l'environnement: du stress à la maladie

Ed. ARDIX COLLECTION SCIENTIFIQUE

[31] **De Bonis M.**

L'idée d'interaction entre niveaux expressifs: émotions, représentations et cognition

Bulletin de Psychologie, 1986, 39/377 (913-921)

[32] **Defourny M., Hubin P., Luminet D.**

Alexithymia, "pensée opératoire" and predisposition to coronaropathy

Psychotherapy and Psychosomatics, 1976/77, 27 (106-114)

[33] **Demers Desrosiers L., Cohen K.R., Catchlove R.F.H.**

The measure of symbolic function in alexithymic pain patients

Psychotherapy and Psychosomatics, 1983, 39 (65-76)

[34] **Ey H., Bernard P., Brisset C.**

Manuel de psychiatrie (1960/1978)

Paris, MASSON, 5^{ème} éd., 1978 ; 1252p.

[35] **Fain M.**

Une conquête de la psychanalyse: Les mouvements individuels de vie et de mort de Pierre Marty

Revue Française de Psychanalyse, 1976, 4

[36] **Fain M.**

Vers une conception psychosomatique de l'inconscient

Revue Française de Psychanalyse, 1981, 2

[37] **Faryna A., Rodenhauser P., Torem M.**

Development of an Analog Alexithymia scale

Psychotherapy and Psychosomatics, 1986, 45 (201-206)

[38] **Féline A., Hardy P., Debouis M.**

La dépression. Etudes.

Paris, MASSON, 1991 (Collection Médecine et Psychothérapie)

[39] **Flannery J.G.**

Alexithymia I: the communication of physical symptoms

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (133-140)

[40] **Flannery J.G.**

Alexithymia II: the association with unexplained physical distress

Psychotherapy and Psychosomatics, 1978, 30 (193-197)

[41] **Flannery J., Taylor G.**

Toward integrating psyche and soma: psychoanalysis and neurobiology

The Canadian Journal of Psychiatry, 1981, 26 (15-23)

[42] **Foucault M.**

Histoire de la folie

Paris, PLON, 1961, 309p.

[43] **Freedman M.B., Sweet B.S.**

Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients

International Journal of Group Psychotherapy, 1954, 4 (355-368)

[44] **Fremaux D., Loas G., Marchand M.P.**

A propos de

[46] **Montreuil M., Pedinielli J.L.**

Caractéristiques du traitement visuel parallèle chez des sujets sains

alexithymiques

L'Encéphale, 1995, 21/5 (589-595)

L'Encéphale, 1996, 22 (69-70)

[45] **Freyberger H.**

Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (337-343)

[46] **Friedlander L., Lumley M.A., Farchione T., Doyal G.**

Testing the alexithymia hypothesis: Physiological and subjective responses during relaxation and stress

The Journal of Nervous and Mental Disease, 1997, 185/4 (233-239)

[47] **Friedman M., Rosenman R.H.**

Type A Behaviour and your Heart

New York, KNOPE, 1974, p. 114-118

[48] **Fuhrer R., Rouillon F.**

La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation.

Psychiatrie et Psychobiologie, 1989, 4 (163-166)

[49] **Fukunishi I., Ichikawa M., Ichikawa T., Matsuzawa K., Fujimura K., Tabe T., Iida Y., Saito S.**

Alexithymia and depression in families with alcoholics

Psychopathology, 1992, 25/6 (326-330)

[50] **Gainotti G.**

Emotions et spécialisation interhémisphérique: vers de nouvelles stratégies de recherche

Bulletin de Psychologie, 1986, 39/377 (923-930)

[51] **Garner D.M., Olmsted M.P., Polivy J.**

Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia

Internal Journal of Eating Disorders, 1983, 2/2 (15-34)

[52] **Gayral L.**

Sémiologie clinique en psychiatrie

Tours, MAISON MAME, 1974, 280p. (SANDOZ)

[53] **George M.S., Ketter T.A., Parekh P.I., Horwitz B., Herscovitch P., Post R.M.**

Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women

American Journal of Psychiatry, 1995, 152 (341-351)

[54] **Girard M.**

La pensée opératoire revisitée par l'alexithymie

Annales de Psychiatrie, 1992, 7/3 (137-144)

[55] **Gottschalk L.A., Gleser G.**

The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behaviour

Berkeley, UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1969

[56] **Grossarth-Maticek R., Eysenck H.J., Barrett P.**

Prediction of Cancer and Coronary Heart Disease as a Function of Method of Questionnaire Administration

Psychological Reports, 1993, 73 (943-959)

[57] **Guiart J.**

Histoire de la médecine Française

Paris, NAGEL, 1947, 284p.

[58] **Haviland M.G., Hendryx M.S., Cummings M.A., Shaw D.G., MacMurray J.P.**

Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics

The Journal of Nervous and Mental Disease, 1991, 179 (284-290)

[59] **Haviland M.G., Shaw D.G., Cummings M.A., MacMurray J.P.**

Alexithymia: Subscales and Relationship to Depression

Psychotherapy and Psychosomatics, 1988, 50/3 (164-170)

[60] **Heerlein A., Lauer G., Richter P.**

Alexithymie und Affektausprache bei endogener und nicht-endogener Depression

Der Nervenarzt, 1989, 60/4 (220-225)

[61] **Heiberg A., Heiberg A.**

Alexithymia: an inherited trait?

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (221-225)

[62] **Heiberg A.**

A possible genetic contribution to the alexithymia trait

Psychotherapy and Psychosomatics, 1978, 30 (205-210)

[63] **Hoppe K.D., Bogen J.E**

Alexithymia in twelve commissurotomized patients

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (14-155)

[64] **Houillon P., Hamelin Y., Rouet J.C., Kitenge A.**

De l'alexithymie au C.N.N. complex: une liaison dangereuse

Congrès de Psychiatrie et de Neurologie, La Rochelle, 1991

[65] **Jaffe P.D.**

L'alexithymie ou le discours dénué d'affects

Psychologie Médicale, 1990, 22/8 (718-722)

[66] **Kaplan C.D., Wogan M.**

Management of pain through cerebral activation

Psychotherapy and Psychosomatics, 1976/77, 27 (144-153)

[67] **Kauhanen J., Julkunen J., Salonen J.T.**

Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia

Behavioral Medicine, 1992, 18/3 (121-126)

[68] **Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D., Salonen R., Salonen J.T.**

Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease

Psychosomatic Medicine 1994, 56/3 (237-244),

[69] **Keller P.H.**

Approche psychosomatique: la question du sujet en souffrance?

Psychologie Médicale, 1994, 26/14 (1439-1441)

[70] **Keltikangas-Järvinen L.**

Alexithymia and Type A behaviour compared in psychodynamic terms of personality

British Journal of Medical Psychology, 1990, 63/2 (131-135)

[71] **Kielhloz P**

Le concept de dépression masquée

L'Encéphale, 1979, 5 (459-462)

[72] **Kleiger J.H., Kinsman R.A.**

The development of an MMPI alexithymia scale

Psychotherapy and Psychosomatics, 1980, 34 (17-24)

[73] **Klüver H., Bucy P.C.**

"Psychic blindness" and other symptoms following bilateral temporal lobectomy in Rhesus monkeys

American Journal of Physiology, 1937, 119 (352-353)

[74] **Kosmadakis C.S., Bungener C., Pierson A., Jouvent R., Widlöcher D.**

Traduction et validation de l'Echelle Révisée d'Anhédonie Sociale (SAS Social Anhedonia Scale, M.L. Eckblad, L.J. Chapman et al., 1982). Etude des validités interne et concurrente chez 126 sujets sains.

L'Encéphale, 1995, 21/4 (437-443)

[75] **Kreisler L.**

L'enfant du désordre psychosomatique - Rencontres cliniques

Toulouse, PRIVAT, 1981, 400p. ("éducateurs")

[76] **Kreisler L.**

L'enfant psychosomatique, 1^{ère} éd.

Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1976, 128p. (Que sais-je?)

[77] **Krystal H.**

Alexithymia and psychotherapy

American Journal of Psychotherapy, 1979, 33 (17-31)

[78] **Krystal H.**

Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment

International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 1982-83, 9 (353-378)

[79] **Krystal J.H., Giller E.L., Cicchetti D.V.**

Assesment of alexithymia in post-traumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure

Psychosomatic Medicine, 1986, 28 (84-94)

[80] **Lane R.D., Schwartz G.E.**

Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology

American Journal of Psychiatry, 1987, 144/2

[81] **Laplanche J., Pontalis J.B.**

Vocabulaire de la psychanalyse, 12^{ème} éd.

Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1994, 523p. (Bibliothèque de Psychanalyse)

[82] **Leff J.P.**

Culture and the differentiation of emotional states

British Journal of Psychiatry, 1973, 123 (299-306)

[83] **Langs R.**

Some communicative properties of the bipersonal field

Internal Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy, 1978, 7 (87-135)

[84] **Léger J.M., Clément J.P., Tessier J.F.**

Dépression, vieillissement, démence

Confrontations Psychiatriques, 1989, 103-119

[85] **Legoretta G., Bull R.H., Kiely M.C.**

Alexithymia and Symbolic function in the Obese

Psychotherapy and Psychosomatics, 1988, 50 (88-94)

[86] **Lesser I.M.**

A review of the alexithymia concept

Psychosomatic Medicine, 1981, 43 (531-543)

[87] **Lesser I.M., Lesser B.Z.**

Alexithymia: examining the development of a psychological concept

American Journal of Psychiatry, 1983, 140 (1305-1308)

[88] **Lesser I.M., Ford C.V., Friedmann C.T.H.**

Alexithymia in somatizing patients

General Hospital Psychiatry, 1979, 1 (256-261)

[89] **Lindemann E.**

Symptomatology and management of acute grief

American Journal of Psychiatry, 1944, 101 (141-148)

[90] **Linden W., Lenz J.W., Stossel C.**

Alexithymia, defensiveness and cardiovascular reactivity to stress

Journal of Psychosomatic Research, 1996, 41/6 (575-583)

[91] **Loas G.**

Adaptation et validation française de l'échelle d'anhédonie physique de Chapman et

Chapman (Physical Anhedonia Scale, PAS)

L'Encéphale, 1993, 19/6 (639-644)

[92] **Loas G., Boyer P.**

L'évaluation de l'anhédonie en psychopathologie: seconde étude de validation de la

version française de l'échelle d'anhédonie physique de Chapman et Chapman (PAS).

Etude portant sur 356 personnes.

Annales Médico-Psychologiques, 1994, 152/4 (256-262)

[93] **Loas G., Fremaux D., Marchand M.P.**

Etude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de

l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets

sains

L'Encéphale, 1995, 21/2 (117-122)

[94] **Loas G., Fremaux D., Marchand M.P., Chaperot C., Dardennes R.**

L'alexithymie chez le sujet sain: validation de l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS)

dans une population "tout venant" de 144 sujets, application au calcul de la prévalence

Annales Médico-Psychologiques, 1993, 151/9 (660-663)

[95] **Loas G., Otmani O., Fremaux D., Lecercle C., Dufлот M., Delahousse J.**

Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques
L'Encéphale, 1996, 22/1 (35-40)

[96] **Loas G., Fremaux D., Otmani O., Verrier A.**

Prévalence de l'alexithymie en population générale. Etude chez 183 sujets "tout venant" et chez 263 étudiants.

Annales Médico-Psychologiques, 1995, 153/5 (355-357)

[97] **Lolas F., De La Parra G., Arohson S.**

On the measurement of alexithymic behavior

Psychotherapy and Psychosomatics, 1980, 33 (139-146)

[98] **Lôo P., Lôo H.**

Le stress permanent

Ed. MASSON, 1996

[99] **Mac Dougall J.**

The psychosoma and the psychoanalytic process

International Review of Psycho-Analysis, 1974, 1 (437-459)

[100] **Mac Dougall J.**

Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint

Psychotherapy and Psychosomatics, 1982, 38 (81-90)

[101] **Mac Lean P.D.**

Psychosomatic disease and the "visceral brain": recent development bearing on the Papez theory of emotion

Psychosomatic Medicine, 1949, 11 (338-353)

[102] **Mac Lean P.D.**

The triune brain in conflict

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (207-221)

- [103] **Mann L.S., Wise T.N., Trinidad A., Kohanski R.**
Alexithymia, Affect Recognition, and the Five-factor Model of Personality in Normal Subjects
 Psychological Reports, 1994, 74 (563-567)
- [104] **Marty P.**
 Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique
 Paris, PAYOT, 1976 (Petite Bibliothèque)
- [105] **Marty P.**
 L'ordre psychosomatique
 Paris, PAYOT, 1980
- [106] **Marty P.**
 La psychosomatique de l'adulte, 2^{ème} éd.
 Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1992, 127p. (Que sais-je?)
- [107] **Marty P., De M'Uzan M.**
 La "Pensée Opératoire"
 XXIIIème Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes
 Revue Française de Psychanalyse, 1963, 27
- [108] **Marty P., De M'Uzan M., David C.**
 L'investigation psychosomatique
 Paris, PUF, 1963
- [109] **Montreuil M.**
 Le déficit de saisie visuelle parallèle est-il un modèle expérimental d'alexithymie
 Revue Internationale de Psychopathologie, 1991, 3 (203-221)
- [110] **Montreuil M., Jouvent R.**
 Le phénomène de la saisie visuelle parallèle. Construction et validation d'un test et application au modèle psychosomatique.
 L'Encéphale, 1989, 15/4 (409-413)
- [111] **Montreuil M., Jouvent R., Carton S., Bungener C., Widlocher D.**
 Parallel Visual Information Processing Test. An experimental assessment of alexithymia
 Psychotherapy and Psychosomatics, 1991, 56/4 (212-219)

[112] **Montreuil M., Pedinielli J.L.**

Caractéristiques du traitement visuel parallèle chez des sujets sains alexithymiques
L'Encéphale, 1995, 21/5 (589-595)

[113] **Nayrac P.**

Eléments de psychologie
Paris, FLAMMARION, 1962, 434p. (EMF)

[114] **Nemiah J.C.**

Denial revisited: reflections on psychosomatic theory
Psychotherapy and Psychosomatics, 1975, 26 (140-148)

[115] **Nemiah J.C.**

Alexithymia: theoretical considerations
Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (199-206)

[116] **Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E.**

Alexithymia: a view of the psychosomatic process
Modern Trends in Psychosomatic Medicine, vol. 3 (430-440)
London, HILL O. London, Butterworths, 1976

[117] **Nemiah J.C., Sifneos P.E.**

Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders
Modern Trends in Psychosomatic Medicine, vol. 2 (26-35)
London, HILL O. London, Butterworths, 1970

[118] **Nemiah J.C., Sifneos P.E.**

Psychosomatic illness: a problem of communication
Psychotherapy and Psychosomatics, 1970, 18 (154-160)

[119] **Nicolaïdis N., Press J.**

La psychosomatique, hier et aujourd'hui
Neuville en Ferrain, Ed. DELACHAUX ET NIESTLÉ, 1995

[120] **Organisation Mondiale de la Santé (Pull C.B.)**

Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. (CIM-10)

Chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement

Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic

Paris, MASSON, 1993

[121] **Papez J.W.**

Proposed mechanism of emotion

Arch Neurol Psychiatry, 1937, 38 (725-743)

[122] **Parker J.D.A., Bagby R.M., Taylor G.J.**

Alexithymia and Depression: Distinct or Overlapping Constructs?

Comprehensive Psychiatry, 1991, 32/5 (387-394)

[123] **Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M.**

Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion

Psychotherapy and Psychosomatics, 1993, 59/3-4 (197-202)

[124] **Pedinielli J.L.**

L'alexithymie: interaction entre cognition et émotions

Bulletin de Psychologie, 1986, 39/377 (955-961)

[125] **Pedinielli J.L.**

Psychosomatique et alexithymie, 1^{ère} éd.

Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1992, 126p. (PUF/Que sais-je?)

[126] **Pedinielli J.L., De Bonis M. Somogyi M., Lebart L.**

Alexithymie et récit de la maladie: contribution de la statistique textuelle à l'analyse des conduites langagières en psychopathologie

Revue de Psychologie Appliquée, 1989, 39/1 (51-67)

[127] **Pichot P.**

Un siècle de psychiatrie

Paris, ROGER DACOSTA, 1983, 189p. (ROCHE)

[128] **Pichot P., Delay J.**

Abrégé de psychologie, 3^{ème} éd.

Paris, MASSON, 1969, 489p.

[129] **Pond. C.D., Mant A., Bridges-Web C.**

Recognition of depression in the elderly: a comparison of general practitioner opinion and the Geriatric Depression Scale

Family Practice, 1990, 7 (190-194)

[130] **Porot A.**

Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique, 2^{ème} éd.

Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1960, 560p. (Bibliothèque de Psychiatrie)

[131] **Postel J., Quétel C.**

Nouvelle histoire de la psychiatrie

Ed. PRIVAT, 1983

[132] **Radloff L.S.**

The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population

App. Psychol. Meas., 1977, 3 (385-401)

[133] **Ranty Y.**

Les somatisations

Ed. L'HARMATTAN, 1994

[134] **Ribot T.**

La psychologie des sentiments

Paris, FELIX ALCAN Ed., 8^{ème} éd., 1911

[135] **Rickles W.H.**

Biofeedback therapy and transitional phenomena

Psychiatric Anals, 1981, 11 (86-93)

[136] **Robinson R.G.**

Mapping brain activity associated with emotion (editorial)

American Journal of Psychiatry, 1995, 152 (327-329)

[137] **Rodenhauser P., Khamis H.J., Faryna A.**

Alexithymia and handedness: a pilot study

Psychotherapy and Psychosomatics, 1986, 45 (169-173)

[138] **Ross E.D.**

Neurology of affective behavior, emotions and experiential phenomena

In: The New York Neuropsychology Group's 7th Annual Conference,
"Brain and Emotion: The Neuropsychology of Affect", 1986

[139] **Ruesch J.**

The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine

Psychosomatic Medicine, 1948, 10 (134-144)

[140] **Rybakowski J., Ziolkowski M., Zasadzja T., Brzezinski R.**

High prevalence of alexithymia in male with alcohol dependance

Drug and Alcohol Dependence, 1988, 21 (133-136)

[141] **Safar M.E., Kamieniecka H.A., Levenson J.A..**

Hemodynamic factors and Rorschach testing in borderline and sustained hypertension

Psychosomatic Medicine 1978, 40 (620-630),

[142] **Shands H.C.**

An approach to the measurement of suitability for psychotherapy

Psychoanalytic Quaterly, 1958, 32 (500-521)

[143] **Shands H.C.**

Suitability for psychotherapy: unsuitability and psychosomatic disease

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (28-35)

[144] **Shipko S.**

Further reflections on psychosomatic theory: alexithymia and interhemispheric specialization

Psychotherapy and Psychosomatics, 1982, 37 (83-86)

[145] **Shipko S., Noviollo N.**

Psychometric properties of self report scales of alexithymia

Psychotherapy and Psychosomatics, 1984, 41 (85-90)

[146] **Sifneos P.E.**

Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases

In **Antonelli**

Proceeding of the 7th Eur Conf Psychosom Res, Rome, 1967

Acta Med Psychosom, 1967, (1-10)

[147] **Sifneos P.E.**

Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis

Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1972

[148] **Sifneos P.E.**

The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients

Psychotherapy and Psychosomatics, 1973, 22 (255-262)

[149] **Sifneos P.E.**

The phenomenon of "Alexithymia". Observations in Neurotic and Psychosomatic patients

In *Proceeding of the 11th Eur Conf Psychosom Res, Heidelberg, 1976*

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (47-57)

[150] **Sifneos P.E.**

Alexithymia: Past and present

American Journal of Psychiatry, 1996, 153/7 (137-142)

[151] **Sifneos P.E.**

The Schalling-Sifneos Personality Scale Revised

Psychotherapy and Psychosomatics, 1986, 45/3 (161-165)

[152] **Singer M.T.**

Psychological dimensions in psychosomatic patients

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (13-27)

[153] **Sinha R., Lovallo W.R., Parsons O.A.**

Cardiovascular differentiation of emotions

Psychosomatic Medicine, 1992, 54/4 (422-435)

[154] **Smith G.R.**

Alexithymia in Medical Patients Referred to a Consultation/Liaison Service
American Journal of Psychiatry, 1983, 140/1 (99-101)

[155] **Smith M., Daurat A., Pariente P., Sifneos P.E.**

Traduction française du Schalling-Sifneos Personality Scale Revised, et du Beth Israël Questionnaire, deux instruments d'évaluation de l'alexithymie
L'Encéphale, 1992, 18/2 (171-174)

[156] **Stevens J.**

An anatomy of schizophrenia
Archives of General Psychiatry, 1973, 29 (177-186)

[157] **Stora J.B.**

Organisations mentales et maladies somatiques
Annales de Psychiatrie, 1995, 10/1 (5-11)

[158] **Taylor G.J.**

Alexithymia: Concept, Measurement, and Implications for Treatment
The American Journal of Psychiatry, 1984, 141/6 (725-732)

[159] **Taylor G.J.**

The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality
New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 1994, 10/2 (61-74)

[160] **Taylor G.J., Bagby R.M.**

Measurement of Alexithymia. Recommendations for Clinical Practice and Future Research
Psychiatric Clinics of North America, 1988, 11/3 (351-366)

[161] **Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A.**

The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine
Psychosomatics, 1991, 32/2 (153-164)

[162] **Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A.**

The revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data
Psychotherapy and Psychosomatics, 1992, 57 (34-41)

[163] **Taylor G.J., Doody K.**

Verbal measures of alexithymia: what do they measure?

Psychotherapy and Psychosomatics, 1985, 43 (32-37)

[164] **Taylor G.J., Doody K., Newman A.**

Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease

The Canadian Journal of Psychiatry, 1981, 26 (470-474)

[165] **Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M.**

Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale

Psychotherapy and Psychosomatics, 1985, 44/4 (191-199)

[166] **Tenhouten W.D., Hoppe K.D., Bogen J.E.**

Alexithymia: an experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects

American Journal of Psychiatry, 1986, 143 (312-316)

[167] **Theisen M.E., MacNeill S.E., Lumley M.A., Ketterer M.W.,
Goldberg A.D., Borzak S.**

Psychosocial factors related to unrecognized acute myocardial infarction

American Journal of Cardiology, 1995, 75/17 (1211-1213)

[168] **Thomé A., Léger J.M.**

Alexithymie et troubles du comportement

Psychologie Médicale, 1989, 21/8 (1059-1060)

[169] **Uuskula M.**

Psychological differences between young male and female survivors of myocardial infarction

Psychotherapy and Psychosomatics, 1996, 65/6 (327-330)

[170] **Vaysse J.**

Petit traité de médecine psychosomatique

Ed. LES EMPÊCHEURS DE PENSER EN ROND, 1996

[171] **Viederman M.**

Monica: a 25-year longitudinal study of the consequences of trauma in infancy (panel report)

Journal of American Psychoanalysis Association, 1979, 27 (107-126)

[172] **Vogt R., Burckstrummer G., Ernst L..**

Differences in phantasy life of psychosomatic and psychoneurotic patients

Psychotherapy and Psychosomatics, 1977, 28 (98-105)

[173] **Von Rad M.**

Alexithymia and symptom formation

Psychotherapy and Psychosomatics, 1984, 42 (80-89)

[174] **Von Rad M., Lolas F.**

Empirical evidence o alexithymia

Psychotherapy and Psychosomatics, 1982, 38 (91-102)

[175] **Weiner H.**

Contributions of psychoanalysis to psychosomatic medicine

Journal of American Academia of Psychoanalysis, 1982, 10 (27-46)

[176] **Wiener B., Graham S.**

An attribution approach to emotional development in emotion

In **Izard C.E., Kagan J., Zajonc R.B.**

Affect and cognition

Cambridge, Cambridge University Press, 1984

[177] **Wisdom J.O.**

A general hypothesis of psychosomatic disorder

British Journal of Medical Psychology, 1953, 26 (15-19)

[178] **Wise T.N., Jani N.N., Kass E., Sonnenschein K., Mann L.S.**

Alexithymia: Relationship to Severity of Medical Illness and Depression

Psychotherapy and Psychosomatics, 1988, 50/2 (68-71)

[179] **Wise T.N., Mann L.S., Hill B.**

Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient

Psychotherapy and Psychosomatics, 1990, 54/1 (26-31)

[180] **Zajonc R.B., Markus H.**

The hard interface

In **Izard C.E., Kagan J., Zajonc R.B.**

Affect and cognition

Cambridge, Cambridge University Press, 1984

[181] **Zeidel**

Les fonctions de l'hémisphère droit

La Recherche, 1984, 15/153 (332-340)

[182] **Zeitlin S.B., Lane R.D., O'Leary D.S., Schrift M.J.**

Interhemispheric transfert deficit and alexithymia

American Journal of Psychiatry, 1989, 146 (1434-1439)

[183] **Zepf S., Liedtke Z.R., Berns U., Arnold M., Hartmann C., Wagner C.**

An empirical approach for testing the hypothesis of "alexithymia"

Psychotherapy and Psychosomatics, 1981, 36 (57-62)

TABLE DES MATIÈRES

Université de Limoges	2
Remerciements	7
Dédicaces	11
Plan	14
Introduction	18
Première Partie: Etat actuel des connaissances sur l'Alexithymie	19
1 Historique du concept	20
1.1 Le lien psyche-soma	20
1.2 Psychosomatique et psychanalyse	25
1.3 Pensée opératoire et alexithymie	33
2 Description clinique de l'alexithymie	39
2.1 Syndrome et symptômes	40
2.2 Formes évolutives	42
2.3 Diagnostic différentiel	43
3 Hypothèses étiopathogéniques	44
3.1 Théories environnementales et développementales	45
3.2 Théories psychodynamique	46
3.3 Théories neuropsychologiques	49
4 Données épidémiologiques	54
4.1 Fréquence et répartition	54
4.2 Terrain	55
4.3 Alexithymie et troubles somatiques	57
5 Relations avec d'autres concepts cliniques	59
5.1 Personnalités, névroses et psychoses	59
5.2 Comportements et alcoolisme	62
5.3 Anhédonie et dépression	64
6 Instruments de mesure de l'alexithymie	65
7 Arguments en faveur de l'élaboration d'une échelle française d'alexithymie	68
7.1 Problème de Santé Publique	68
7.2 Vulnérabilité à certaines maladies	68
7.3 Masque d'affections psychiques	68
7.4 Nécessité d'un dépistage avant décompensation	69
7.5 Utilité d'un dépistage en vue de solutions thérapeutiques	70
7.6 Mauvaise adaptation des échelles anglo-saxonnes traduites	74
7.7 Absence d'un outil fiable et facile d'utilisation	75

Deuxième Partie: Mise au Point et Contribution à la Validation d'un Instrument	77
1 Objectifs	78
2 Etapes de la mise au point	78
2.1 Critique des instruments existants	79
2.2 Eléments retenus et rejetés	82
2.3 Eléments rajoutés	85
3 Exigences métrologiques	87
3.1 Validités	87
3.2 Fiabilité	87
3.3 Sensibilité et spécificité	88
4 Matériel: populations	88
5 Méthodes	90
5.1 Evaluation de la dépression	90
5.2 Evaluation de l'anhédonie	90
5.3 Evaluation de l'alexithymie	91
5.4 Recueil des données	92
5.5 Protocole de passation des questionnaires	94
5.6 Tests statistiques utilisés	95
5.7 Logiciels informatiques utilisés	96
6 Résultats	97
6.1 Caractéristiques descriptives de la population	97
6.2 Résultats moyens aux échelles	100
6.3 Mesures de l'alexithymie	102
6.4 Corrélations entre les instruments	104
6.5 Corrélations de l'EFEA aux différentes variables	107
6.6 Etude item par item de l'EFEA	113
6.7 Sensibilité, spécificité et scores seuils	122
7 Discussion	131
7.1 Commentaires sur les questionnaires	131
7.2 Commentaires sur les populations	133
7.3 Commentaires sur les liens entre les variables	134
7.4 Commentaires sur la structure de l'EFEA	135
7.5 Perspectives de vérification	137
Conclusion	141
Annexe	142
Echelle Française d'évaluation de l'alexithymie (EFEA)	143
Schalling-Sifneos Personality Scale-Revised (SSPS-R)	144
Beth Israël Questionnaire (BIQ)	145
Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	147
Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-d)	149
Social and Physical Anhedonia Scale (SAS - PAS)	150
Protocole de validation et questionnaires	155
Bibliographie	165
Table des matières	188
Serment	190

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 15

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

PEUGNET C. ; *Elaboration et contribution à la validation d'une échelle française d'évaluation de l'alexithymie (étude sur 117 cas) ; 274p.*
Th. Univ. Med., Limoges, 1998, n°

RESUME

L'alexithymie est un concept clinique qui signifie "difficulté à dire ses sentiments". Cette notion récente, qui aborde la problématique de l'expression des émotions, est le témoin d'une nouvelle approche de la pathologie psychiatrique. Cet abord globaliste touche aux intrications entre fonctionnement corporel et fonctionnement mental.

La particularité de ce syndrome est qu'il serait à la fois facteur de vulnérabilité à certaines maladies somatiques et facteur de modification de la symptomatologie d'affections psychiatriques. Le terme de masque, en particulier de la dépression, pose la question du lien entre de nouveaux concepts, comme l'alexithymie ou l'anhédonie, et les variables psychologiques.

Après avoir fait le point sur l'état actuel des connaissances concernant l'alexithymie, ce travail a pour objet de construire un instrument d'évaluation dans un but de dépistage. Bien qu'existant dans les pays anglo-saxons, aucune échelle, même dans sa traduction française, ne se montre adaptée à l'évaluation de l'alexithymie ou à notre support socioculturel. Les premiers éléments de validation ont été obtenus partir d'un échantillon de 117 sujets, répartis dans quatre populations susceptibles d'être particulièrement alexithymiques.

MOTS-CLEFS

Alexithymie
Pensée opératoire
Psychosomatique
Emotions
Echelles
Evaluation
Sifneos
Anhédonie

JURY

Président:	Monsieur le Professeur J.-M. Léger
Juges:	Madame le Professeur F. Archambeaud-Mouveroux Monsieur le Professeur R. Garoux
Membres Invités:	Monsieur le Docteur Y. Ranty Monsieur le Docteur J.-P. Clément