L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif

Alexithymia: between emotional deficit and adaptative process

Céline Jouanne
Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie
Hôpital Albert Chenevier, Consultation de tabacologie
40 rue de Mesly – F 94000 Créteil
Courriel : jouanne.celine@neuf.fr

Résumé : *Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses recherches internationales explorent un trouble émotionnel dans les conduites de dépendance : l'alexithymie, néologisme proposé par Sifneos en 1972. Trop souvent, malheureusement, les études tendent à envisager nécessairement cette dimension comme un déficit émotionnel en tant que tel, en ne privilégiant que l'évaluation quantitative de l'alexithymie au détriment d'une étude qualitative. Cet article propose, dans un premier temps, de revenir sur la définition du concept et la prévalence de cette caractéristique émotionnelle dans les conduites de dépendance. Dans un deuxième temps, nous rappellerons la nécessité d'envisager, chez certains sujets, l'alexithymie comme un véritable processus adaptatif et non déficitaire ; puis nous nous interrogerons sur la pertinence d'explorer son statut dans les conduites addictives en tant que mécanisme primaire ou secondaire.*

Abstract: *Over the last 15 years, many studies have explored an emotional trouble in addictive behaviours: alexithymia, a neologism suggested by Sifneos in 1973. Usually, unfortunately, studies consider this dimension as an emotional deficit, prioritising only the quantitative assessment of alexithymia to the detriment of a qualitative study.*

This paper proposes, firstly, to revisit the definition of the concept and the prevalence of this emotional characteristic in addictive behaviours. In part two, the need to consider, by some subjects, alexithymia like a real adaptation and not a deficit process is reminded; then we ask ourselves how pertinent it is to explore its status in addictive behaviours as a primary or secondary process.

Mots clés : *alexithymie, émotion, dépendance, mécanisme de défense, coping, addiction, psychotropes.*

Keywords: *alexithymia, emotion, dependency, defense mechanism, coping strategy, addiction, psychotropic drugs.*

Présentation du concept d'alexithymie

Depuis plus de 20 ans, un regain d'intérêt est observé pour le concept d'alexithymie dans le domaine de la psychologie de la santé et de la médecine psychosomatique. Cet intérêt s'explique par l'observation fréquente d'individus qui pourtant ne cherchent pas à consulter pour des difficultés liées à l'identification et à l'expression de leurs états émotionnels. Au contraire, ces sujets éviteraient toute situation de confrontation avec leurs émotions. Ils évitent de consulter un psychologue, mais leur parcours les amène toutefois de façon habituelle dans le milieu médical pour des problèmes dont les conséquences peuvent être sérieuses, comme par exemple des troubles du comportement alimentaire (anorexie), des états de stress post-traumatique ou l'abus de substances psychoactives (alcool, tabac, produits illicites). D'autres individus vont consulter régulièrement leur médecin pour des problèmes somatiques sans que ces plaintes ne se fondent sur un trouble organique identifiable.

Ainsi, les différentes pathologies liées à l'alexithymie sont loin d'être négligeables pour la santé physique et le bien-être psychologique des individus. Par ailleurs, on dispose désormais d'instruments qui répondent à des critères psychométriques exigeants. La voie est donc ouverte à l'investigation empirique d'un concept particulièrement intéressant en raison de ses implications pour l'étude des aspects sociaux, cognitifs et affectifs liés à la confrontation et à l'évitement.

Les recherches sur les troubles de la régulation émotionnelle dans les conduites de dépendance ont en grande partie étudié cette dimension d'alexithymie, néologisme proposé par Sifneos en 1973. Né de l'observation clinique de particularités du fonctionnement affectif et cognitif de

certains patients psychosomatiques, le concept d'alexithymie a été créé dans le cadre d'une approche théorico-clinique spécifique et validé par des études expérimentales, parallèlement aux développements des théories psychosomatiques classiques. L'alexithymie, ce trouble de la lecture et de l'expression des émotions (a = absence, lexis = mot, thymos = humeur, affectivité, sentiment, émotion), pourrait être un symptôme clé pour l'étude du fonctionnement psychique dans ce qu'il suppose d'articulation entre inné et acquis, entre neurotransmetteurs et qualité du lien du sujet avec son environnement.

Sifneos définit l'alexithymie comme un déficit de l'affect : « une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments ». L'alexithymie consiste en « une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent ». En effet, Sifneos observait chez les patients souffrant de maladies psychosomatiques, une incapacité à identifier et à décrire verbalement les sentiments et les émotions, une activité fantasmatique limitée et un style cognitif pragmatique essentiellement orienté vers les symptômes physiques et les éléments factuels extérieurs (Nemiah, Freyberger, Sifneos, 1976). Ce n'est que lors de la 11e Conférence européenne de recherche en psychosomatique, à Heidelberg en 1976, que l'importance du concept d'alexithymie fut vraiment reconnue (Braütigam, Von Rad, 1977). À cette occasion, le concept théorique d'alexithymie en tant que trait de personnalité fut présenté ainsi que quelques travaux préliminaires.

Les différentes recherches cliniques progressivement réalisées ont permis de définir l'alexithymie comme un concept multidimensionnel s'organisant autour de quatre principaux axes (Taylor, Bagby, Parker, 1997) : d'une part des composantes émotionnelles centrées sur des déficits dans la reconnaissance ou l'identification des émotions (perturbation de l'affectivité) et d'autre part des composantes cognitives centrées sur les déficits de la rêverie et sur l'utilisation d'un mode de pensée concret non introspectif (concept de pensée opératoire).

La première caractéristique (difficultés à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui) est essentielle, indispensable pour le diagnostic d'alexithymie, cette dernière correspondant à une incapacité à l'expression verbale des émotions.

La seconde, incapacité d'identifier ses sentiments et de pouvoir les distinguer de ses sensations corporelles, se justifie par le fait que le sujet

alexithymique décrit sans fin des symptômes physiques, cette description pouvant être comprise comme une tentative d'expression des sentiments que le sujet ne peut élaborer. Les plaintes somatiques sont nombreuses, le sujet possédant peu de capacités imaginatives.

La pauvreté de la vie imaginaire (troisième caractéristique) se reflète dans le fait que ces sujets rêvent peu et, quand le rêve existe, son contenu est pauvre, factuel et réaliste. Les fantasmes seraient rares, et le souvenir, le récit ou la fréquence des rêves apparaissent très perturbés. L'impossibilité de raconter un rêve peut s'apparenter à la difficulté de parler de ses émotions : le sujet alexithymique rêve sans doute (de même qu'il ressent des émotions), mais la verbalisation ne peut se faire. Pedinielli, en 1992, considérait qu'il est difficile de trancher entre une faible activité imaginaire et une activité imaginaire normale ne pouvant être exprimée par le sujet.

Enfin, la dernière caractéristique alexithymique, les pensées à contenu pragmatique (pensées tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures) s'illustre chez le patient par une description très détaillée de faits, d'événements, de symptômes physiques ayant produit des émotions mais qui ne sont pas exprimées. Il y a une pauvreté des mots et des tournures utilisées, un évidement affectif du discours et une pauvreté du ressenti dans ce dernier. Le schéma narratif est factuel, sans fantasme ni symbole, avec une tendance à décrire les circonstances entourant les événements.

Pour diverses raisons, le concept d'alexithymie a été l'objet de nombreuses critiques et il n'a toujours pas été reconnu par les classifications nosographiques internationales. En effet, l'alexithymie ne figure pas dans la CIM-10, ni dans le DSM-IV-TR, que ce soit comme entité isolée ou comme trait d'un type de personnalité. L'alexithymie est considérée comme un style cognitif et n'a pas de statut théorique et clinique clairement défini.

À l'heure actuelle, elle correspond à une dimension clinique transnosographique allant du normal au pathologique en lien avec le rôle joué par les affects dans le développement psychique précoce : de nombreuses données de la littérature ont en effet souligné que l'alexithymie se retrouvait fréquemment dans les troubles anxieux, les troubles paniques, les troubles dépressifs, l'état de stress post-traumatique, ainsi que lors des intervalles libres des troubles mentaux sévères. Cette dimension clinique se retrouve également en population générale, avec des taux de prévalence très variables d'une étude à l'autre et selon l'instrument utilisé pour évaluer cette dimension. La prévalence de l'alexithymie chez des sujets tout venants serait de l'ordre de 20 % selon la dernière grande étude réalisée

dans le cadre du *Réseau Dépendance* (Guilbaud, Loas, Corcos, 2002). Mais, depuis maintenant plusieurs années, les études se développent à travers le monde afin de rendre compte de la prévalence non négligeable de l'alexithymie au sein des conduites de dépendance aux substances psychoactives.

Alexithymie et substances psychoactives

Les conduites addictives peuvent être envisagées comme des troubles développementaux de la régulation émotionnelle. Les sujets alexithymiques qui manquent d'un sentiment de cohésion de soi et de capacités à réguler leurs affects de façon autonome sont en difficultés pour gérer les séparations et peuvent alors être amenés à établir des relations de dépendance plus ou moins symbiotiques avec des personnes extérieures jouant le rôle de régulateurs ou encore avec des objets addictifs.

Certains symptômes observés chez les sujets alexithymiques visant à réguler le désarroi émotionnel et à soulager l'angoisse et le sentiment de vide que vivent ces patients par une intense stimulation sensorielle, peuvent devenir des conduites autour desquelles se réorganisent la vie et la personnalité du sujet. L'objet addictif quel qu'il soit, remplace, grâce à sa disponibilité immédiate, la dépendance à un objet humain par une dépendance à un objet extérieur (Jeammet, 1989). Il constitue ainsi une défense contre une dépendance affective perçue par le sujet comme une menace pour son identité et que le sujet tente de combattre en introduisant entre lui et ses possibles attachements des objets substitutifs qu'il pense pouvoir maîtriser.

Dans l'économie psychique du sujet, ces conduites addictives représentent une fonction de contrôle de la distance relationnelle mais le verrouillage psychologique, biologique et social qu'ils induisent contribue à placer l'individu dans un équilibre toujours plus précaire et dont il a de moins en moins la maîtrise. L'objet d'addiction aurait un rôle de pare-excitation des affects traumatiques dans le sens où il permettrait de colmater des angoisses non représentables par le psychisme. La conduite addictive constituerait un aménagement défensif compensateur du fait de la faiblesse des mécanismes de défense et de l'incapacité du moi à réguler et moduler les émotions.

Dans les années 1970, Krystal a montré la fréquence d'un fonctionnement proche de l'alexithymie chez des patients toxicomanes (Krystal, Raskin, 1970). En 1988, cet auteur pense qu'un mode de fonctionnement alexithymique au long cours pourrait faire le lit des conduites addictives.

Jeammet, en 1991, appréhende à travers les conduites de dépendance des conduites antipensées, antireprésentationnelles intégrant une véritable économie de l'affect et de sa représentativité : elle permettrait en effet au sujet de se couper transitoirement ou de façon durable de sa conflictualité psychique lorsque ce dernier se retrouve confronté à des affects douloureux.

En 2002, Farges et Farges ont publié un article sur le thème de l'alexithymie et des substances psychoactives à travers lequel ils proposent une très vaste revue critique de la littérature. Toutes les recherches internationales explorant les liens entre alexithymie et consommation de drogues et d'alcool ont ainsi été recensées, et les auteurs soulignent l'importante étendue des diverses données épidémiologiques.

Ainsi, l'ensemble des recherches cliniques retrouvent une prévalence particulièrement élevée de l'alexithymie chez les patients alcooliques variant entre 35 et 80 % selon les études, transversales pour la plupart (Finn, Martin, Pihl, 1987 ; Haviland, Shaw, MacMurray, Cummings, 1988 ; Rybakowski, Ziolkowski, Zasadzka, Brzezinski, 1988 ; Taylor, Parker, Bagby, 1990 ; Fukunishi, Ichikawa, Ichikawa, 1992 ; Kauhanen, Julkunen, Salonen, 1992 ; Haviland, Hendryx, Shaw, Henry, 1994 ; Loas, Otmani, Fremaux, Lecercle, Duflot, Delahousse, 1996 ; Farges, Corcos, Loas, Perez-Diaz, Speranza, Guilbaud, Taïeb, Dugré-Le Bigre, Jeammet, 2003 ; Taïeb, Corcos, Loas, Speranza, Guilbaud, Farges, Perez-Diaz, Dugré-Le Bigre, Jeammet, 2003).

En 2003, Özcan Uzun s'est intéressé à l'étude de la prévalence de l'alexithymie dans un échantillon de patients alcooliques turques. Les résultats indiquaient que 48,2 % des patients obtenaient un score supérieur à 60 sur la *Toronto Alexithymia Scale*, version à 20 items (TAS-20, Bagby, Parker, Taylor, 1994a et b), et étaient ainsi considérés comme alexithymiques. Les taux pour les sujets « intermédiaires » et les sujets non alexithymiques étaient de 19,7 % et 32,1 % respectivement.

Pour notre part, nous avons récemment observé, chez 50 sujets abstinents à l'alcool, un taux de prévalence de l'alexithymie, évaluée par la TAS-20, de 64,0 % c'est-à-dire relativement supérieur à celui retrouvé généralement dans des populations similaires (Loas *et al.*, 1996 ; Ziolkowski, Gruss, Rybakowski, 1995 ; Haviland, MacMurray, Cummings, 1988 ; Haviland, Hendryx, Cummings, Shaw, MacMurray, 1991 ; Hesselbrock, Meyer, Keener, 1985). Le taux de prévalence de l'alexithymie observé au *Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire* – version B (Vorst, Bermond, 2001) ne semble pas important (48,0 %), comparativement à celui relevé au moyen de la TAS-20, mais indique également la présence d'une dimension alexithymique chez les sujets abstinents de l'alcool (Jouanne, Ionescu, 2006).

D'après la revue critique de la littérature de Farges et Farges en 2002, de nombreux travaux ont également pu mettre en évidence une prévalence élevée de l'alexithymie chez des patients toxicomanes. Les principales études réalisées dans ce domaine (Keller, Caroll, Nich, 1995 ; Haviland *et al*., 1994 ; Troisi, Pasini, Saracco, 1998 ; Farges, 2000 ; Farges *et al*., 2003) concordent remarquablement entre elles, avec environ 40 % de sujets alexithymiques dans cette population : 39 % pour Keller ; 41 % pour Troisi et ses collaborateurs, 41,7 % pour Haviland et son équipe en 1994, 40,8 % pour Farges, et 43,5 % pour Farges et collaborateurs. En 2005, nous avions observé 69 % de sujets alexithymiques parmi un échantillon de patients polytoxicomanes, mais cette forte prévalence reste à nuancer compte tenu du faible nombre de sujets recrutés lors de ce protocole (Jouanne, Edel, Carton, 2005).

À l'inverse, Cleland et son équipe, la même année, ont trouvé qu'en moyenne, les usagers de substances (n = 230) n'obtenaient pas des scores d'alexithymie élevés comparés à des étudiants (Cleland, Magura, Foote, Rosenblum, Kosanke, 2005). Par ailleurs, dans cette étude s'intéressant aux thérapies cognitivo-comportementales, l'alexithymie apparaît comme un facteur de risque concernant l'engagement pour un traitement d'abus de substances. En effet, cet engagement semble moindre chez les sujets alexithymiques avec moins de séances suivies et une alliance thérapeutique plus fragile.

La conclusion généralement tirée de ces nombreuses études est celle qu'il existe alors un déficit émotionnel chez les sujets dépendants aux substances psychoactives. En effet, pour de nombreux auteurs, la difficulté à exprimer ses états affectifs, si l'on reprend la définition stricto sensu de l'alexithymie, s'apparente nécessairement à la présence d'un déficit émotionnel. Or, lorsque nous rencontrons ces sujets dans notre pratique clinique, il nous apparaît légitime, voire même urgent, d'émettre un doute quant à cette conclusion hâtive. En effet, au cours des entretiens cliniques effectués en consultations ou lors de recherches spécifiques, bien souvent, les émotions sont au contraire facilement exprimées chez ces patients, à partir du moment bien évidemment où un climat de confiance et d'empathie s'est installé avec le clinicien.

L'alexithymie : un véritable processus adaptatif

La clinique de l'alexithymie chez des sujets en population générale, mais également chez des patients dépendants à des substances psychoactives, laisse entrevoir le constat que celle-ci n'est pas à considérer nécessairement

comme un déficit de l'affectivité, mais peut être envisagée comme un véritable processus adaptatif.

Chez certains sujets, en effet, l'alexithymie semble correspondre à une caractéristique stable de la personnalité en raison de leur culture d'origine. Dans certaines cultures, en effet, il peut être mal vu d'exprimer ses émotions. Par exemple, dans certains de nos travaux, tous nos sujets étaient français mais certains avaient une origine portugaise, israélite ou maghrébine et cette attitude particulière à adopter par rapport à leur ressenti émotionnel (exprimer leurs émotions ou les réprimer) se faisait ressentir très tôt dans leur enfance avec l'éducation reçue de leurs parents.

D'autre part, soulignons que la composante cognitive du concept même d'alexithymie (recours à l'action et pensées à contenu pragmatique) fait appel à la philosophie de vie américaine. Nous nous situons alors ici dans la perspective culturelle car il y a une nette référence au style de vie américain basé sur l'action et le pragmatisme.

De même, sans nécessairement être une question d'appartenance culturelle, l'attitude adoptée du sujet quant à son éprouvé émotionnel peut être un comportement appris dans l'enfance par imitation de l'attitude même des parents par rapport à leurs propres émotions. Plusieurs patients nous ont en effet évoqué, lors d'entretiens cliniques, une gestion de leurs émotions identique à celle de leurs parents qui communiquaient ou bien réprimaient leurs éprouvés selon les cas. À l'inverse, d'autres nous ont dit adopter une attitude différente de celle de leurs parents par rapport à leurs émotions : c'est le cas par exemple de sujets nous ayant dit avoir souffert d'un manque de partage émotionnel au cours de leur enfance et d'avoir ressenti le besoin à l'âge adulte de communiquer leurs émotions et de les partager avec celles des membres de leur entourage.

Pour certains sujets, le déficit émotionnel actuel semble davantage correspondre en réalité à un mécanisme de défense en réponse à une certaine indifférence du monde extérieur par rapport aux émotions. C'est le cas par exemple d'un patient, M.P., qui se décrit comme très émotif depuis l'enfance et nous explique que les substances lui permettent un contrôle de ses émotions, lui donnent de l'assurance et lui permettent d'affronter tout ce qui lui semble pénible. Lorsque nous lui demandons pourquoi il souhaite exercer un contrôle de ses émotions, il nous répond : « Je ne veux pas montrer mes émotions aux autres. Les gens s'en foutent de toute façon. Faut pas embêter les gens. » Ainsi, les émotions semblent être fortement ressenties par M.P. et celui-ci semble désireux de les communiquer à autrui mais il semble ne pas se l'autoriser du fait d'un désintérêt des autres personnes ressenti par le patient. Les scores de ce sujet aux échelles d'alexithymie de l'une de nos études montrent la présence, à pre-

mière vue, d'un déficit émotionnel que nous interprétons comme réactionnel, secondaire du fait des éléments apportés par M.P. au cours d'un entretien. À l'origine, M.P. ne serait pas alexithymique car il semble avoir une bonne capacité d'introspection et désireux de verbaliser son état émotionnel. Cependant, du fait d'un désintérêt des personnes de son entourage quant à son éprouvé, M.P. aurait développé une alexithymie en réaction à ce désintérêt, celle-ci apparaissant ainsi comme un mécanisme de défense et non comme un trait de personnalité.

Cet exemple montre ainsi la nécessaire complémentarité d'un entretien clinique réalisé après un temps d'évaluation avec des échelles spécifiques. L'échange avec le patient permet en effet de comprendre le rôle, la fonction de cette perturbation émotionnelle initialement repérée avec les outils d'évaluation.

Par ailleurs, d'autres sujets peuvent éprouver des difficultés à exprimer verbalement leurs émotions suite à un traumatisme, tel qu'un deuil, une séparation ou tout autre événement de vie ayant conduit le sujet à vouloir se protéger. Ainsi, tout ce qui est de l'ordre du pulsionnel est non mentalisable, non élaborable et innommable pour le sujet alexithymique, de par le caractère potentiellement désorganisateur voire meurtrier de ce pulsionnel pour la psyché. L'alexithymie s'apparente alors ici à une défense, un gel pulsionnel, émotionnel, visant à protéger le sujet.

Alexithymie et dépression

Il semble important ici d'évoquer un trouble de l'humeur souvent présent dans les conduites de dépendance, et entretenant des relations étroites avec l'alexithymie : la dépression. De nombreuses études ont en effet mis en évidence une corrélation positive et significative entre alexithymie et dépression dans des échantillons normaux et pathologiques, ce qui a amené à un questionnement sur la nature de l'alexithymie et sur ces relations à la dépression.

En 2005, Speranza et ses collaborateurs commentaient l'article de Grabe et de son équipe, publié en 2004, concernant les caractéristiques de l'alexithymie en tant que facteurs de risque de psychopathologie chez les patients psychiatriques (Speranza, Corcos, Guilbaud, Loas, Jeammet, 2005). Cette équipe a utilisé une technique de régression linéaire pour calculer l'importance relative de plusieurs variables indépendantes comme facteurs de risque de psychopathologie.

Toutefois, Speranza et son équipe soulignent qu'ils n'ont pas intégré dans leurs analyses une évaluation dimensionnelle de la dépression. En

effet, l'alexithymie et la dépression, bien que ne se recouvrant pas totalement, sont fortement associées, la dépression agissant comme un fort médiateur entre les caractéristiques alexithymiques et la psychopathologie.

Si dépression et alexithymie sont corrélées, elles semblent toutefois correspondre à différents concepts et la nature de leur rapport et de leurs relations aux comportements de dépendance doit encore être définie (Parker, Bagby, Taylor, 1991).

L'étude des relations entre ces deux dimensions est confrontée à des problèmes conceptuels et méthodologiques. Il semble en effet difficile d'évaluer l'alexithymie chez des patients déprimés, présentant notamment un ralentissement idéo-verbal ; et, inversement, l'alexithymie permet difficilement au sujet de repérer ses mouvements affectifs.

La question du caractère stable de l'alexithymie ou, au contraire, de sa dépendance à d'autres facteurs cliniques a été au centre de nombreux débats depuis l'introduction de ce concept dans la littérature scientifique. Ce point comporte un enjeu majeur dans la mesure où il est lié à la notion de facteur de vulnérabilité.

Selon Luminet, si l'on souhaite démontrer empiriquement que l'alexithymie représente un facteur de vulnérabilité pour un ensemble de troubles somatiques ou psychologiques, il est nécessaire de démontrer sa stabilité dans le temps quels que soient les changements, les modifications de l'humeur ou de l'état clinique (Luminet, Bagby, Taylor, 2001).

Pourtant, il est logique de penser qu'il existe une relation entre l'alexithymie et la dépression puisque celles-ci partagent bon nombre de caractéristiques cliniques et théoriques. L'alexithymie est considérée par l'ensemble des théories actuelles comme le reflet d'un déficit dans l'élaboration et la régulation des émotions. La dépression, quant à elle, est aussi perçue comme un trouble de l'humeur s'exprimant d'abord par des signes émotionnels tels que l'anhédonie, la baisse de l'humeur, l'indifférence affective et une diminution de la volonté de communiquer verbalement ses émotions aux autres.

D'autres liens entre alexithymie et dépression ont été retrouvés par certains auteurs. Si la présence d'une dépression réduit la gamme de l'expression émotionnelle, Goldston, en 1992, a montré à l'inverse qu'une baisse dans la capacité de différencier les émotions peut faciliter le maintien de la dépression (Goldston, Gara, Woolfolk, 1992). Toutefois, comme le souligne Taylor (1997), même si les sujets alexithymiques remplissent des critères de la symptomatologie dépressive dans le cadre de questionnaires structurés au sein d'un entretien clinique, ils témoignent de peu de

capacités d'introspection sur leurs états affectifs qu'ils ont du mal à différencier et à relier à leurs souvenirs, à leurs fantasmes ou à des situations spécifiques.

Ainsi, les liens entre l'alexithymie et la dépression restent encore à préciser, d'autant que les nombreuses recherches empiriques transversales et longitudinales ont apporté des résultats souvent contradictoires.

Alexithymie primaire ou secondaire dans les conduites de dépendance : quelle pertinence de ce statut ?

À partir du constat d'une prévalence élevée de l'alexithymie dans les conduites de dépendance, bon nombre de recherches se sont attachées à essayer d'explorer la nature de ce trouble émotionnel, c'est-à-dire tenter de savoir si l'alexithymie est un facteur de risque au développement d'une conduite de dépendance, ou bien si elle se constitue en réaction à cette dernière.

L'origine de cette fréquente interrogation remonte à la dichotomie proposée par Freyberger en 1977. À partir du constat d'une prévalence de l'alexithymie dans les maladies à composante psychosomatique, l'hypothèse de l'alexithymie comme facteur de vulnérabilité à l'expression de maladies à composantes psychosomatiques a été mise en parallèle avec celle d'une alexithymie secondaire, témoin d'une stratégie de coping, d'un mécanisme d'adaptation face à des situations de vie stressantes.

De cette observation, Freyberger, en 1977, a proposé de distinguer l'alexithymie primaire et la secondaire. La première est sous-tendue par l'hypothèse d'un facteur biologique inné (mauvaise connexion des régions limbiques et néocorticales) prédisposant à l'apparition et au développement d'un trouble psychosomatique, par inhibition de l'expression émotionnelle. L'alexithymie secondaire, quant à elle, est définie par un état secondaire à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave (dialyse rénale, néoplasies, décompensations somatiques sévères nécessitant une réanimation…) ou par un traumatisme physique ou psychologique important. Dans ces cas, l'alexithymie correspondrait à « un mécanisme homéostatique permettant une fonction d'adaptation face à une situation d'adversité » (Montreuil, Jouvent, Carton, Bungener, Widlöcher, 1991). Autrement dit, l'alexithymie serait assimilable à un mécanisme de défense, protégeant le sujet contre le perçu et le vécu émotionnel dans des situations de vulnérabilité, et aurait son origine dans des troubles du développement psychologique et cognitif.

À l'heure actuelle, il paraît important de préciser qu'il y a une incapacité à distinguer avec précision alexithymie primaire et secondaire, notamment dans les conduites de dépendance. En effet, selon l'évaluation telle qu'elle est faite par la TAS-20, l'alexithymie se caractérise par deux composantes : une composante émotionnelle (difficulté à identifier et exprimer ses émotions) et une composante cognitive (pensées tournées vers l'extérieur). Si la composante émotionnelle de l'alexithymie apparaît sensible à bien des facteurs annexes, tels que l'anxiété, la dépression, l'anhédonie, la composante cognitive semble plus caractéristique. Elle pourrait, selon certains auteurs, constituer une caractéristique psychopathologique très souvent retrouvée dans le fonctionnement cognitif des patients présentant des conduites addictives.

Afin d'apporter un éclairage quant à cette nature primaire ou secondaire de l'alexithymie dans les conduites de dépendance, certains chercheurs seraient tentés de mettre en place des études longitudinales afin d'observer un éventuel développement puis maintien de l'alexithymie chez des sujets, avant leur addiction, au cours de celle-ci ou en phase de sevrage.

Toutefois, même si une approche longitudinale était employée pour tenter d'éclaircir la nature de ce trouble émotionnel, celle-ci serait insuffisante pour apporter une réponse au débat concernant l'alexithymie. En effet, si à long terme le clinicien observe des variations quant à la mesure de cette dimension chez un même sujet, cela ne suffit pas pour pouvoir parler d'un mécanisme de défense. Ce n'est pas parce qu'une dimension de la personnalité varie dans le temps que cela en fait un mécanisme de défense, et ceci renvoie directement à la question de la rigidité du système défensif chez un individu. En clinique, il est tout à fait courant d'utiliser un mécanisme de défense à peine perceptible dans une situation donnée du fait de son efficacité. Il peut donc s'agir d'une caractéristique stable de la personnalité, que le sujet va utiliser à plus ou moins grande intensité comme mécanisme de défense dans une situation donnée. Un trait de personnalité peut donc être en même temps utilisé comme mécanisme de défense. De même, un trait de personnalité peut être plus prédominant chez un sujet dans une situation donnée plutôt que dans une autre sans devenir pour autant un mécanisme de défense. Donc, qu'il s'agisse d'une caractéristique stable de la personnalité ou d'un mécanisme de défense, il est possible d'observer des variations de leur intensité chez un sujet au cours du temps.

Par exemple, Marvin Zuckerman, psychologue américain, a montré que la recherche de sensations constitue une dimension de la personnalité chez certains sujets et notamment chez les hommes (Zuckerman, Bone,

Neary, Mangelsdorff, Brustman, 1972). Dans plusieurs études, il a été montré que cette dimension apparaît corrélée négativement avec l'âge, c'est-à-dire que plus un sujet vieillit et moins il est à la recherche de sensations fortes. Il y a donc bien une variation d'un trait de personnalité au cours du temps, et ajoutons que la recherche de sensations peut être parfois plus intense chez un sujet et avoir fonction de mécanisme de défense contre des affects douloureux. Dans ce sens, l'alexithymie peut être envisagée comme une réaction automatique inconsciente mais situationnelle.

De même, un tel trouble émotionnel peut s'observer comme mécanisme de défense chez certains sujets dans leur mode de fonctionnement psychique, mais ce mécanisme aura tendance à s'assouplir dans certaines situations. Par exemple, Pronost et collaborateurs (1996) ont travaillé sur la prévention du *burnout* et ses incidences sur les stratégies de coping, chez des infirmières confrontées aux morts successives et répétées des patients de leur service (Pronost, Tap, Widlöcher, Blanchet, Pedinielli, 1996). Les auteurs ont analysé les résultats obtenus à l'*Échelle toulousaine de coping* et l'*Échelle de burnout* de Maslach proposés à deux groupes d'infirmières, l'un travaillant en unité de soins palliatifs et l'autre travaillant en service traditionnel de cancérologie. Cette équipe a montré que la situation d'exercice en unité de soins palliatifs tend à diminuer, entre autres, les stratégies d'adaptation négatives, défensives et inefficaces telles que le retrait, le refus, la culpabilité, l'alexithymie et l'agressivité.

Ainsi, observer une caractéristique clinique chez un sujet, même sur le long terme et avec des variations d'intensité, ne nous renseigne aucunement quant à sa nature. Comme le rappellent Serban Ionescu et ses collaborateurs dans leur ouvrage sur les mécanismes de défense, « après son apparition, le mécanisme de défense est utilisé, par l'enfant, durant une période de temps, puis il perd de son importance. Il peut soit disparaître entièrement soit rester "endormi". Plus tard, il peut être remplacé par un nouveau mécanisme » (Ionescu, Jacquet, Lhote, 1997, p. 62).

De plus, les auteurs soulignent qu'« une défense peut émerger et être utilisée sous sa forme initiale pendant un certain temps. Ensuite, elle se modifiera, tout en restant une variante de la même défense, ou se transformera en une défense tout à fait différente » (Ionescu *et al.*, 1997, p. 62). Ceci évoque l'idée qu'une évaluation d'un sujet peut, même à plusieurs reprises, ne pas observer de dimension alexithymique chez l'individu, alors que celle-ci peut être tout à fait présente. Elle sera simplement « endormie », constituant un trait de personnalité du sujet, mais se « réveillera » dans certaines situations sous cette forme ou sous une autre, et aura fonction pour certains sujets de mécanisme de défense dans une situation donnée.

Pour insister davantage sur l'idée qu'un mécanisme de défense peut être en même temps un trait de personnalité et rend alors difficile voire impossible la saisie de la nature réelle d'une dimension clinique, citons de nouveau Ionescu et collaborateurs qui avaient déjà souligné cet aspect : « Il arrive qu'un mécanisme de défense subisse un "changement de fonction" » (Hartmann, 1939/1958) : la même forme cognitive de pensée persiste, mais se sépare de son origine conflictuelle et peut, dans ces nouvelles conditions, être utilisée dans le cadre d'une activité intellectuelle libre de conflit. Au-delà du stade où il exerce sa fonction défensive, un mécanisme de défense parvient, en raison de sa maturation, à remplir d'autres fonctions (Hartmann, 1939 ; Lichtenberg et Slap, 1972 et Dorprat, 1985). Il peut devenir un mécanisme de contrôle cognitif ou constituer un trait général de caractère » (Ionescu *et al*., 1997, p. 63).

Cette réalité clinique et la spécificité des mécanismes de défense sont donc à prendre en compte lors de recherches ultérieures sur la question du déficit émotionnel dans les dépendances aux substances psychoactives en tant que mécanisme primaire ou secondaire.

Actuellement, compte tenu de l'avancée de nos recherches, nous privilégerons, et rejoindrons le point de vue théorique de Taylor et collaborateurs exposé dans la plus récente de leurs études, en associant les deux hypothèses en posant, à la fois, que le trouble émotionnel observé chez un sujet serait secondaire à un stress sévère et persistant, en ayant ainsi une fonction de défense contre des affects douloureux, mais rendrait aussi les sujets plus vulnérables à adopter une conduite de dépendance (Taylor, Bagby, Parker, 1997). Le potentiel d'autorenforcement du déficit émotionnel, aggravé par la conduite addictive, est donc mis en avant. L'alexithymie issue en partie de ce qui a présidé à la constitution de la personnalité du sujet (vulnérabilité biologique et facteurs environnementaux) favorise le recours à l'addiction, qui elle-même renforce la défense jusqu'à la structurer du fait de l'appauvrissement relationnel qu'elle engendre et perpétue.

Ceci rejoindrait ainsi, dans une certaine mesure, les approches dispositionnelles en psychologie de la santé qui ont pour objet l'étude des caractéristiques stables de l'individu telles que les types de personnalité ou des dimensions psychologiques pouvant rendre compte de la vulnérabilité somatique, ou à l'inverse, de la capacité de résistance, face aux événements éprouvants et aux facteurs de stress de la vie quotidienne (Consoli, Widlöcher, Blanchet, Pedinielli, 1996).

Article reçu en septembre et accepté en octobre 2006

Bibliographie

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ : "The twenty-item Toronto alexithymia scale ; I. Item selection and cross-validation of the factor structure" – In *Journal of Psychosomatic Research*, 38 : 23-32 (1994a)

Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA : "The twenty-item Toronto alexithymia scale ; II. Convergent, discriminant, and concurrent validity" – In *Journal of Psychosomatic Research*, 38 : 33-40 (1994b)

Braütigam W, von Rad M: "Towards a theory of psychosomatic disorders" – In W. Braütigam, M. von Rad: *Proceedings of the 11th European Conference on Psychosomatic Research*, XI-XIII, Basel, Karger (1977)

Cleland Ch, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N : "Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users" – In *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (3) : 299-306 (2005).

Consoli SM, Widlöcher D, Blanchet A, Pedinielli J-L : « Les approches dispositionnelles en psychologie de la santé » – In *Psychologie française*, 41 (2) : 117-130 (1996)

Farges F : « Dépendance, abus, usage » – In P Angel, D Richard, M Valleur : *Toxicomanies*, Paris, Masson, 16-22 (2000)

Farges F, Farges S : « Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature » – In *Psychotropes*, 8 (2) : 47-74 (2002)

Farges F, Corcos M, Loas G, Perez-Diaz P, Speranza M, Guilbaud O, Taïeb O, Dugré-Le Bigre C, Jeammet Ph : « Alexithymie et dépression dans la toxicomanie » – In, M Corcos, M Flament, P Jeammet : *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes* – Paris, Masson : 192-199 (2003)

Finn PR, Martin J, Pihl RO : "Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47 (1) : 18-21 (1987)

Freyberger H : "Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28 : 337-342 (1977)

Fukunishi I, Ichikawa M, Ichikawa T : "Alexithymia and depression in families with alcoholics" – In *Psychopathology*, 25 : 326-30 (1992)

Goldston RB, Gara MA, Woolfolk RL : "Emotion differentiation. A correlate of symptom severity in major depression" – In *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180 : 712-14 (1992)

Guilbaud O, Loas G, Corcos M *et al.* : « L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone » – In *Annales Médico-Psychologiques*, 160 : 77-85 (2002)

Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA : "The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49 : 37-40 (1988)

Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, Cummings MA : "Validation of the TAS with substance abusers" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50 : 164-70 (1988)

Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, MacMurray JP : "Alexithymia, subscales and relationship to depression" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50 : 164-70 (1988)

Haviland MG, Hendryx MS, Cummings MA, Shaw DG, MacMurray JP : "Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics" – In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 : 284-90 (1991)

Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry JP : "Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence" – In *Comprehensive Psychiatry*, 35 (2) : 124-8 (1994)

Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener J : "Psychopathology in hospitalized alcoholics" – In *Archives of General Psychiatry*, 42 : 1050-1055 (1985)

Ionescu S, Jacquet MM, Lhote Cl : *Les mécanismes de défense* – Paris, Nathan, Chap. 3 (1997)

Jeammet Ph : « Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance » – In *Confrontations psychiatriques*, 31 : 179-202 (1989)

Jeammet Ph : « Addiction-dépendance-adolescence. Réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques » – In JL Venisse : *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson (1991)

Jouanne C, Edel Y, Carton S : « Déficits émotionnels chez des patients polytoxicomanes » – In *Annales Médico-Psychologiques,* 163 : 625-630 (2005)

Jouanne C, Ionescu S : « Alexithymie et dépression chez les sujets abstinents de l'alcool » – In *Alcoologie et Addictologie* 28 (1) : 21-27 (2006)

Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT : "Coping with inner feelings and stress, heavy alcohol use in the context of alexithymia" – In *Behavoural Medecine*, 18 : 121-6 (1992)

Keller DS, Caroll KM, Nich C : "Alexithymia in cocaïne abusers" – In *American Journal of Addictions*, 4 : 234-244 (1995)

Krystal H, Raskin H : *Drug dependence. Aspect of ego function* – Detroit, Wayne State University Press (1970)

Loas G, Otmani O, Fremaux D, Lecercle C, Duflot M, Delahousse J : « Étude 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 » – In *L'Encéphale* 22 : 35-40 (1996)

Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ : "An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70 (5) : 254-60 (2001)

Montreuil M, Jouvent R, Carton S, Bungener C, Widlöcher D : "Parrallel visual information processing test" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56 : 212-9 (1991)

Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE : "Alexithymia. A view of the psychosomatic process" – In OW Hill : *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 3 : 26-34, London, Butterworths (1976)

Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ : "Alexithymia and depression. Distinct or overlapping constructs ?" – In *Comprehensive Psychiatry*, 32 : 387-394 (1991)

Pedinielli JL : *Psychosomatique et alexithymie* – Paris, Presses Universitaires de France (1992)

Pronost AM, Tap P, Widlöcher D, Blanchet A, Pedinielli JL : « La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping » – In *Psychologie française*, 41 (2) : 165-172 (1996)

Rybakowski J, Ziolkowski M, Zasadzka T, Brzezinski R : "High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence" – In *Drug and Alcohol Dependence*, 21 : 133-6 (1988)

Sifneos PE : "The prevalence of « alexithymia » characteristics in psychosomatic" – In *Topics of psychosomatic research*, Bâle, Suisse, Karger (1972)

Speranza M, Corcos M, Guilbaud O, Loas G, Jeammet Ph : "Alexithymia, personality, and psychopathology" – In *American Journal of Psychiatry*, 162 (5) : 1029-1030 (2005)

Taïeb O, Corcos M, Loas G, Speranza M, Guilbaud O, Farges F, Perez-Diaz F, Dugré-Le Bigre C, Jeammet P : « Alexithymie et dépression dans les conduites de dépendance à l'alcool » – In M Corcos, M Flament, P Jeammet : *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Paris, Masson : 183-192 (2003)

Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM : "A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence" – In *American Journal of Psychiatry*, 147 (9) : 1228-30 (1990)

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA : *Disorders of affect regulation, alexithymia in medical and psychiatric illness* – Cambridge University Press (1997)

Troisi A, Pasini A, Saracco M : "Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs" – In *Addiction*, 93 (4) : 487-492 (1998)

Üzun Ö : "Alexithymia in male alcoholics : study in a turkish sample" – In *Comprehensive Psychiatry*, 44 (4) : 349-352 (2003)

Vorst HC, Bermond B : "Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questonnaire" – In *Personality and individual differences*, 30 : 413-434 (2001)

Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK : "Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?" – In *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63 : 169-73 (1995)

Zuckerman M, Bone RN, Neary R, Mangelsdorff D, Brustman B : "What is the sensation seeker? Personality trait and experience correlates of the sensation-seeking scales" – In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39 (2) : 308-321 (1972)