

L'alexithymie

Fares Zine El Abiddine
Université Sidi Bel Abbes - Alger

Introduction:

Dès les prémices de la médecine psychosomatique, plusieurs auteurs notaient chez leurs patients une perturbation dans le traitement cognitif des émotions. Ainsi Mac Lean (1949) rapportait une incapacité de ces patients à verbaliser leurs états affectifs. Ruesch (1948) observait une perturbation de l'expression verbale et symbolique, une faible capacité pour l'imagination, une difficulté à utiliser les émotions comme source d'informations et un conformisme social exagéré. (Luminet, 2008)

À Paris, au début des années soixante Marty et de M'Uzan font le premier vrai pas vers la notion d'alexithymie en proposant le concept de « **pensée opératoire** » pour décrire un fonctionnement psychique particulier de patients présentant un trouble psychosomatique. (Marty, de M'Uzan, 1963)

Dans les années soixante-dix à Boston, Peter E. Sifneos et John C. Nemiah, des psychiatres et chercheurs du domaine de la médecine psychosomatique, s'intéressent sérieusement au concept de pensée opératoire. Dans une étude visant à comprendre l'expression des émotions et le contenu des pensées chez des patients présentant un trouble psychosomatique, ils étudient les verbatims d'entrevues psychiatriques conduites de façon à stimuler les associations libres et l'expression des fantasmes chez ces patients (Taylor et al 1997)

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 amènent 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. (Jouanne,2006)

1- Définition

« Alexithymie » est un néologisme créé en 1972 par Nemiah et Sifnéos pour originellement désigner le mode de fonctionnement mental de nombreux patients souffrant de maladies à composante psychosomatique.

L'alexithymie signifie étymologiquement l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots :

- *a* : privatif
- *lexis* : action de parler, parole, mot .
- *thymos* : l'âme et le cœur en tant que siège de l'intelligence. Intelligence prise ici dans le sens d'émotion, donc intelligence du sensible, pensée du sentiment plus qu'intelligence opératoire .Nous ne sommes pas loin de l'introspection et de l'insight, de la problématique du lien entre l'interne et l'externe, le dedans et le dehors, c'est-à-dire de la manière dont le sujet intègre et s'approprie par tous ses sens et ses éprouvés, ses expériences vitales et y donne sens avant que d'accéder à une conscience réflexive intersubjective.(Corcos, Pirlot, 2011)

L'alexithymie "regroupe un ensemble de caractéristiques cognitives et affectives, incluant une difficulté à identifier et à communiquer ses sentiments, une perturbation dans la capacité à faire la différence entre les sentiments et les sensations somatiques reliées aux excitations émotionnelles, une vie imaginaire réduite et appauvrie ainsi qu'un style de pensée orienté vers le concret et la réalité. Des difficultés d'introspection, une pauvre capacité de se souvenir de ses rêves et le conformisme social sont aussi associés à l'alexithymie". (Porcelli, Meyer, 2002)

Le concept d'alexithymie se définit par quatre dimensions cliniques :

2-1 Incapacité à identifier et à exprimer verbalement ses émotions et ses sentiments .

Selon sifneos les sentiments correspondraient à l'aspect psychobiologique de l'affect et seraient la somme des émotions et des images, fantasmes, pensées, associés à celui-ci. Les sujets alexithymiques auraient des émotions mais seraient incapables d'identifier leurs sentiments. Dans l'alexithymie, prédomineraient les réponses physiologiques et comportementales au détriment des autres réponses.

2-2 Limitation de la vie imaginaire

Les sujets alexithymiques rêveraient peu ou auraient peu accès à leur monde onirique. Le contenu de leurs rares productions oniriques est pauvre, comme les fantasmes, seraient peu fréquents. (Corcos, Pirlot, 2011)

2-3 Pensée à contenu pragmatique

Mode d'expression très descriptive abordant plus volontiers les aspects triviaux des événements vécus, sans véritable élaboration:

Le schéma narratif est caractérisé par la description sans fin des détails d'un événement à l'origine d'un état émotionnel plutôt que par l'expression de celui-ci. (Guilbaud et al , 2002)

2-4 Recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions.

Le recours à l'agir, de manière impulsive, devant les situations de conflits ne constitue pas un critère obligatoire.

Dans le cas de l'alexithymie ,plusieurs situations se rencontrent:

- * -sujets présentant une pathologie caractérisée par le passage à l'acte :
- * sujets décrivant plutôt des actions que les conséquences affectives situations qui les ont provoquées (la particularité porte sur le discours .non sur le comportement).
- * -sujets qui à propos d'une situation, évoquent les actes plus que les émotions ou les sentiments qui les accompagnent;
- * -sujets réalisant des actes sans qu'apparaisse une manifestation émotionnelle alors que la situation semblerait le justifier (exemple : le deuil) . (Corcos et al, 2003)

2- Modèles étiopathogéniques de l'alexithymie :

Le modèle de référence défini par Sifneos est un modèle cognitif s'appuyant sur des soubassements neurophysiologiques, mais d'autres auteurs, dans la poursuite des travaux de l'école psychosomatique de Paris, ont proposé un modèle psychodynamique. Il s'agit d'approches complémentaires d'un même phénomène avec des grilles de lecture différentes.

3-1 Modèle cognitif

L'alexithymie se distingue de la pensée opératoire dans la mesure où elle s'appuie sur un modèle étiopathogéniques neurophysiologique. L'approche cognitive tend à installer dans le cadre plus général de déficit émotionnel.

Selon Sifneos, les sujets alexithymiques seraient incapables de lier leurs images mentales et pensées avec leurs émotions. Il serait atteint d'une aphasie émotionnelle, ne pouvant se servir du langage pour exprimer les sentiments qu'il éprouve.

Modèle neuropsychologique vertical

Dès 1949, le neurophysiologiste MacLean a émis l'hypothèse de l'existence, chez les patients atteints de maladie psychosomatique, d'un déficit cérébral fonctionnel dans les échanges entre le rhinencéphale et l'aire néocorticale du langage. L'école de Boston évoque également la possibilité d'une connexion inadéquate entre le système limbique (lieu des émotions) et le néocortex. L'affect est un état interne possédant à la fois des composantes biologiques et psychologiques ; il est un produit de l'émotion et du sentiment. Les manifestations somatiques de l'émotion seraient présentes, mais le sujet alexithymique ne peut ni les reconnaître, ni les nommer, ni les verbaliser. (Corcos et al, 2003)

Modèle neuropsychologique horizontal

La constatation du phénomène alexithymique chez des patients commissurotomisés a renouvelé le modèle originaire et a orienté les recherches vers l'hypothèse d'une absence de communication des informations émotionnelles entre les hémisphères droit et gauche. Cette défaillance du transfert interhémisphérique serait associée chez le droitier à un hypofonctionnement de l'hémisphère droit et un hyperfonctionnement de l'hémisphère gauche.

De nombreux auteurs évoquent une « prédominance » de l'hémisphère droit dans la communication non verbale et dans la communication des émotions négatives ainsi que dans l'élaboration des conduites émotionnelles. Communication verbale et communication des émotions positives domineraient dans l'hémisphère gauche. Bermond et al. selon (Guilbaud et al, 2002) considèrent que l'hémisphère droit (chez le droitier) produit une vision globale de l'information émotionnelle, notamment comportementale (reconnaissance faciale des émotions), tandis que l'hémisphère gauche en fournit un traitement beaucoup plus analytique. Les travaux de Montreuil, au moyen du test de saisie visuelle parallèle, suggèrent que les alexithymiques privilégient le traitement analytique séquentiel de l'information (lié à l'hémisphère gauche ou « dominant » chez les droitiers) au détriment d'un traitement global de l'information (lié à l'hémisphère droit ou « mineur »).

Dans cette même optique, Bermond relie l'alexithymie de type II à un dysfonctionnement du corps calleux avec une mauvaise transmission interhémisphérique des cognitions attachées aux émotions. Ces auteurs s'appuient sur les travaux de Gazzaniga et Ledoux selon lesquels la composante cognitive des stimuli serait transmise de l'hémisphère droit à l'hémisphère gauche via le corps calleux, tandis que la composante émotionnelle serait projetée sur le système limbique puis gagnerait l'hémisphère gauche au travers de la commissure antérieure. Dans le type II, sur le modèle de la commissurotomie fonctionnelle, la composante émotionnelle des affects serait présente tandis que la composante cognitive serait absente. Enfin dans le type I, ni la composante émotionnelle ni la composante cognitive des affects ne seraient perçues du fait d'un dysfonctionnement dans le cortex droit se caractérisant notamment par une incapacité à pouvoir reconnaître les émotions à partir des expressions faciales.

Ces modèles anatomocliniques restent schématiques. Le passage entre système limbique et cortex droit ainsi que le transfert hémisphère droit-gauche pourraient être tous les deux mis en cause. (Guilbaud et al, 2002)

3-2 Modèle psychodynamique

Les modèles psychodynamique s'inspirent des travaux de l'école psychosomatique de paris sur **la pensée opératoire**.

La notion de pensée opératoire renvoie à une carence de la mentalisation des conflits avec un risque d'expression de ceux-ci au niveau somatique. D'un point de vue ontogénique, le fonctionnement opératoire a été mis en lien avec des troubles précoces du développement affectif. Dans une perspective topique, Marty avance l'idée que le fonctionnement opératoire réside essentiellement dans la désorganisation des deux systèmes topiques. Il y aurait en quelque sorte, une désorganisation de l'appareil mental qui effacerait les qualités du niveau préconscient et du surmoi se traduisant par un mode de vie opératoire. Ce mode de fonctionnement, d'un point de vue économique, favoriserait en cas d'avènement d'une dépression essentielle (avec un effacement du mode de fonctionnement mental, fatigue, corps amorphe proche de l'épuisement vital), un risque d'effondrement psychosomatique.

Il s'agit de dépressions caractérisées par une baisse du tonus vital avec prédominance des signes somatiques de la dépression plutôt que psychiques. De tels sujets, par une coupure avec leur monde interne et leur vie fantasmatique, perdraient toute affectivité mobilisable, ce qui engendrerait une perte de sens notamment métaphorique, au niveau du langage avec en corollaire un risque de désorganisation psychosomatique. (Guilbaud et al, 2009)

Une fois de plus, l'importance de ces observations ne fut pas pleinement évaluée avant que , il y a environ quinze ans ,deux analystes américains, Nemiah et Sifneos, ne se mettent à faire des recherches systématiques sur la façon de communiquer des patients psychosomatiques. Ignorant le travail des psychanalystes français, Nemiah et Sifneos, dans les années 70 ont étudié la transcription mot à mot de l'entretien psychiatrique de vingt patients qui avaient présenté l'une ou l'autre de deux maladies psychosomatiques classiques. les entretiens avaient été conduits de façon à stimuler la libre association et la production de fantasmes. Nemiah et Sifneos constatèrent que seize des patients montraient difficulté notable à exprimer ou décrire verbalement leurs sentiments ainsi qu'une absence ou diminution frappante des fantasmes. Des observations répétées confirmèrent que, à l'inverse des patients psychonévrotiques, les patients souffrants de maladies psychosomatiques classiques présentaient fréquemment une perturbation spécifique dans leurs fonctions affectives et symbolique qui rendait leur façon de communiquer improductive et terne. (Taylor,1990)

Approche psychodynamique de l'alexithymie

L'alexithymie serait selon Mac Dougall une forme de défense pathologique contre des angoisses archaïques, secondaires aux troubles des interrelations précoces où le corps n'est pas investi par le sujet et où les émotions représentent un danger pour l'équilibre du Moi. Elle permettrait au sujet de se protéger de représentations inconciliables par la forclusion très précoce d'affects traumatiques (les sentiments de perte, de séparation, de mort n'auraient pas pu être symbolisés, le sujet se situant dans l'incapacité de les percevoir ou de se les représenter) avec un risque en cas de sidération traumatique de retour de la pulsion dans le soma.

De par l'absence d'accès à la vie imaginaire et le manque de recours à la projection, le mode de fonctionnement alexithymique a été distingué des processus névrotiques et psychotiques. Pedinielli considère l'alexithymie comme le négatif de la névrose. Elle est marquée « par une forme particulière de démétaphorisation donnant lieu à un récit caractérisé par la prédominance de la chose sur le mot » avec « une impossibilité de production de l'imaginaire dans le verbe ». L'alexithymie est caractérisée par une économie somatopsychique singulière qui la différencie à la fois du paradigme hystérique par l'incapacité à utiliser le corps pour symboliser les conflits, mais aussi du paradigme hypocondriaque par cette autre incapacité à produire un imaginaire corporel lié à l'investissement narcissique. Elle reste du domaine d'un investissement narcissique particulier, avec comme problématique celle de l'altérité et comme mécanismes de défense essentiels le clivage (en particulier du corps par rapport au self) et le déni (avec la séquestration des identifications projectives dans le corps).

Dans une approche métapsychologique. Corcos envisage l'alexithymie comme une dimension centrale dans l'ontogenèse du moi et non adventicielle à un traumatisme psychique. Guilbaud évoque l'apparemment du fonctionnement alexithymique avec un spectre autistique du moi : la désertification affective caractérisée par cette relation blanche à l'objet. la réduplication projective entraverait aussi les capacités du sujet à appréhender l'altérité. L'alexithymie ne devrait plus être appréhendée uniquement par l'incapacité à se figurer ses états émotionnels, mis aussi comprise dans l'articulation à cette autre difficulté à se figurer les états affectifs d'autrui, l'alexithymie interviendrait comme un processus de "gel émotionnel" laissant en friche tout un terrain pulsionnel non mentalisable, non élaborable et innommable de par son caractère potentiellement désorganisateur sur le plan psychologique. (Corcos et al, 2003)

3- Mesures de l'alexithymie

Des nombreux outils visant à mesurer le degré d'alexithymie ont été développées, La *Toronto Alexithymia Scale* (TAS) de Bagby, Taylor *et al.* Reste à notre connaissance la seule échelle validée et disposant de bonnes qualités métrologiques.

4-1 Toronto Alexithymia Scale

L'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) est un questionnaire qui a été mis au point en 1985 par une équipe canadienne. La TAS comprend 26 items se répartissant en cinq dimensions qui mesurent l'incapacité à décrire ses émotions, l'incapacité à identifier ses émotions, la baisse des capacités de rêverie et les pensées tournées vers l'extérieur. Cette échelle a fait l'objet de très nombreuses traductions et d'études de validation qui ont, notamment, montré une reproductibilité de la structure factorielle, une validité interne satisfaisante et une stabilité temporelle (test-retest).

La version française a été mise au point par Marie-Paule Marchand, puis publiée en 1993 ; elle a fait l'objet de plusieurs études de validation.

En 1994, les auteurs ont révisé leur échelle en proposant une version plus courte à 20 items : la Twenty-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). La dimension rêverie a été supprimée. (Loas,2010)

4-2 Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire

L'échelle BVAQ créée par Bermond et Vorst, est un auto-questionnaire qui dans sa construction se veut plus proche du concept d'alexithymie. Cette échelle est constituée de 40 items dans sa forme complète. Son analyse factorielle a montré la présence de cinq facteurs relativement stables et indépendants : limitation des capacités de verbalisation, de la vie imaginaire, des capacités d'identification de ses états émotionnels, pauvreté des réponses émotionnelles et une pensée descriptive et pragmatique. Selon S. Berthoz *et al*, les facteurs 1,2, 3 de la TAS montreraient une excellente corrélation significative et positive avec les facteurs 1, 3 et 5 de la BVAQ (verbalisation, réponse émotionnelle, pensée à contenu pragmatique). L'échelle BVAQ montre des qualités métrologiques satisfaisantes (bonne consistance interne, validité concourante satisfaisante, stabilité factorielle). De plus, elle serait plus proche de la définition complète du concept d'alexithymie puisqu'elle Inclut dans ses facteurs la dimension de limitation de la vie fantasmatique, facteur ayant été exclu de la TAS-20. D'autre part, les facteurs de la BVAQ sont plus indépendants que les facteurs de la TAS où le facteur 1 et 2 restent étroitement liés. Néanmoins les

études de validation métrologique de cet instrument sont encore trop peu nombreuses, elles demandent à être reproduites et confirmées. (Guilbaud et al , 2002)

4-3 Intérêt des tests projectifs dans l'alexithymie:

Le test de Rorschach a rapidement été très utilisé auprès de patients somatiques chroniques. De nombreux auteurs avaient constaté chez ces sujets des difficultés à mentaliser leurs émotions. Puis, notamment pour des raisons méthodologiques, l'utilisation du Rorschach s'est réorientée vers le repérage des facteurs de vulnérabilité pouvant contribuer au déclenchement des maladies, et de ce fait, s'est intéressée plus spécifiquement à l'alexithymie.

Chabert et Debray soulignent la pertinence du Rorschach comme outil transitionnel pour évaluer le degré de carence de fantasmatisation d'un sujet : « Si l'on admet que le travail psychique protège le corps contre un éventuel mouvement de désorganisation somatique », on saisit l'intérêt d'apprécier les capacités de mentalisation du sujet « à l'aide des épreuves projectives », et d'allier « investigation psychosomatique et épreuves projectives »

Dans cette perspective, Acklin et Alexander selon (Guilbaud et al , 2009) ont proposé sept items du Rorschach caractéristiques de l'alexithymie:

- ❖ peu de réponses;
- ❖ peu de mouvements humains ;
- ❖ utilisation de la couleur rare et mal contrôlée ;
- ❖ évitement de la complexité ;
- ❖ pensée stéréotypée ;
- ❖ manque de ressources idéationnelles et affectives.

Ces indices ont été validés sur une population de patients souffrant de maladies à composante psychosomatique, dont l'alexithymie n'avait pas été évaluée à l'aide d'un outil externe mais à partir de l'observation clinique. Outre des indices quantitatifs, certains procédés de réponse révèlent l'échec de la mentalisation : accrochage à la réalité externe, absence de sensibilité à la symbolique des planches, descriptions factuelles ;

écrasement par la réalité, le sujet ne pouvant «prendre au sérieux» et critiquant immédiatement les représentations suscitées par la planche : « on pourrait voir un papillon au premier coup d'œil mais en fait c'est pas ça, les ailes seraient pas dans le bon sens.» Concernant le thematic apperception test (TAT), la référence à la notion d'économie psychosomatique globale est un outil précieux dès lors que l'on considère que les régulations psychiques ne sont pas les seules dont un sujet dispose pour traiter l'angoisse et gérer les conflits. Debray a ainsi proposé une nouvelle grille d'interprétation permettant de distinguer les modalités défensives normales de celles qui sont symptomatologiquement organisées, afin d'évaluer le risque de dépression essentielle et de désorganisation somatique. Cette double approche alliant investigation psychosomatique et épreuves projectives (TAT et Rorschach) s'avère particulièrement utile au clinicien : d'une part en soulignant les risques d'une dépression essentielle (notamment à travers les procédés utilisés et les difficultés de mentalisation), et d'autre part en lui permettant de mobiliser et d'étayer en thérapie les capacités d'élaboration mentale d'un sujet alexithymique. (Guilbaud et al , 2009)

Conclusion

Plus de 30 ans après sa formulation, l'intérêt porté au concept d'alexithymie ne cesse de s'accroître. Alors qu'à peine 150 articles furent publiés sur ce concept entre 1972 et 1985, une rapide recherche de littérature sur PsycINFO (base de données éditée par l'American Psychological Association) indique que plus de 950 articles ont été publiés depuis 1996 (pour un total de près de 1600 articles à ce jour). L'alexithymie fait aujourd'hui partie intégrante du champ de la recherche sur les émotions à tel point que ce concept a été examiné dans des domaines aussi divers que la neurobiologie, la psychanalyse, la psychologie cognitive, la psychologie de la personnalité, la psychologie clinique et la psychologie développementale. Toutefois, l'alexithymie n'a pas reçu la reconnaissance des classifications nosographiques internationales, même si paradoxalement ce concept trouve son origine dans la clinique et que de nombreux travaux de recherches cliniques indiquent son utilité et sa pertinence. (Zimmermann et al ,2008)

Bibliographie

1. Corcos, M , Flament, M, Jeammet , Ph.(2003) *Les conduites de dépendance dimensions psychopathologiques communes*. Paris, Masson
2. Corcos, M, G, Pirlot.(2011) *Qu'est-ce que l'Alexithymie?* Paris ,Dunod
3. Farges F et Farges S, (2002) *Alexithymie et substance psychoactives : revue critique de la littérature* ,Psychotropes – Vol. 8n°2pp47-74.
4. Guilbaud ,O, Berthoz, S, Dupont, M-E, Corcos,(2009) *Alexithymie et psychosomatique* ,EMC psychiatrie ,37-400-D-20
5. Guilbaud, O, Loas, M. Corcos, M. Speranza, Ph. Stephan, F. Perez-Diaz,J.L. Venisse, J.D. Guelfi, P. Bizouard, F. Lang, M. Flament, P. Jeammet , (2002) *L'alexithymie dans les conduits de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone*, Annales Médico-psychologiques,**160:77 85**
6. Jouanne C ,(2006) *L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif*. Psychotropes ,12 ,193-209.
7. Loas G ,(2010) *L'alexithymie* , Annales Médico-psychologiques,168 :712-715
8. Luminet, O,(2008) *Psychologie des émotions : Confrontation et évitement*. Bruxelles, de Boeck
9. Marty P. et M'Uzan M. (1963) « *La pensée opératoire*», Revue française de psychanalyse, t. 27, n° spécial, 345-355
10. Pedinielli, J.-L.,(1992) *Psychosomatique et Alexithymie.*, Paris. PUF
11. Porcelli P., Meyer G. (2002) *Construct Validity of Rorschach variables for Alexithymia*. Psychosomatics, 43, 5, 360-369.
12. Taylor. G.-J., Bagby. M., Parker J.-D.-A. (1997) *Disorders of affect regulation alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge University Press.
13. Taylor G-J (1990) *La pensée opératoire et le concept d'alexithymie*, Revue française de psychanalyse, vol. 54, n° 3.769-784
14. Zimmermann, G. Salamin, V. Reicherts, M.(2008) *L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité* Psychologie française,: vol 53,pp 115–128.