

Mme Amanda Chambert*, Mme Sophie Bayard*, Pr Solange Carton*

* E.A. Psychopathologie et société, approches cliniques et psychosociales, Département de psychologie, Section de psychologie clinique, Université Montpellier III Paul-Valéry. Route de Mende, F-34199 Montpellier Cedex 5.

Courriel : solange.carton@univ-montp3.fr

Reçu décembre 2006, accepté mai 2007

Autoévaluation de l'alexithymie

Influence de l'obligation de soins chez des alcoolodépendants

Résumé

L'objectif a été d'étudier les niveaux d'alexithymie chez 40 patients présentant une dépendance à l'alcool, actuelle ou passée, et de les comparer entre trois groupes de sujets : des patients arrivant dans un centre de soins, orientés ou non par le Service pénitentiaire d'insertion et de probation, et des patients abstinents depuis au moins six mois. Deux autoquestionnaires d'alexithymie ont été utilisés : l'Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (*Toronto alexithymia scale* – TAS-20) et le Questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst (*Bermond-Vorst alexithymia questionnaire* – BVAQ-b). Les résultats confirment la prévalence élevée d'alexithymie chez les patients alcooliques et des scores supérieurs aux valeurs obtenues en population générale. Les patients abstinentes rapportent moins de difficultés à identifier leurs sentiments que les patients encore en conduite d'alcoolisation et non orientés. Deux hypothèses interprétatives peuvent être envisagées : celle d'une diminution des scores ou celle de leur moindre niveau initial chez les patients ayant réussi à maintenir un sevrage. Les patients arrivés par injonction de soins obtiennent des niveaux relativement faibles d'alexithymie et significativement inférieurs à ceux des deux autres groupes. Nous proposons l'hypothèse d'une moindre disposition ou capacité à reconnaître ses difficultés psychologiques et émotionnelles chez les personnes ne s'engageant pas d'elles-mêmes dans un processus de traitement.

Mots-clés

Alexithymie – Alcoolodépendance – Abstinence – Obligation de soins.

Summary

Self-assessment of alexithymia. Influence of mandatory treatment in alcohol-dependent subjects

The aim of this study was to assess levels of alexithymia in 40 former or current alcohol-dependent patients and to compare these levels between three groups of subjects: patients attending a treatment centre either voluntarily or referred by a penitentiary rehabilitation and probation department, and patients abstinent for at least six months. Two self-administered alexithymia questionnaires were used: the 20-item *Toronto alexithymia scale* (TAS-20) and the *Bermond-Vorst alexithymia questionnaire* (BVAQ-b). The results confirm the high prevalence of alexithymia in alcoholic patients, who presented higher scores than those obtained in the general population. Abstinent patients reported fewer difficulties identifying their feelings than non-referred ongoing drinkers. Two hypotheses can be proposed to explain these findings: a reduction of alexithymia scores or a lower baseline score in patients who successfully maintain abstinence. Patients referred for mandatory treatment presented relatively low alexithymia scores, significantly lower than those of the other two groups. The authors propose the hypothesis of a decreased propensity or capacity to recognize psychological and emotional difficulties in subjects not voluntarily entering a treatment programme.

Key words

Alexithymia – Alcohol dependence – Abstinence – Mandatory treatment.

Au cours des dernières années, la question de la régulation des émotions, ou de la gestion des affects, a été placée au cœur de la problématique de la dépendance dans des perspectives théoriques variées. Dans une perspective cognitivo-émotionnelle et dans une mise en lien

avec l'étude de ses corrélats neurophysiologiques, l'alexithymie en a été la dimension d'étude majeure. Au-delà de la perspective d'automédication et de la régulation d'états émotionnels négatifs, de la dépression ou de l'anxiété par des consommations de substances, c'est vers des modes

particuliers d'appréhension et d'élaboration de la vie émotionnelle que les travaux sur les addictions se sont tournés. Par exemple, partant du constat de grandes variations inter-individuelles dans le degré de différenciation émotionnelle, Khantzian (1) a posé deux hypothèses relatives à la nature des liens entre émotions et addictions, hypothèses qui par ailleurs traversent toutes les théories formalisant ces relations : certains sujets utiliseraient des substances ou des comportements pour réguler leurs émotions et leur humeur, des états dépressifs ou anxieux, d'autres en revanche n'auraient qu'une perception relativement vague, diffuse, de leurs émotions et sentiments, et utiliseraient les substances pour lutter contre cette confusion. La difficulté à identifier et se représenter ses émotions serait palliée par l'introduction dans l'expérience du sujet d'une forme de souffrance interprétable et compréhensible. La conduite addictive permettrait alors, dans l'alternance d'états de détresse émotionnelle et de soulagement de cette détresse, la compréhension et la maîtrise de ses émotions. La dimension d'intolérance pour l'affect – de même que la fermeture à la fantasmatisation – traverse l'ensemble des compréhensions des addictions. La conceptualisation cognitivo-émotionnelle de l'alexithymie – issue du modèle psychanalytique de la pensée opératoire et sa mesure quantitative par la création d'échelles d'évaluation – a représenté une voie d'approche de ces dimensions. Depuis sa première formulation restreinte à un manque de mots pour les émotions, on entend à présent dans le concept d'alexithymie des déficits dans le traitement cognitif et la régulation des émotions (2), régissant les modes d'appréhension émotionnelle intra- et interpersonnels (3, 4), caractérisé par quatre dimensions majeures initialement proposées par Nemiah *et al.* : la difficulté à identifier ses émotions ; la difficulté à décrire ses émotions ; une vie imaginaire restreinte ; un mode de pensée orienté vers le monde extérieur (5).

C'est la création de l'échelle d'évaluation de l'alexithymie de Toronto qui a lancé toute une série d'études dans les conduites de dépendance, montrant sa prévalence importante dans plusieurs addictions et dans l'alcoolisme (3, 4). C'est à partir des relations entre alexithymie et dépression dans les addictions qu'est débattue la question de son statut primaire *versus* secondaire. Outre l'examen de sa stabilité dans le temps qui permettrait de la concevoir comme un trait de personnalité, cette question y rejoint celle de son statut déficitaire *versus* adaptatif. Des études soutiennent l'hypothèse de la stabilité de l'alexithymie, considérée comme un trait de personnalité, lequel non seulement prédisposerait à la dépendance à l'alcool (6, 7), mais serait de plus un facteur négatif pour l'engagement dans un traitement et un facteur péjoratif pour le maintien

de l'abstinence (8-10). Dans l'étude longitudinale de Pinard *et al.* (7) réalisée au Canada avec 48 patients dépendants de substances (dont 27 à l'alcool) et évalués quatre à six semaines plus tard, l'alexithymie était stable pour la plupart des patients restés abstinents entre les deux évaluations, aussi bien pour le score total à l'Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (*Toronto alexithymia scale* – TAS-20) que pour les scores à ses trois facteurs. La symptomatologie dépressive, elle, diminuait significativement lors du sevrage. Les résultats de l'étude longitudinale sur 15 mois de Loas *et al.* (9) avec des alcoolodépendants ont d'abord montré que seulement 19,4 % des patients alexithymiques lors de l'évaluation initiale étaient abstinents 15 mois plus tard, avec contrôle de la dépression, confirmant les résultats de l'étude de Ziolkowski *et al.* (8). Sur un autre versant, inspiré des perspectives psychanalytiques (11, 12), s'est développée l'hypothèse d'une alexithymie pouvant se constituer secondairement. Définie par exemple comme un état réactionnel à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave, un traumatisme ou une situation stressante (13), elle est aussi considérée comme un mécanisme de défense contre des affects dépressifs réactivés du fait d'une hospitalisation et du stress induit par un sevrage, covariant avec la réduction de cette anxiété (14, 15). Les études utilisant la TAS-20 soutiennent sa stabilité relative et absolue (16, 17), et une étude longitudinale récente confirme sa relation à la sévérité de la dépression, mais démontre aussi sa stabilité relative (18).

Objectif, sujets et méthode

L'objectif a été d'étudier les niveaux d'alexithymie dans la dépendance alcoolique en fonction du statut d'abstinence et d'une obligation de soins.

40 patients (26 hommes et de 14 femmes, de $46,1 \pm 8,15$ ans d'âge moyen, 27-67 ans) consultant dans un centre d'alcoolologie ont participé à l'étude, répartis en deux groupes :

- Groupe 1 : 24 patients en situation d'alcoolisation, avec un diagnostic de dépendance à l'alcool (DSM-IV), récemment arrivés au centre de soins et sans protocole de sevrage en cours, 17 consultant de leur propre initiative et sept orientés par le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

- Groupe 2 : 16 patients avec un diagnostic passé de dépendance à l'alcool (DSM-IV), totalement abstinents depuis au moins six mois (six mois à 13 ans, $m = 3,05 \pm 0,3$).

Les critères d'exclusion pour tous les sujets étaient la présence de troubles psychiatriques avérés et l'incapacité de répondre aux échelles.

Tous les sujets ont rempli les autoquestionnaires suivants :
 - L'Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) (19, 20) dans sa version française (21, 22) qui détermine la difficulté à identifier ses sentiments (F1), la difficulté à les décrire (F2) et la pensée factuelle (F3).

- Le Questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst (BVAQ-b) (23, 24) dans sa version française (25, 26) qui évalue cinq dimensions : la verbalisation ou la difficulté à décrire ses émotions (B1), la capacité de fantasmatisation (B2), l'introspection ou la difficulté à identifier ses émotions (B3), la réactivité émotionnelle (B4), l'analyse de ses émotions (B5).

Résultats

Relations à l'âge et au sexe

Nous ne trouvons pas de corrélation significative entre les facteurs d'alexithymie (sur les deux échelles) avec l'âge, et il n'y a pas de différence en fonction du sexe (t-tests).

Comparaison de l'alexithymie en fonction de l'abstinence

Dans une perspective catégorielle, dans le groupe des sujets abstinents, les résultats de la TAS-20 montre que 43,75 % des sujets sont alexithymiques, 25 % sub-alexithymiques et 31,25 % non alexithymiques (23). Chez les sujets actuellement dépendants, 50 % sont alexithymiques, 33 % sub-alexithymiques et 17 % non alexithymiques. La prévalence de l'alexithymie est ainsi plus importante chez les sujets en conduite actuelle d'alcoolisation. Dans une

perspective dimensionnelle, il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes sur les résultats à la TAS-20 et sur le BVAQ-b (t-test). Il n'y a par ailleurs pas de corrélation significative entre la durée de l'abstinence et les différents facteurs des deux échelles d'alexithymie.

Comparaison de l'alexithymie en fonction de l'orientation par le SPIP

Chez les sujets orientés par le SPIP, les résultats à la TAS-20 donne une prévalence de 29 % de patients alexithymiques, 57 % sub-alexithymiques et 14 % non alexithymiques. Chez les sujets alcooliques non SPIP, 59 % sont alexithymiques, 23,5 % sub-alexithymiques et 17,5 % non alexithymiques. La prévalence de l'alexithymie dans la population alcoolique hors SPIP est donc très supérieure à celle du groupe SPIP.

Au vu de ces résultats, nous avons alors comparé les scores entre les trois groupes de sujets à l'aide d'un test non paramétrique (Kruskal-Wallis) étant donné le nombre inégal de sujets dans chaque groupe et le nombre faible de patients SPIP. Les résultats entre les trois groupes diffèrent significativement sur le facteur "difficulté à identifier ses sentiments" de la BVAQ-b (B3) (tableau I) : les patients nouvellement arrivés au centre obtiennent des scores supérieurs à ceux des patients abstinents, eux-mêmes obtenant des scores supérieurs à ceux des patients orientés par le SPIP. Bien que la tendance soit la même pour les autres facteurs (SPIP < abstinents < hors SPIP), en particulier pour le facteur équivalent de la TAS-20 (F1, difficulté à identifier ses sentiments), les différences ne sont pas significatives.

Tableau I : Comparaison des scores d'alexithymie dans les trois groupes

Questionnaire	Patients orientés SPIP Moyenne (ET)	Patients abstinents Moyenne (ET)	Patients non orientés SPIP Moyenne (ET)	Kruskal-Wallis p
TAS-20 F1	16,85 (4,45)	19,5 (6,76)	21,88 (5,23)	NS
TAS-20 F2	15,14 (3,33)	16,06 (5,11)	15,94 (4,94)	NS
TAS-20 F3	16,42 (4,35)	18,18 (4,44)	19,41 (5,94)	NS
TAS-20 Total	48,42 (7,59)	53,37 (13,87)	57,23 (12,3)	NS
BVAQ-b B1	12,28 (4,34)	12,5 (3,72)	12,35 (3,58)	NS
BVAQ-b B2	10,71 (2,92)	12,12 (3,96)	10,7 (4,74)	NS
BVAQ-b B3	7,14 (2,96)	10,56 (2,87)*	12,7 (2,77)**	< 0,001
BVAQ-b B4	9,28 (4,15)	9,5 (2,94)	8 (3,16)	NS
BVAQ-b B5	6,57 (2,63)	7,75 (2,76)	8,76 (3,34)	NS
BVAQ-b Total	46,28 (9,79)	52,43 (11,11)	52,52 (10,76)	NS

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation.

TAS-20 (Échelle d'alexithymie de Toronto) – F1 : difficulté à identifier ses émotions ; F2 : difficulté à décrire ses émotions ; F3 : pensée factuelle.

BVAQ-b (Questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst) – B1 : capacité de verbalisation ; B2 : capacité de fantasmatisation ; B3 : capacité d'introspection ; B4 : réactivité émotionnelle ; B5 : capacité d'analyse.

* patients SPIP < patients abstinents : test Mann-Whitney, $p = 0,028$.

** patients abstinents < patients non SPIP : test Mann-Whitney, $p = 0,042$.

Discussion

Ces résultats confirment tout d'abord la forte prévalence d'alexithymie chez des patients présentant un diagnostic de dépendance à l'alcool. Selon les seuils établis pour la TAS-20 (23), 50 % des sujets actuellement dépendants sont alexithymiques, pourcentage qui se situe dans la fourchette des résultats rapportés dans cette dépendance, variant de 35 % à 78 % selon les études (6, 27). Il est similaire aux données issues de la plus grande étude conduite dans des pays de langue française, égales à 63 % pour les hommes et à 49 % pour les femmes (4). Dans une perspective dimensionnelle, nous ne retrouvons pas ici de différence entre les hommes et les femmes. Les résultats au BVAQ-b sont en accord avec ceux obtenus avec la TAS-20 : dans le groupe des patients nouvellement arrivés au centre et non orientés par le SPIP, les scores moyens sur chacun des facteurs sont supérieurs aux scores obtenus en population générale (26), à l'exception du facteur de réactivité émotionnelle (B4). Cette dimension, ajoutée par Bermond et Vorst pour explorer les relations entre les modes de régulation émotionnelle propres à l'alexithymie et l'intensité et la qualité de l'expérience affective, pourrait être l'une de celles qui partagent le plus de caractéristiques avec d'autres types de troubles émotionnels, l'anesthésie affective dans la dépression, par exemple (28), et l'une des moins proprement spécifiques à l'alexithymie, ce qui corroborerait l'absence de relation entre niveaux de conscience émotionnelle (29, 30) (une autre mesure de la difficulté à apprécier ses propres états émotionnels et ceux d'autrui) et l'intensité de l'expérience émotionnelle (31).

Le pourcentage de sujets alexithymiques chez les patients abstinentes depuis au moins six mois (43,75 %) est inférieur à celui des patients encore en conduite d'alcoolisation, d'autant plus lorsqu'ils ne sont pas orientés par le SPIP (59 %). Ce résultat est similaire au pourcentage rapporté par Ziolkowski *et al.* (48 %) (8) chez des personnes alcooliques abstinentes depuis des durées variables, et inférieur à celui d'une étude plus récente (32). Leurs scores moyens sur le facteur concernant l'identification des sentiments sur la BVAQ-b sont significativement inférieurs à ceux des patients venant d'arriver en consultation au centre. Cet ensemble de résultats pourrait aller dans le sens d'une diminution de l'alexithymie au cours du traitement, mais la nature transversale de notre étude ne nous permet pas de l'affirmer : ces patients en sevrage depuis au moins six mois pouvaient avoir des scores d'alexithymie plus légers avant le début de traitement. En effet, de précédentes études suggèrent que ce sont les sujets initialement les moins alexithymiques qui ont réussi à maintenir leur abstinence (9, 10). De même, nous n'avons pas pu contrôler l'état émotionnel des sujets

(dépression et anxiété) dont plusieurs études ont montré l'influence sur les résultats à la TAS-20. Quoi qu'il en soit, les niveaux d'alexithymie restent encore élevés chez les patients abstinentes, que ce soit dans une perspective catégorielle ou dimensionnelle, et au sein de ce groupe nous ne trouvons pas de relation avec la durée de l'abstinence. Comme l'ont proposé Haviland *et al.*, en associant les deux hypothèses (27), cette intensité peut relever de caractéristiques alexithymiques stables et ayant éventuellement prédisposé au développement de la conduite alcoolique, pouvant elles-mêmes s'être développées suite à des situations traumatiques ou affectives difficiles et ayant une fonction défensive. Pour certains, le débat alexithymie-trait *versus* alexithymie-état perd ainsi de son acuité en laissant progressivement la place à une conception "développementale" et adaptative, sur un continuum allant du normal au pathologique, dont la perspective psychanalytique souligne la position centrale dans le développement normal dépendant étroitement des premières interactions affectives (3, 33).

L'analyse en fonction de l'obligation de soins fournit des résultats plus surprenants ; en effet, le pourcentage d'alexithymiques diminue considérablement chez les patients orientés par le SPIP (29 %) et leurs scores moyens d'alexithymie sont plus faibles que ceux des autres patients, abstinentes ou nouvellement arrivés, sur les facteurs de la TAS-20 ou le BVAQ-b. L'effectif réduit de cet échantillon nous oblige à rester prudentes quant à la fiabilité des résultats qui resteront donc seulement indicatifs. Il nous semble *a priori* difficile de penser que les patients alcooliques orientés par le SPIP ont moins de caractéristiques alexithymiques et moins de difficultés à identifier, décrire, analyser leurs émotions que les patients venant selon leur propre démarche. L'hypothèse que nous suivrions ici est celle d'une moindre capacité et disposition à précisément analyser leurs difficultés de gestion émotionnelle, à être attentif à leurs propres états internes. Arrivés au centre par injonction, et non en démarche personnelle de soins, il est tout à fait possible que ces patients présentent une réticence générale à reconnaître leurs difficultés psychologiques et, de ce fait, à autoévaluer positivement les items des échelles d'alexithymie. Comme l'ont remarqué très justement Bydlowski *et al.* (34, 35), il existe un certain paradoxe à demander à un sujet qui serait alexithymique d'être conscient de ses difficultés émotionnelles. Il nous semble même tentant de suggérer ici que, paradoxalement, ces patients pourraient être les plus alexithymiques.

Conclusion

Cette étude confirme une fois de plus le lien fort entre alexithymie et alcoolisme. Les patients abstinentes depuis au

moins six mois obtiennent des scores plus faibles que les patients en début de sevrage, mais la nature transversale de notre étude ne nous permet pas de trancher entre l'hypothèse d'une diminution des scores ou celle d'un moindre niveau d'alexithymie initial chez les patients réussissant à maintenir un sevrage. Le résultat le plus étonnant concerne des niveaux relativement faibles d'alexithymie chez les patients en injonction de soins, résultat qui reste à explorer : nous ne l'interprétons pas comme une meilleure capacité à identifier et réguler ses émotions chez ces patients, mais plutôt comme une conséquence de l'autoévaluation de ces capacités par les échelles d'alexithymie. Lorsqu'il apparaît que l'alexithymie émerge comme un facteur péjoratif pour l'issue d'un sevrage (10), il semble bien évident que la prise en charge d'un patient dépendant puisse bénéficier d'un travail sur cette dimension alexithymique.

Le patient alexithymique, par essence, n'est pas forcément à même de se représenter et de nommer ses difficultés particulières, et le clinicien avance "face à un sujet en quête d'auteur, dont il faut contenir la souffrance, l'élaborer avant de la restituer au sujet en vue d'une réappropriation subjective" (33) et, pour Corcos *et al.*, la prise en charge de cette dimension alexithymique, dans une approche psychanalytique étayante et non brutalement interprétative, peut également passer au préalable par des médiations thérapeutiques (par exemple médicamenteuse ou corporelle) pour ouvrir la voie à la représentation, la symbolisation et à une relation duelle dans un premier temps trop effractante (33). Dans une perspective cognitive, on suggère que la prise en charge d'un patient alexithymique peut bénéficier de modalités thérapeutiques directement orientées vers l'amélioration de la représentation émotionnelle d'autrui et de soi-même, visant à améliorer l'appréciation et la différenciation des états émotionnels, les indicateurs externes de ces états, les facteurs qui les amplifient et les atténuent et les actions mentales ou comportementales susceptibles d'en moduler l'intensité (31, 36). ■

Remerciements. – Nous remercions Mme Grandcoing, psychologue clinicienne, pour son aide dans le recrutement des patients au centre d'alcoologie.

A. Chambert, S. Bayard, S. Carton
Autoévaluation de l'alexithymie. Influence de l'obligation de soins
chez des alcoolodépendants

Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (3) : 227-232

Références bibliographiques

- 1 - Khantzian EJ. Affects and addictive suffering: a clinical perspective. In : Ablon D, Braun EJ, Khantzian EJ, Mack JE, Eds. Human feelings: explorations in affect development and meaning. Hillsdale NJ: Analytic Press, 1993 : 259-279.
- 2 - Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge : Cambridge University Press, 1997.
- 3 - Corcos M, Speranza M. Psychopathologie de l'alexithymie. Paris : Dunod, 2003.
- 4 - Corcos M, Flamment M, Jeammet P. Les conduites de dépendance. Paris : Masson, 2003.
- 5 - Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia. A view of the psychosomatic process. In : Hill OW, ed. Modern trends in psychosomatic medicine. London : Butterworths, 1976.
- 6 - Rybakowski JK, Ziolkowski M, Zasadzka T, Brzezinski R. High prevalence of alexithymia in male patients with patients with alcohol dependence. *Drug Alcohol Dependence* 1988 ; 21 : 133-136.
- 7 - Pinard L, Negrete JC, Annable L, Audet N. Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance. *Am J Addiction* 1996 ; 5 : 32-39.
- 8 - Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor of maintaining abstinence? *Psychother Psychosom* 1995 ; 63 : 169-173.
- 9 - Loas G, Otmani O, Fremaux D, Lecerle C, Delahousse J. Is alexithymia a negative factor of maintaining abstinence? A follow-up study. *Comp Psychiatr* 1997 ; 38 : 296-299.
- 10 - Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N. Psychometric properties of the Toronto alexithymia scale (TAS-20) for substance users. *J Psychosom Res* 2005 ; 58 : 299-306.
- 11 - Kristall H. Integration and self-healing. Affect, trauma, alexithymia. Hillsdale, New York : Analytic Press, 1988.
- 12 - Mac Dougall J. Théâtre du corps. Paris : Gallimard, 1989.
- 13 - Knapp PH. Core processes in the organization of emotions. *J Am Acad Psychoan* 1981 ; 9 : 415-434.
- 14 - Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychother Psychosom* 1988 ; 49 : 37-40.
- 15 - Haviland MG, Hendryx MS. Multidimensionality and state dependence of alexithymia in recently sober alcoholics. *J Nerv Ment Dis* 1991 ; 179 : 284-290.
- 16 - Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom* 2001 ; 70 : 254-260.
- 17 - Picardia A, Tonib A, Caroppoc E. Stability of alexithymia and its relationships with the "Big Five" factors, temperament, character, and attachment style. *Psychother Psychosom* 2005 ; 74 : 371-378.
- 18 - Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006 ; 75 : 107-112.
- 19 - Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994 ; 38 : 23-32.
- 20 - Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty item Toronto Alexithymia Scale. 2. Convergent and discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994 ; 38 : 33-40.
- 21 - Loas G, Fremaux D, Marchand MP. Étude 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 185 sujets sains. *Encéphale* 1995 ; 21 : 117-122.
- 22 - Loas G, Corcos M, Stephan P, Pellet J, Bizouard P, Venisse JL, Perez-Diaz F, Guelfi JD, Jeammet P. Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *J Psychosom Res* 2001 ; 50 : 255-261.

- 23 - Bermond B, Vorst HCM. De Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst: Nominerinsonderzoek. Amsterdam : University of Amsterdam, 1994.
- 24 - Vorst HCM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Pers Indiv Differ* 2001 ; 30 : 413-434.
- 25 - Zech E, Luminet O, Rimé B *et al.* Alexithymia an its measurement: confirmatory analysis of the Twenty-item Toronto Alexithymia Scale and of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Eur J Personality* 1998 ; 13 : 511-532.
- 26 - Deborde AS, Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Jeammet P. Validité du Questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst : étude chez des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et chez des sujets témoins. *Encéphale* 2004 ; 30 : 464-473.
- 27 - Haviland MG, Hendrix MS, Shaw DG, Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr Psychiat* 1994 ; 35 : 124-128.
- 28 - Carton S. La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie. *Psychologie Française* 2006 ; 51 : 123-139.
- 29 - Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiat* 1987 ; 144 : 133-143.
- 30 - Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol Psychiat* 1997 ; 42 : 834-844.
- 31 - Lane RD, Pollermann BZ. Complexity of emotion representations. In : Feldman-Barett L, Salovey P, eds. *The wisdom of feelings*. New York : Guilford Press, 2002.
- 32 - Jouanne C, Ionescu S. Alexithymie et dépression chez des sujets abstinents de l'alcool. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 : 21-27.
- 33 - Corcos M, Guilbaud O, Loas G. Métapsychologie de l'alexithymie dans les addictions. *Neuropsy News* 2007 ; 6 : 74-80.
- 34 - Bydlowski S, Berthoz S, Corcos M, Consoli M. Conscience émotionnelle et alexithymie : deux notions distinctes. In : Corcos M, Spersanza M. *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris : Dunod, 2003.
- 35 - Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, Chambry J, Consoli S. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disorder* 2005 ; 37 : 321-329.
- 36 - Lane RD, Sechrest L, Riedel R, Shapiro DE, Kazniak AW. Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosom Med* 2000 ; 62 : 492-501.

TIRÉS À PART

à commander lors du retour de l'épreuve
en sus des 20 exemplaires gracieusement envoyés aux auteurs.

Prix TTC, port compris
À compter du 1^{er} janvier 2007

Nombre	1-4 Pages	5-8 Pages	9-12 Pages
	Euros	Euro	Euros
50	155	170	200
100	190	210	230
150	220	240	285
Version électronique (pdf)*	+ 50	+ 50	+ 100

*Uniquement lors d'une commande de tirés à part.

L'envoi des tirés à part est subordonné à la réception d'un bon de commande en bonne et due forme.

PRINCEPS Éditions, 64, avenue du Général de Gaulle, F-92130 Issy-les-Moulineaux
Siret : 393433081 00014 – BNP 30004 / 00585 / 00010001233 / 59
TVA / VAT : FR 54393433081 – IBAN : FR76 3000 4005 8500 0100 0123 359 – BIC : BNPAFRPPBBT