

Echelle d'alexithymie de Bermond-Vorst

Quelques éléments généraux sur le concept d'alexithymie:

Historique:

Dès les prémices de la médecine psychosomatique, plusieurs auteurs notaient chez leurs patients une perturbation dans le traitement cognitif des émotions. Ainsi MacLean (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. Marty et de M'Uzan (1963) observaient un mode de pensée utilitaire et une absence d'activités fantasmatisques. Ces auteurs utilisaient le terme de "pensée opératoire" pour décrire ce mode de fonctionnement cognitif particulier dépourvu de tout contenu affectif. Il faut cependant attendre les années '70 pour assister à des investigations systématiques du style affectif et cognitif de patients qui souffrent de maladies dites psychosomatiques. Sifneos (1973) propose le terme d'"alexithymie", qui signifie littéralement l'absence de mots pour décrire les émotions, afin de rendre compte d'un mode particulier de gestion de la vie émotionnelle de ces patients.

Définition:

Il existe actuellement un consensus pour définir un ensemble de quatre dimensions qui caractérisent l'alexithymie: (1) une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels; (2) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui; (3) une vie fantasmatisque réduite; (4) un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou "pensée opératoire" (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). D'autres auteurs ont proposé d'ajouter la notion de faible réactivité émotionnelle (Bermond & Vorst, 1994a, 1994b). Elle fait référence à l'absence de réactions en présence d'une scène qui habituellement provoque des réactions émotionnelles. Il faut cependant considérer cette dimension avant tout comme un corrélat de l'alexithymie (voir items BVAQ).

Il est essentiel de préciser le type de déficit impliqué par l'alexithymie. Les individus qui présentent un score élevé sur ce construct ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les verbaliser. Lorsqu'ils parlent d'une situation émotionnelle, leurs propos se limitent à décrire une impression générale sur le fait de se sentir bien ou mal. Même si l'expression émotionnelle est

restreinte, leur faible capacité à réguler les affects se traduit à certains moments par une brusque explosion sous forme d'une colère très forte ou de pleurs. Le lien entre cette manifestation comportementale intense et des événements déclencheurs est cependant particulièrement difficile à établir en raison de leur faible recours à l'introspection (Taylor, 2000; Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Quelques aspects psychométriques à considérer:

Les différentes dimensions incluses dans la définition de l'alexithymie entretiennent des relations logiques entre elles. Par exemple, le fait d'éprouver des difficultés à identifier et à différencier ses états émotionnels risque également de rendre leur expression verbale à autrui peu aisée. Malgré ces liens logiques, les dimensions ne se recouvrent pas complètement. Ainsi, des analyses factorielles sur des échelles validées comme la TAS-20 ou le BVAQ indiquent qu'une structure en facteurs indépendants offre la meilleure représentation du concept. Actuellement, on préconise d'examiner l'effet de chaque dimension et non plus de considérer un score global (e.g., Luminet, Rimé, Bagby, & Taylor, 2002). Il apparaît en effet problématique que le score global ne permette pas de distinguer un individu dont le score est moyen sur l'ensemble des sous-échelles d'un autre dont le score est faible sur certaines sous-échelles et très élevé sur d'autres. Ces deux patterns reflètent pourtant des différences importantes dans le mode de réaction aux émotions. A titre d'exemple, les résultats d'études récentes montrent que des variables telles que la quantité de symptômes physiques ou le recours aux services de soins sont mieux prédits par un ou deux facteurs spécifiques de l'alexithymie plutôt que par le score global (Deary, Scott, & Wilson, 1997; Lumley & Norman, 1996; Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996; Troisi et al., 1996).

Le découpage du concept unitaire initial en dimensions multiples pourrait être perçu comme une démarche peu économique. Toutefois, cette approche multidimensionnelle offre plusieurs avantages. Elle permet, par des techniques de régressions multiples, d'examiner l'impact respectif de chaque dimension sur les différentes composantes de la réponse émotionnelle. On peut par exemple supposer que la dimension de faible réactivité émotionnelle affecte principalement l'intensité et le contenu de la réponse émotionnelle immédiate. Par contre, la dimension de difficulté à verbaliser ses émotions ne devrait exercer ses effets qu'à plus long terme au moment de la réévoation de l'événement émotionnel. L'investigation de la contribution spécifique de chaque dimension de l'alexithymie permet également de poser des hypothèses qui sont testables empiriquement.

Dans une conception psychopathologique, on envisage souvent un score seuil sur l'échelle d'alexithymie pour distinguer un individu alexithymique d'un individu dépourvu de ce trait. Cette

conception est orientée par l'idée d'une discontinuité entre réponses normales et pathologiques. A l'heure actuelle cependant, l'alexithymie est le plus souvent envisagée sous la forme d'un continuum de réponses sur lequel la population se distribue selon une courbe normale.

Pertinence du concept dans le domaine de la santé:

La prévalence de caractéristiques alexithymiques est particulièrement élevée dans l'hypertension, certains troubles intestinaux (syndrome du côlon irritable), les troubles somatoformes et les troubles des conduites alimentaires (voir ci-dessous).

Certaines études soulignent également la pertinence du concept en tant que facteur de vulnérabilité dans une série d'autres affections somatiques (notamment le diabète de type I, l'asthme).

L'hypothèse d'un lien entre alexithymie et développement d'affections somatiques est à la base du construct d'alexithymie.

En ce qui concerne l'hypertension, la prévalence d'alexithymie atteint 53 à 55% des participants dans deux études menées en Italie et en Finlande par rapport à une prévalence comprise entre 13 et 16% pour le groupe contrôle qui ne souffre pas d'hypertension (Todarello, Taylor, Parker, & Fanelli, 1995; Jula, Salminen, & Saarijärvi, 1999). Une prévalence de 36% a par ailleurs été trouvée dans un échantillon de patients souffrant du syndrome du colon irritable par rapport à un groupe contrôle apparié pour le sexe, l'âge et le niveau d'éducation (Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze, & Taylor, 1995). Une autre catégorie de troubles liés à des symptômes inexplicables au niveau médical concerne les troubles somatoformes décrits dans les classifications DSM et ICD ("International Classification of Diseases"). Par exemple, dans une étude qui incluait des survivants d'accidents de voiture qui se plaignaient de douleur chronique et qui répondaient aux critères liés aux troubles somatoformes, on observait une prévalence de 53% de l'alexithymie (Cox, Kuch, Parker, Shulman, & Evans, 1994). Il faut cependant savoir que le diagnostic de troubles somatoformes est remis en question par un certain nombre de chercheurs (e.g., Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson, & Kelemen, 1990). Avant que le construct d'alexithymie ne soit défini, Bruch (1962) avait déjà observé certaines caractéristiques particulières du fonctionnement émotionnel de patients qui souffrent de troubles alimentaires. Elle indiquait une difficulté de reconnaissance des sensations d'origine viscérale, de la confusion par rapport aux émotions ressenties et une difficulté importante à les exprimer verbalement. Ces observations initiales sont confirmées par des études récentes qui montrent une prévalence de l'alexithymie qui varie entre 48 et 77% dans le cas de l'anorexie et entre 40 et 61% pour la boulimie (Cochrane, Brewerton, Wison, & Hodges, 1993; de Groot, Rodin, & Olmstead, 1995; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino, & Sifneos, 1994; Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993; Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996). Il est important de noter que

l'alexithymie n'est pas liée à certaines attitudes observées dans les troubles alimentaires comme une insatisfaction par rapport à l'image du corps ou un besoin pathologique d'être mince. Par contre, on observe une association entre l'alexithymie et des caractéristiques psychologiques liées à des difficultés de régulation des états émotionnels. Parallèlement, plusieurs symptômes observés dans les troubles alimentaires comme l'hyperactivité, les périodes de jeûne ou de gavage sont également liés à des tentatives de réguler des états émotionnels éprouvants et peu différenciés (Goodsitt, 1983).

Le questionnaire BVAQ

Satisfaction par rapport à l'échelle: (0 = pas du tout recommandée - 10 = très recommandée)? 9

<ul style="list-style-type: none"> • Concept(s) théorique(s) mesuré(s) • Sous-facteurs 	<p>Alexithymie</p> <p>F1 : Difficulté à décrire ses sentiments (difficulty verbalizing)</p> <p><i>Même à un ami ou à une amie, je trouve difficile de parler de mes sentiments</i></p> <p>F2 : Difficulté à s'échapper dans l'imaginaire (difficulty fantasizing)</p> <p><i>Souvent avant de m'endormir, j'imagine des scénarios, des rencontres, des dialogues (item inversé)</i></p> <p>F3 : Difficulté à identifier ses sentiments (difficulty identifying)</p> <p><i>Quand j'en ai marre de moi-même, je n'arrive pas à savoir si je suis triste, ou bien si j'ai peur, ou bien si je suis malheureux(se)</i></p> <p>F4 : Difficulté à réagir aux situations émotionnelles (difficulty emotionalizing)</p> <p><i>Quand il se produit quelque chose de tout à fait imprévu, je reste calme et imperturbable (item inversé)</i></p> <p>F5 : Pensée opératoire (difficulty analyzing)</p> <p><i>Je trouve curieux que les autres analysent si souvent leurs émotions</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Population cible 	<p>2 approches :</p> <p><u>population tout-venant</u> : approche dimensionnelle</p> <p><u>population clinique</u> : approche catégorielle (mais les auteurs n'ont pas défini de score clinique, contrairement à l'échelle TAS-20)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Passation: <ul style="list-style-type: none"> - nombre items; - mode de passation: • conditions d'utilisation: 	<p>40 items (deux versions parallèles de 20 items chacun).</p> <p>Possibilité de compléter uniquement une version (préférence pour la version B car meilleurs indices psychométriques)</p> <p>temps passation: 20 minutes environ pour version à 40 items</p> <p>autopassation</p> <p>Avant toute utilisation, il est nécessaire de s'adresser à Bob Bermond (en anglais) (B.Bermond@uva.nl) pour obtenir son autorisation. Dans votre message, précisez brièvement le contexte d'utilisation de l'échelle. L'emploi de l'échelle est gratuit.</p> <p>Par retour du courrier, il vous enverra une copie du questionnaire.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Validation: 	<p>Consistance interne (version française, version B du questionnaire) : (α de Cronbach) Total : .83. F1 : .86, F2 : .80, F3 : .80, F4 : .68, F5 : .74</p> <p>Structure factorielle obtenue par analyse factorielle confirmatoire.</p> <p>Corrélation avec la TAS-20 > .50 ($r = .80$ lorsque corrélation entre les 3 facteurs équivalents de la TAS-20 et de la BVAQ)</p> <p>Pas de données sur la fiabilité test-retest</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Adresse de contact auprès de IRPPS: 	<p>Olivier Luminet:</p> <p>olivier.luminet@psp.ucl.ac.be</p> <p>http://www.ecsa.ucl.ac.be/personnel/luminet (vous pouvez télécharger à partir du site tous les articles sur l'alexithymie dont je suis auteur ou co-auteur)</p> <p>Tél.: +32 (0) 10 47 87 01</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Références bibliographiques: <ul style="list-style-type: none"> - article sur la validation de la version française et anglaise - Autre article sur les caractéristiques psychométriques 	<p>Zech, E., Luminet, O., Rimé, B., & Wagner, H.L. (1999). Alexithymia and its measurement. Confirmatory factor analyses of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. <i>European Journal of Personality</i>, 13, 511-532.</p> <p>Luminet, O., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). La mesure de l'alexithymie. In M. Corcos & M. Speranza (Eds.), <i>Psychopathologie de l'alexithymie</i>. (pp. 183-204). Paris : Dunod.</p>

<p>de la BVAQ</p> <p>- Autres articles utilisant la BVAQ</p> <p>• Pour en savoir plus sur l'alexithymie en général</p>	<p>Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (in press). <u>A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia</u>. <i>Cognition and Emotion</i></p> <p>Luminet, O., Zech, E., Rimé, B., & Wagner, H.L. (2000). Predicting cognitive and social consequences of emotional episodes: The contribution of emotional intensity, the Five Factor Model and alexithymia. <u>Journal of Research in Personality</u>, 34, 471-497.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corcos, M., & Speranza, M. (2003). <u>Psychopathologie de l'alexithymie</u>. Paris: Dunod. • Luminet, O. (2002). <u>Psychologie des émotions</u>. Bruxelles: De Boeck Université. (chapitre 6, pp. 181-205) • Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. <u>Canadian J of Psychiatry</u>, 45, 134-142. • Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.). <u>The handbook of emotional intelligence</u>. (pp. 301-319). San Francisco, CA: Jossey Bass. • Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. <u>Psychotherapy and Psychosomatics</u>, 73, 68-77. • Taylor, G. J, Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). <u>Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness</u>. Cambridge: Cambridge University Press.
<p>• Commentaires personnels:</p>	<p>La version originale est en néerlandais. La version française constitue donc une traduction de l'original.</p> <p>Quand c'est possible, j'utilise en parallèle le TAS-20 qui est une échelle plus largement utilisée.</p> <p>Même si l'étude de Zech et al. (1999) montre de meilleurs résultats pour la version B du questionnaire, je conseille d'utiliser la version complète si le temps disponible est suffisant.</p> <p>Les facteurs F1, F3 et F5 du BVAQ correspondent respectivement aux facteurs F2, F1 et F3 du TAS-20. Les facteurs F2 et F4 sont uniques.</p>

