

Psychiatrie

Étude des liens entre l'alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance interpersonnelle chez des sujets addictifs

Mario SPERANZA (1), Philippe STÉPHAN (2), Maurice CORCOS (3), Gwenolé LOAS (4), Olivier TAIEB (5), Olivier GUILBAUD (3), Fernando PEREZ-DIAZ (6), Jean-Luc VENISSE (7), Paul BIZOUARD (8), Olivier HALFON (2), Philippe JEAMMET (3)*

RÉSUMÉ : Étude des liens entre l'alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance interpersonnelle chez des sujets addictifs

Dans la littérature scientifique, le terme d'addiction définit un ensemble de phénomènes caractérisés par un besoin irrésistible de s'engager dans des comportements, réalisés de manière répétitive et persistante, malgré leurs conséquences délétères pour l'individu, qu'elles soient somatiques, psychologiques ou sociales. Les sujets qui présentent de tels comportements partageraient des traits de personnalité spécifiques parmi lesquels les dimensions d'alexithymie et de dépression, qui ont particulièrement été étudiées. Cette étude se propose d'explorer l'hypothèse d'un modèle psychopathologique spécifique reliant l'alexithymie et la dépression dans des pathologies addictives diverses telles que l'alcoolisme, la toxicomanie ou les troubles des conduites alimentaires. Pour cela, les dimensions alexithymiques et dépressives d'un large échantillon clinique de patients addictifs et de sujets contrôles ont été investiguées, puis analysées par l'outil statistique des pistes causales, méthode qui permet de tester des modèles de relations causales unidirectionnelles entre un certain nombre de variables observées. Les résultats de cette étude montrent un bon ajustement entre les données recueillies et le modèle proposé. Ils soutiennent l'hypothèse qu'une dimension dépressive peut faciliter le développement d'une dépendance interpersonnelle chez des sujets alexithymiques vulnérables. Les implications cliniques dans la prise en charge des troubles addictifs d'un tel modèle sont nombreuses.

Mots-clés : Troubles addictifs, Alexithymie, Dépression auto-critique, Dépression anaclitique, Dépendance.

SUMMARY: Relationships between alexithymia, depression and interpersonal dependency in addictive subjects

In the scientific literature, the term of addiction is currently used to describe a whole range of phenomena characterized by an irresistible urge to engage in a series of behaviors carried out in a repetitive and persistent manner despite accruing adverse somatic, psychological and social consequences for the individual. It has been suggested that subjects presenting such behaviors would share specific features of personality which support the appearance or are associated with these addictive behaviors. Dimensions such as alexithymia and depression have been particularly well investigated. The aim of this study was to explore the hypothesis of a specific psychopathological model relating alexithymia and depression in different addictive disorders such as alcoholism, drug addiction or eating disorders. Alexithymic and depressive dimensions were explored and analyzed through the statistical tool of path analysis in a large clinical sample of addicted patients and controls. The results of this statistical method, which tests unidirectional causal relationships between a certain number of observed variables, showed a good adjustment between the observed data and the ideal model, and support the hypothesis that a depressive dimension can facilitate the development of dependence in vulnerable alexithymic subjects. These results can have clinical implications in the treatment of addictive disorders.

Key-words: Addictive disorders, Alexithymia, Depression, Self-criticism, Dependence.

* Le promoteur de cette étude est l'Institut Mutualiste Montsouris. Ce réseau de Recherche Clinique « Dépendances », dirigé par le Pr Philippe Jeammet, a reçu le soutien de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (réseau INSERM n° 494013). Les deux premiers auteurs, Mario Speranza et Philippe Stéphan, ont contribué à titre égal à la rédaction de cet article. L'ordre d'apparition de leurs noms est simplement alphabétique.

(1) Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Bicêtre, Fondation Vallée, 7, rue Bensérade, 94257 Gentilly.

(2) Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CH-1005 Lausanne, Suisse.

(3) Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Institut Mutualiste Montsouris, 75014 Paris.

(4) Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie, Hôpital Pinel, 80000 Amiens.

(5) Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Avicenne, 93009 Bobigny.

(6) Unité CNRS UMR 7593, CHU Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris.

(7) Unité des Addictions, Hôpital Saint-Jacques, 44035 Nantes.

(8) Service de Psychiatrie, Hôpital Saint-Jacques- CHU, 25030 Besançon.

Correspondance et tirés à part : M. SPERANZA, à l'adresse ci-dessus. E-mail : mariosperanza@wanadoo.fr

Dans la littérature scientifique, le terme d'addiction, qui désignait une dépendance aux substances psychoactives, en est venu à rendre compte de situations caractérisées par une perte de contrôle vis-à-vis de comportements, effectués de manière répétitive et persistante, malgré leurs conséquences délétères pour l'individu, qu'elles soient somatiques, psychologiques ou sociales [1, 2]. Les addictions réunissent ainsi actuellement les dépendances traditionnelles à des substances toxiques telles que l'alcool et les drogues [3], mais aussi les troubles des conduites alimentaires comme l'anorexie et la boulimie [4] ou les achats compulsifs [5] ou encore le jeu pathologique [6].

Bien que certaines de ces pathologies ne présentent pas de signes de sevrage physique (qui définit spécifiquement la dépendance), il est maintenant admis que tout comportement ayant la capacité d'influencer l'état psychique d'un individu est potentiellement addictif. Shaffer [2] propose ainsi de considérer avant tout la relation qui s'établit entre la personne et son objet d'addition, bien avant les attributs de l'objet lui-même. L'addiction, en effet, ne dépend pas seulement des caractéristiques biologiques de l'objet : elle correspond bien plus à un changement qualitatif et quantitatif dans les modalités comportementales du sujet. Les conduites addictives, indépendamment de leurs origines, semblent gouvernées par un système de récompense qui entraîne une réorganisation de la personnalité autour d'elles. Cela peut être vrai même pour les comportements autodestructeurs si fréquemment rencontrés chez les patients dépendants qui les utilisent comme un mode de régulation émotionnelle de l'angoisse [7].

Devant l'association fréquente de différents troubles addictifs chez les mêmes individus, certains auteurs ont émis l'hypothèse d'une personnalité addictive commune aux conduites de dépendance [2]. Le débat reste ouvert sur le fait que cette dimension addictive corresponde à une vulnérabilité psycho-biologique ou qu'elle soit la conséquence de la conduite addictive. Parmi les traits psychologiques avancés dans la constitution de cette personnalité addictive, les dimensions de l'alexithymie et de la dépression ont été particulièrement étudiées.

Le terme d'alexithymie est un néologisme issu du grec signifiant « l'absence de mots pour exprimer les émotions » [8-9]. Il désigne une incapacité particulière à identifier et à décrire verbalement les sentiments et les émotions, une activité fantasmatique limitée et un style cognitif pragmatique prioritairement orienté vers les symptômes physiques et les éléments factuels extérieurs [10]. Des niveaux élevés d'alexithymie ont été retrouvés chez les patients présentant une addiction, qu'il s'agisse de toxicomanie, d'alcoolisme ou de troubles alimentaires [10, 11]. Taylor *et al.* ont proposé un modèle explicatif de l'association addiction-alexithymie. Selon eux, les sujets alexithymiques utilisent le comportement addictif comme moyen de régulation de leurs perturbations émotionnelles - qui découlent de leurs difficultés cognitives à identifier et élaborer les émotions et d'une faible capacité d'introspection [10]. Mais la conduite addictive qui, au total, renforce les difficultés émotionnelles, les enferme dans un fonctionnement rigide autour d'elle.

La dépression est une autre caractéristique commune des patients addictifs, qu'elle soit un facteur prédisposant ou une conséquence des conduites addictives. Cliniquement, l'expérience subjective de la dépression est souvent très différente selon les patients. Certains patients éprouvent, plus que des vraies dépressions, des états dysphoriques qui s'associent à des plaintes somatiques et à des passages à l'acte répétés. Il s'agit globalement plus des troubles de l'humeur de type dysthymique que de trouble bipolaire [12]. Les chevauchements avec les troubles de la personnalité, et spécialement les troubles borderlines et narcissiques, peuvent être importants [13]. Rappelons que les affects dysphoriques, les conduites addictives et l'hypersensibilité narcissique font partie des critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline. Pour ces raisons, il apparaît important lors d'études sur les comportements addictifs, d'évaluer la dépression, non seulement d'une manière catégorielle, mais également d'une manière dimensionnelle, dans le contexte des éléments de la personnalité. Cette approche a été adoptée par différents auteurs qui ont identifié deux types fondamentaux d'expérience dépressive dans un continuum entre le normal et le pathologique [14-15]. Blatt *et al.*, en particulier, ont proposé une théorie de la dépression et de la psychopathologie qui intègre les contributions de la psychanalyse et celles de la psychologie du développement. Dans leur théorie, le développement de la personnalité est visualisé comme l'interaction de deux axes de base : la capacité d'établir des rapports interpersonnels stables, durables et mutuellement satisfaisants (axe interpersonnel) et l'accomplissement d'une identité différenciée, réaliste et essentiellement positive (axe introjectif) [16]. Le rapport entre ces deux axes du développement implique un processus dialectique complexe selon lequel le progrès de chaque ligne est essentiel au progrès de l'autre, le processus final contribuant au développement d'un sentiment d'identité et de la capacité d'être dans une relation interpersonnelle satisfaisante, base de la configuration primaire de la personnalité d'un individu. Le déséquilibre de ces différents processus du développement crée au contraire une vulnérabilité à des troubles psychologiques ultérieurs spécifiques [17]. Blatt *et al.* ont défini comme anaclitique ou dépendant, l'axe impliqué dans la pathologie des relations interpersonnelles (un besoin excessif de proximité, associé à des sentiments de perte, d'abandon et de solitude) et, comme introjectif ou auto-critique, l'axe concerné par la pathologie du sentiment de soi et de l'identité (associée à une faible estime de soi, à la peur de l'échec, à la culpabilité et au manque de confiance) [16]. Ces deux axes se retrouvent dans leur questionnaire sur les expériences dépressives [18].

Pour certains auteurs, ces différentes dimensions psychopathologiques sont corrélées d'une manière dynamique : les conduites addictives, favorisées par la présence de l'alexithymie, joueraient un rôle de compensation vis-à-vis des expériences dépressives - sentiments de vide, d'inefficacité, de difficultés relationnelles et de troubles de l'identité - ressentis par les sujets qui présentent des troubles de la personnalité. Si les sujets alexithymiques peuvent faire l'expérience des deux dimensions d'expériences dépressives, il semblerait que l'axe anaclitique/dépendant leur soit

plus spécifique. La difficulté à réguler les affects de manière autonome, qui caractérise les sujets alexithymiques, peut en effet déterminer l'instauration de relations de dépendance plus ou moins symbiotiques avec des personnes extérieures qui jouent le rôle de régulateurs des émotions. On en arrive ainsi à évoquer une autre caractéristique importante des troubles addictifs, à savoir la dimension de dépendance interpersonnelle.

Dans la psychologie contemporaine, on définit par « dépendance interpersonnelle » un ensemble de sentiments, de croyances et de comportements qui se traduisent par le besoin d'interagir et d'être constamment en contact étroit avec des personnes chères ou estimées, afin d'être rassurés [19]. La notion de dépendance affective a été conceptualisée à partir de la théorie psychanalytique des relations d'objet, mais également des théories éthologiques telles l'attachement et l'apprentissage social des comportements. Cette dimension de la personnalité a été investiguée, surtout par Hirschfeld *et al.*, à travers l'Inventaire de Dépendance Interpersonnelle (IDI), essentiellement dans l'alcoolisme, la dépression et les maladies psychosomatiques [20, 21]. Elle peut être considérée comme un facteur de risque pour de nombreuses autres pathologies somatiques et psychiatriques [22, 23]. Les différentes études qui ont exploré la relation alexithymie – dépendance ont cependant abouti à des résultats contradictoires. Certains trouvent une forte corrélation [24, 25], d'autres ne mettent pas en valeur de liens entre ces deux dimensions [26]. Récemment, Loas *et al.* [23] ont montré, chez des patients alcooliques, des corrélations positives entre le facteur cognitif de la TAS et les facteurs « dépendance psychologique » et « affirmation d'autonomie » de l'IDI. Ils ont émis l'hypothèse qu'il existerait un style cognitif spécifique reflétant la dimension alexithymique de la personnalité et favorisant les phénomènes de dépendance en réduisant les capacités d'introspection de l'individu.

L'alexithymie, la dépression anaclitique et introjective, ainsi que la dépendance interpersonnelle sont donc des dimensions psychopathologiques corrélées qui correspondent à des facteurs de risque pour les troubles addictifs. Certaines études ont essayé d'explorer individuellement ces dimensions dans la population générale [26] ou chez des patients dépendants [23], mais il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude ayant mis en relation ces trois dimensions dans un modèle unifié du fonctionnement addictif. C'est ce que se propose cette étude : explorer les liens entre les dimensions de dépendance interpersonnelle, d'alexithymie et des expériences dépressives dans des pathologies addictives aussi diverses que l'alcoolisme, la toxicomanie ou les troubles des conduites alimentaires, afin d'établir un modèle rendant compte de la combinaison dans l'addiction de ces dimensions de la personnalité. Nous formulons l'hypothèse, soutenue par la littérature, qu'il existe un profil psychopathologique commun aux différentes pathologies addictives : il résulte des liens entre l'alexithymie à la dépendance interpersonnelle qui impliquent des expériences dépressives (anaclitique ou autocritique). Ce modèle, qui peut être pertinent pour l'échantillon global des troubles addictifs, pourrait se décliner de manière spécifique selon les différents troubles addictifs.

Méthode

SUJETS

Les sujets de cette étude ont été sélectionnés parmi les participants du réseau INSERM « Dépendance » (n° 494013), réseau international multicentrique investiguant les facteurs psychopathologiques communs aux différentes pathologies de la dépendance. Six cent treize sujets, âgés de 15 à 45 ans et répondant aux critères DSM-IV d'anorexie, de boulimie, de toxicomanie ou d'alcoolisme, ont été recrutés dans différents services d'hospitalisation ou de consultation ambulatoire [3]. Un échantillon de 518 sujets contrôles appariés a également été constitué par un recrutement dans des écoles, des centres de loisirs et par annonce. Chaque sujet a été apparié individuellement avec un sujet contrôle sur le genre, l'âge (± 1 an entre 15 et 29, ± 3 ans entre 30 et 45) et le niveau socio-économique selon les 5 catégories principales définies par l'INSEE (les étudiants, en particulier, ont été appariés avec des étudiants). Les sujets contrôle présentant des antécédents de troubles addictifs ou un trouble psychotique, une maladie chronique ou ayant répondu partiellement à l'ensemble du protocole clinique, ont été exclus de l'étude.

L'échantillon des patients est globalement composé de jeunes adultes ayant entre 20 et 40 ans, célibataires dans la majorité des cas, avec une formation scolaire et professionnelle de niveau baccalauréat ou plus dans 2/3 des cas. Les patients présentant un trouble des conduites alimentaires sont globalement plus jeunes et en majorité étudiants par rapport aux patients toxicomanes et alcooliques. La description des principales caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon est résumée dans le *tableau 1* et développée dans la section résultats de l'article.

ÉVALUATION CLINIQUE

Tous les sujets ont complété le protocole du réseau qui comportait un entretien semi-structuré d'évaluation diagnostique et un auto-questionnaire recueillant des éléments socio-démographiques et des caractéristiques psychopathologiques spécifiques liées aux comportements de dépendance, en particulier l'alexithymie, les expériences dépressives, la dépression et la dépendance interpersonnelle.

Les diagnostics ont été établis à l'aide du Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), un instrument diagnostique validé et structuré pour établir les diagnostics de l'axe I du DSM-IV [27]. Pour cette étude, ont été retenues les sections relatives aux troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie) et aux troubles de dépendance de substances.

L'alexithymie a été mesurée à l'aide de la traduction française de la version révisée de l'échelle de Toronto (TAS-20) [28]. L'échelle se compose de trois facteurs qui ont montré une relative stabilité [29, 30, 31] : *a*) difficulté à identifier les sentiments et à les différencier des sensations corporelles provenant des émotions ; *b*) difficulté à décrire les sentiments et à les communiquer aux autres ; *c*) pensées centrées sur les événements extérieurs. Le

Tableau I. – Données socio-démographiques de l'échantillon clinique.

Variables	AN (N = 149)		BN (N = 84)		AF (N = 59)		TF (N = 45)		AH (N = 149)		TH (N = 78)	
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
Âge	20,8	5,2	23,1	5,0	36,4	5,0	23,4	5,3	36,2	6,7	26,0	6,6
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Niveau d'éducation												
– < Bac	12	8,2	5	6	15	26,3	16	36,4	36	24,7	27	34,2
– Bac	49	33,6	15	17,9	23	40,4	18	40,9	77	52,7	26	32,9
– > Bac	85	58,2	64	76,2	19	33,3	10	22,7	33	22,6	26	32,9
État civil												
– Célibataire	132	89,2	68	81	26	44,1	35	77,8	97	65,1	66	83,5
– Marié	16	10,8	16	19	33	55,9	10	22,2	52	34,9	13	16,5
Activité professionnelle												
– Aucune activité	9	6	2	2,4	4	6,8	12	26,7	9	6	10	12,7
– Étudiants	109	73,2	38	45,2	0	0	10	22,2	1	0,7	18	22,8
– Ouvriers spécialisés	1	0,7	1	1,2	5	8,5	1	2,2	74	49,7	21	26,6
– Employés	23	15,4	25	29,8	39	66,1	19	42,2	47	31,5	19	24,1
– Cadres	7	4,7	18	21,4	11	18,6	3	6,8	18	12,1	11	13,9
– Hospitalisés	108	73,0	14	16,9	54	91,5	18	47,4	135	90,0	29	47,5

M : moyenne ; ET : écart-type ; AN : anorexie nerveuse ; BN : boulimie nerveuse ; AF : alcooliques femmes ; AH : alcooliques hommes ; TH : toxicomanes hommes ; TF : toxicomanes.

score global varie entre 20 et 100. Le point-seuil de 56 a été choisi pour évaluer en catégoriel la présence de l'alexithymie dans l'échantillon [29].

Les expériences dépressives ont été évaluées avec deux auto-questionnaires : les versions françaises de l'Inventaire de Dépression de Beck à 13 items (BDI-13) [32, 33], et le Depressive Experience Questionnaire (DEQ) de Blatt [18]. Le BDI-13 est une version courte de l'Inventaire de Dépression de Beck [34] qui évalue l'humeur dépressive actuelle. Chaque item se compose de 4 réponses décrivant l'humeur du sujet. Pour chaque item, des estimations de 0 à 3 sont faites selon la sévérité de la réponse. Le score varie de 0 à 39. On considère la présence d'une dépression à partir d'un score de 16. Le BDI-13 a montré des qualités métrologiques satisfaisantes dans sa version française [33]. Le DEQ de Blatt [18] est un auto-questionnaire composé de 66 items positifs et négatifs qui décrivent des qualités différentes de l'expérience dépressive. Trois facteurs ont été définis par l'analyse factorielle : *a*) les rapports interpersonnels (pôle anaclitique), *b*) les préoccupations concernant l'identité (pôle autocritique), et *c*) le fonctionnement du sujet et la confiance dans ses propres ressources et capacités (pôle de l'efficacité). Cette échelle présente de bonnes qualités métrologiques [35]. La version française utilisée dans cette étude présente les mêmes caractéristiques factorielles que l'originale [36].

La dépendance interpersonnelle a été évaluée par l'Inventaire de Dépendance Interpersonnelle d'Hirschfeld (IDI). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation comprenant 70 items se répartissant en trois dimensions : la dépendance psychologique vis-à-vis d'autrui (ER), le manque de confiance en soi sur le plan social (LSS) et l'affirmation d'autonomie (AUT). Cette échelle permet d'obtenir un score à partir de chacune des sous-échelles et un score global. Les sous-échelles ER et LSS sont thymo-dépendantes [20, 21].

Les sujets ont été vus individuellement lors de deux séances qui duraient chacune environ une heure et demi. Les entretiens ont été conduits par des cliniciens entraînés. Les sujets ont été informés des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement écrit.

ANALYSES STATISTIQUES

Les échantillons de sujets dépendants et les témoins appariés ont d'abord été comparés selon les variables socio-démographiques et psychopathologiques. Les comparaisons entre patients et contrôles ont été effectuées à l'aide du χ^2 pour les variables catégorielles et par une ANOVA pour les variables continues. Une analyse de covariance avec le sexe et l'âge comme variables de confusion a été employée pour comparer les groupes cliniques. Des corrélations biva-

riées ont été calculées pour évaluer les relations entre les variables, suivies par un test « z » de Fisher pour la comparaison de coefficients.

Afin d'évaluer l'hypothèse d'un modèle psychopathologique spécifique reliant les différentes variables choisies, nous avons utilisé l'outil statistique des pistes causales du SPSS. Cette méthode permet de tester des modèles idéaux de relations causales unidirectionnelles entre un certain nombre de variables observées. Le résultat de cette analyse permet d'évaluer si les données observées se rapprochent du modèle idéal formulé. Différents indices reflètent l'ajustement global des données au modèle. Parmi les différentes mesures, le Goodness of Fit Index (GFI) et l'Adjusted for Degrees of Freedom Index (AGFI) sont les plus utilisées pour évaluer la pertinence du modèle. Une valeur élevée sur ces deux indicateurs est le reflet de la pertinence du modèle. Une analyse des pistes causales est construite sur deux bases : d'abord, les variables choisies doivent être pertinentes d'un point de vue clinique et logiquement reliées aux autres variables ; secondairement, le modèle doit être parcimonieux et exclure les variables redondantes, comme, par exemple, les sous-facteurs d'une variable trop étroitement corrélés avec celle-ci. La méthode des pistes causales est particulièrement intéressante pour explorer certains domaines de la recherche clinique qui ne peuvent pas être abordés à travers les stratégies expérimentales traditionnelles [37].

Pour l'analyse statistique, nous avons créé 6 groupes de patients : les sujets anorexiques (AN) et les sujets boulimiques (BN), constitués exclusivement par des femmes ; les sujets dépendants à l'alcool, séparés en hommes (AH) et en femmes (AF) ; et les sujets dépendants à un produit toxique, séparés en hommes (TH) et en femmes (TF). Nous avons décidé de séparer les hommes et les femmes en 2 échantillons séparés à la suite d'analyses préliminaires qui ont révélé des différences des mesures psychopathologiques en fonction du sexe et de l'âge. Les comparaisons des groupes cliniques ont été systématiquement ajustées sur ces variables. Les comparaisons entre patients et contrôles n'ont pas été ajustées sur ces variables vu l'appariement des patients et des contrôles. L'analyse statistique a été réalisée avec la version 10.1 du logiciel SPSS.

Résultats

L'ÉCHANTILLON ÉTUDIÉ

L'échantillon clinique initial du « réseau dépendance » était composé de 613 patients. Pour créer des groupes homogènes de sujets, des critères de sélection spécifiques ont été appliqués à cet échantillon. Les patients présentant un diagnostic co-morbide de troubles alimentaires, de dépendance à l'alcool ou de dépendance à une drogue ont été exclus (29 patients, la plupart du temps avec 2 diagnostics co-morbides). Quatre anorexiques et 7 boulimiques de sexe masculin ont été exclus en raison de leur faible nombre pour des analyses statistiques. Seuls les sujets ayant rempli l'intégralité du questionnaire ont été inclus dans l'étude (38 patients et 40 sujets témoins éliminés). L'échan-

tillon final est ainsi composé de 564 patients dépendants divisés en 6 sous-groupes : 149 anorexiques, 84 boulimiques, 59 alcooliques femmes, 45 toxicomanes femmes, 149 alcooliques hommes, et 78 toxicomanes hommes, et de 518 sujets contrôles.

L'âge moyen diffère selon les sous-groupes cliniques. Les hommes et les femmes alcooliques sont les plus âgés de l'échantillon, les anorexiques les plus jeunes. La majorité de patientes anorexiques sont hospitalisées, alors que les patients boulimiques sont presque toutes consultantes. Les sujets alcooliques ont été recrutés principalement dans des contextes d'hospitalisation. Les patients toxicomanes proviennent de centres spécialisés dans les thérapies de substitution, principalement par la méthadone (*tableau I*).

ALEXITHYMIE, DÉPRESSION ET DÉPENDANCE

Les dimensions psychopathologiques de l'échantillon clinique sont présentées dans le *tableau II*.

Les scores d'alexithymie sont significativement plus élevés dans le groupe des patients addictifs par rapport au groupe témoin, tant au niveau du score total que des sous-échelles « identification des émotions » et « description des émotions ». Le troisième facteur (« pensées centrées sur les événements extérieurs ») ne différencie pas les patients des sujets contrôles. Le pourcentage de sujets alexithymiques (score supérieur à 56 à la TAS) est de 52,8 % chez les patients contre 22,4 % chez les témoins (différence significative, $p < 0,001$). Ce résultat est conforme aux données de la littérature [38].

La moyenne du score total à la TAS varie de 52,7 dans le groupe des toxicomanes femmes à 57,3 dans le groupe des alcooliques hommes. Les différences entre ces groupes ne sont pas significatives. On note, cependant, que les scores les plus élevés sont retrouvés chez les anorexiques et dans les 2 populations d'alcooliques, hommes et femmes. Ces résultats se trouvent également dans les pourcentages d'alexithymiques de chaque groupe. Ce sont, à nouveau, les groupes d'anorexiques et d'alcooliques hommes et femmes qui ont le taux d'alexithymie le plus élevé, allant jusqu'à 63 % dans la population des alcooliques hommes.

En ce qui concerne les échelles de dépression (Inventaire de Dépression de Beck et Depressive Experience Questionnaire), la différence entre les 2 groupes est significative, avec des scores plus élevés chez les patients par rapport aux contrôles, à l'exception du 3^e facteur (« efficacité ») du DEQ. Plus globalement, les femmes présentent des scores plus élevés d'« autocritique » et d'« anaclitisme » que les hommes, les troubles alimentaires plus que les toxicomanes. Ce résultat est inversé en ce qui concerne le facteur « efficacité » du DEQ.

Enfin, sur le plan de la dépendance interpersonnelle, les patients ont un score significativement plus élevé des contrôles à tous les sous-facteurs de l'Inventaire de Dépendance Interpersonnelle, à l'exception du facteur « autonomie » où les contrôles présentent un score plus élevé que les patients, et cela est particulièrement net pour les troubles alimentaires.

Tableau II. – Scores aux variables psychopathologiques.

Variables	AN (N = 149)	BN (N = 84)	AF (N = 59)	TF (N = 45)	AH (N = 149)	TH (N = 78)	Contrôles (N = 518)	Différences entre groupes*
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)
TAS Score total	55,8 (11)	54,7 (10)	55,3 (10)	52,1 (12)	57,3 (9)	52,6 (11)	46,4 (11)	NS
TAS – Identification	21,7 (6)	22,2 (6)	20,9 (5)	19,7 (7)	20,8 (5)	19,2 (6)	15,0 (5)	NS
TAS – Description	16,8 (4)	16,0 (4)	15,6 (4)	15,5 (4)	16,3 (3)	15,4 (4)	13,6 (4)	NS
TAS – Pensée extérieure	17,3 (4) ^{NS}	16,4 (5) ^{NS}	18,9 (5) ^{NS}	17,0 (4) ^{NS}	20,1 (4) ^{NS}	17,9 (5) ^{NS}	17,9 (5)	(g)
TAS ≥ 56	80 (54 %)	41 (49 %)	28 (47 %)	19 (42 %)	95 (64 %)	32 (40 %)	115 (22 %)	NS
BDI-13	13,9 (8)	13,4 (8)	12,3 (7)	9,8 (7)	10,0 (7)	7,0 (5)	3,1 (4)	(c, b, e, i)
DEQ 1 – Autocritique	1,5 (1,0)	1,8 (0,8)	1,4 (0,9)	1,0 (1,1)	1,1 (0,9)	0,8 (0,9)	0,06 (0,9)	(e, g, h, i, l)
DEQ 2 – Anaclitique	0,8 (0,8)	0,8 (0,9)	0,8 (0,9)	0,3 (1,0) ^{NS}	0,6 (0,8)	0,1 (0,9) ^{NS}	-0,05 (0,9)	(e, d, h, i)
DEQ 3 – Efficacité	-0,1 (0,8) ^{NS}	-0,1 (0,7) ^{NS}	0,3 (0,9)	-0,1 (0,9) ^{NS}	0,6 (0,9) ^{NS}	0,3 (1,0) ^{NS}	0,04 (0,9)	(b, c, e, g, i)
IDI Score total	222,9 (30)	225,4 (29)	230,0 (28)	204,7 (21) ^{NS}	221,8 (30)	205,2 (36)	192,3 (29)	(d, e, i, h, l, m)
IDI - Dépendance psychologique	52,0 (8)	53,2 (8)	53,9 (8)	47,8 (11) ^{NS}	51,7 (8)	47,0 (10) ^{NS}	44,1 (8)	(e, i, l)
IDI – Manque de confiance en soi	39,1 (9)	38,0 (9)	37,0 (7)	32,0 (7) ^{NS}	36,7 (7)	32,3 (7) ^{NS}	31,6 (6)	(b, d, e, g, h, i)
IDI – Autonomie	27,9 (6) ^{NS}	27,7 (7) ^{NS}	31,3 (6)	29,2 (6) ^{NS}	32,0 (6)	31,7 (6)	28,2 (6)	(c, e, g, i)

M : moyenne ; ET : écart-type ; AN : anorexie nerveuse ; BN : boulimie nerveuse ; AF : alcooliques femmes ; AH : alcooliques hommes ; TH : toxicomanes hommes ; TF : toxicomanes femmes ; TAS : Toronto Alexithymia Scale ; DEQ : Depressive Experience Questionnaire ; IDI : Interpersonal Dependency Inventory ; BDI : Beck Depression Inventory.

NS : test t pour échantillons indépendants. Différences non significatives (> 0,05) entre les patients et le groupe de contrôle.

* Analyse de covariance entre les groupes cliniques, post-hoc test de Bonferroni ($p < 0,05$) : (a) AN versus BN ; (b) AN versus AF ; (c) AN versus AH ; (d) AN versus TF ; (e) AN versus TH ; (f) BN versus AF ; (g) BN versus AH ; (h) BN versus TF ; (i) BN versus TH ; (l) AF versus TH ; (m) AH versus TH ; (n) TH versus TF ; (o) AH versus AF ; (p) AH versus TH ; (q) AH versus TF ; (r) TH versus TF.

ANALYSE DES CORRÉLATIONS ENTRE LES DIMENSIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Nous avons observé des corrélations positives entre la majorité des dimensions psychopathologiques étudiées, à l'exception de celles concernant la troisième dimension de la TAS (« pensées centrées sur les événements extérieurs »), la troisième dimension du DEQ (« efficacité ») et la troisième dimension de l'IDI (« autonomie »).

En ce qui concerne les corrélations entre les deux mesures de dépression (Inventaire de Dépression de Beck et Depressive Experience Questionnaire), nous avons observé que le BDI est plus fortement corrélé avec la dimension « autocritique » du DEQ (0,63) qu'avec la dimension « anaclitique » (0,40). Les deux dimensions du DEQ sont positivement corrélées entre elles (0,65), ce qui n'est pas le cas avec la dimension « efficacité » du DEQ.

De fortes corrélations sont également retrouvées dans l'échantillon global entre la dépendance interpersonnelle, la dimension « autocritique » du DEQ (0,66) et la dimension « anaclitique » du DEQ (0,40). La dépendance interpersonnelle est modérément corrélée avec le BDI (0,40).

Les deux premiers facteurs de la TAS sont fortement corrélés avec le score global (respectivement : « difficulté à identifier les émotions » / TAS score global = 0,82 ;

« difficultés à décrire les émotions »/TAS score global = 0,79). Les deux premiers facteurs de l'Inventaire de Dépendance Interpersonnelle sont fortement corrélés avec le score global (respectivement : « dépendance psychologique vis-à-vis d'autrui » IDI-ER/IDI score total = 0,96 ; « manque de confiance en soi sur le plan social » IDI-LSS/IDI score total = 0,7). Enfin, le score total de l'IDI est significativement corrélé avec le score total de la TAS-20, sans l'être avec le facteur « pensées centrées sur les événements extérieurs » de la TAS (0,10).

Le *tableau III* présente les corrélations significatives entre ces différentes variables.

ANALYSES DE PISTE CAUSALES

Les résultats des corrélations nous ont montré que le facteur « pensées orientées vers les événements extérieurs » de la TAS, le facteur « efficacité » du DEQ et le facteur « autonomie » de l'IDI sont faiblement corrélés avec les scores des autres variables. Leur poids dans le modèle peut donc être négligé puisqu'il n'est pas significatif. De la même façon, les deux premiers facteurs de la TAS (« difficulté à identifier les émotions » et « difficulté à décrire les émotions ») et les deux premiers facteurs de l'IDI (« dépendance psychologique » et « manque de confiance en soi sur le plan social »), qui sont fortement corrélés avec

Tableau III. – Corrélations des variables des patients addictifs.

Variables	AN	BN	AF	TF	AH	TH	Tous
TAS/DEQ 1	0,48	0,51	0,39	0,59	0,31	0,36	0,41
TAS/DEQ 2	0,36	0,51	0,38	0,52	0,07#	0,25	0,30
IDI/DEQ 1	0,75	0,69	0,58	0,78	0,58	0,78	0,66
IDI/DEQ 2	0,73	0,61	0,60	0,83	0,60	0,83	0,66
TAS/IDI	0,38	0,42	0,54	0,41	0,54	0,41	0,40
BDI/DEQ 1	0,60	0,67	0,32	0,60	0,52	0,60	0,63
BDI/DEQ 2	0,42	0,44	0,14#	0,50	0,14#	0,50	0,40
TAS/BDI	0,41	0,51	0,45	0,51	0,27	0,43	0,40
TAS DIF/TAS							0,82
TAS DDF/TAS							0,79
IDI ER/IDI							0,96
IDI LLS/IDI							0,75

AN : anorexie nerveuse ; BN : boulimie nerveuse ; AF : alcooliques femmes ; AH : alcooliques hommes ; TH : toxicomanes hommes ; TF : toxicomanes femmes ; TAS : Toronto Alexithymia Scale ; TAS DIE : Difficultés à Identifier les Emotions ; TAS DDE : Difficultés à Décrire les Emotions ; DEQ1 : Depressive Experience Questionnaire – Autocritique ; DEQ2 : Depressive Experience Questionnaire – Anaclitique ; IDI : Interpersonal Dependency Inventory ; IDI ER : Emotional Reliance ; IDI LLS : Lack of Social Self-Confidence ; BDI : Beck Depression Inventory.

Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,01$. # Corrélations non significatives à $p < 0,05$.

leurs scores totaux respectifs, peuvent être ignorés dans le modèle car superflus. Au final, les variables à prendre en compte dans le modèle sont donc le DEQ1, le DEQ2, la TAS (score total) et l'IDI (score total).

Les résultats statistiques de notre étude confirment la pertinence de ce modèle (fig. 1). Les indices de fiabilité du modèle général sont excellents : Goodness of Fit Index = 0,97, Adjusted for degrees of freedom = 0,77. Les données des patients féminins s'adaptent mieux au modèle que celles des patients masculins. Le meilleur ajustement concerne les anorexiques (GFI = 0,999, AGFI = 0,995), le moins bon les alcooliques femmes (GFI = 0,937, AGFI = 0,368). Toutefois, malgré quelques différences entre les groupes, l'ajustement global des données au modèle est bon pour tous. Cela n'est pas le cas pour le groupe contrôle dont les données ne s'ajustent pas suffisamment au modèle (GFI = 0,774, AGFI = 0,274), ce qui est en faveur d'une certaine spécificité du modèle obtenu aux troubles addictifs.

Si l'on considère les relations entre l'alexithymie et la dépendance dans les modèles structuraux, nous observons que les coefficients de trajectoire entre la TAS et les deux facteurs de l'échelle de dépression de Blatt dans le modèle global sont respectivement de 0,42 pour le facteur « autocritique » et de 0,29 pour le facteur « anaclitique ». Cette différence est statistiquement significative ($z = 2,57$, $p = 0,012$). Les deux facteurs de dépression du DEQ sont, en revanche, reliés directement à l'échelle de dépendance interpersonnelle de manière équivalente (0,41 pour le premier facteur et 0,38 pour le second).

L'analyse des parcours reliant l'alexithymie et la dépendance dans les modèles structuraux selon les différents sous-groupes révèle deux profils opposés pour les troubles alimentaires : celui des anorexiques et celui des

boulimiques. Dans le sous-groupe des anorexiques, le modèle témoigne d'un passage par une dépression, qu'elle soit de forme anaclitique ou de forme autocritique. En revanche pour le groupe des boulimiques, comme dans le modèle comprenant l'ensemble des troubles addictifs, le passage est significativement plus en faveur de la dépression autocritique. En d'autres termes, la prédiction de la dépendance interpersonnelle à partir de l'alexithymie dépendrait d'une dépression autocritique chez les boulimiques, alors qu'elle dépendrait d'une dépression tant anaclitique qu'autocritique chez les anorexiques.

Dans les autres groupes cliniques, on constate des profils intermédiaires où s'équilibrent les parcours impliquant la dépression autocritique et celle anaclitique : les alcooliques femmes ont un profil proche des anorexiques, avec des coefficients de régression légèrement plus faibles. Les toxicomanes femmes se situent entre le profil des boulimiques et celui des anorexiques, avec des coefficients de régression très élevés. En ce qui concerne les hommes, les coefficients de régression sont dans l'ensemble plus faibles, ce qui témoigne d'une moins bonne adéquation du modèle donné. Le profil des hommes alcooliques est proche de celui des boulimiques alors que celui des hommes toxicomanes se situe entre les deux profils des anorexiques et des boulimiques. Aucune des comparaisons entre coefficients de corrélations n'est significative.

Discussion

Cette étude est la première à explorer la relation entre l'alexithymie, les expériences dépressives et la dépendance

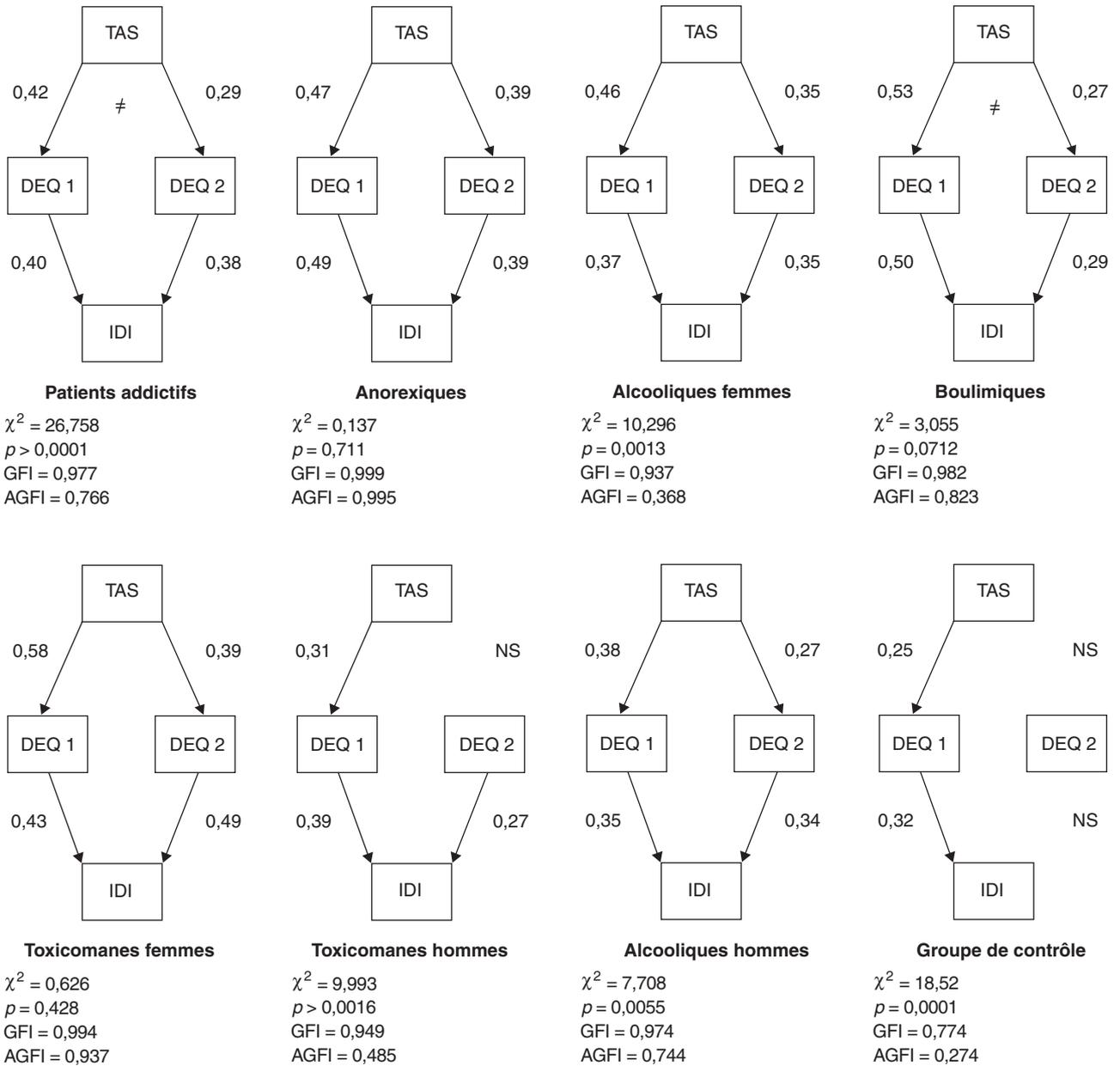


Fig. 1. – Modèles structureaux.

interpersonnelle dans un large échantillon de patients souffrant de pathologies addictives. Plusieurs résultats sont à discuter.

Le premier résultat important de l'étude tient aux scores significativement plus élevés, à la plupart des échelles utilisées, pour les patients addictifs par rapport aux contrôles. Les seules sous-échelles non significatives sont : le facteur « pensées centrées sur les événements extérieurs » de la TAS, le facteur « efficacité » du DEQ, et celui « autonomie » de l'IDI. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature où plusieurs auteurs sont même allés

jusqu'à suggérer que le troisième facteur de la TAS ne représente pas une dimension intéressante de l'alexithymie et ne se corrèle avec aucune pathologie psychiatrique [11, 23, 39]. En ce qui concerne les sous-facteurs « efficacité » du DEQ et « autonomie » de l'IDI, leur négativité chez les sujets addictifs rend compte des stratégies qui sont mises en place par les sujets pour pallier leurs difficultés d'élaboration cognitive des émotions douloureuses. On peut faire l'hypothèse qu'elles se rapprochent du déni, le mécanisme de défense qui est en jeu dans les problématiques de dépendance [23]. C'est comme si les mêmes scores

à ces sous-échelles pouvaient être interprétés de manière différente chez les patients et chez les témoins. Pour ces derniers, leurs réponses correspondraient à un fonctionnement adéquat et à une notion de bien-être authentique. Pour les patients au contraire, les scores reflèteraient une attitude de déni vis-à-vis de leur pathologie. Les résultats interprétés dans ce sens laissent supposer que les patientes atteintes de troubles alimentaires sont moins dans le déni de leur pathologie que les alcooliques et les toxicomanes.

Un second résultat de l'étude est la mise en évidence d'une organisation spécifique aux conduites addictives des dimensions psychopathologiques étudiées. La dimension alexithymique est centrale dans cette organisation, avec des scores d'alexithymie significativement plus élevés que chez les témoins et qui varient peu entre les groupes. Rappelons que plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse que l'alexithymie prédispose au développement d'une consommation pathologique de substances psychoactives. Selon Taylor *et al.*, les conduites addictives peuvent représenter une voie de compensation face à l'impossibilité de ces patients à gérer leurs émotions [40]. Les hommes alexithymiques ont, par exemple, tendance à consommer d'avantage d'alcool que les non-alexithymiques [41]. Le recours à l'alcool pourrait, en effet, faciliter le contact verbal et émotionnel chez les sujets alexithymiques en difficulté dans les relations interpersonnelles [42]. Cependant, la plupart de ces études, qui postulent une direction causale entre alexithymie et pathologies addictives, s'appuient sur des investigations transversales ou longitudinales, mais chez des sujets présentant déjà un trouble addictif. Ces approches ne permettent donc pas d'établir un lien de causalité directe. Sans vouloir trancher sur la question de la primauté de l'alexithymie dans les conduites addictives, dans notre étude, nous avons essayé d'établir un modèle rendant compte de la combinaison dans les pathologies addictives de certaines dimensions de la personnalité cliniquement pertinentes : l'alexithymie, en étudiant ses liens avec la dépendance et la dépression. Nous avons soutenu l'idée que l'étude des liens entre l'alexithymie et la dépendance se doivent de prendre en compte l'existence d'une dimension dépressive, anaclitique ou autocritique. Notre hypothèse d'une association, chez les sujets souffrant de pathologies addictives, d'une dépendance psychologique, d'un fonctionnement alexithymique et de processus dépressifs, a donc été confirmée par l'analyse en pistes causales. En effet, statistiquement, le modèle théorique obtenu convient plus aux données du groupe des patients addictifs qu'au groupe contrôle, ce qui plaide en faveur de sa spécificité au fonctionnement addictif. Les trois dimensions de l'alexithymie, de la dépression et de la dépendance interpersonnelle peuvent donc être utilisées pour décrire un profil global des patients addictifs. Plus précisément, la relation qui existe entre l'alexithymie et la dépendance est influencée prioritairement par la présence d'une dépression de type autocritique (plus qu'une de type anaclitique). Arrêtons-nous sur la dimension « autocritique » qui semble caractériser l'ensemble des patients addictifs. Cette expérience dépressive, qui touche à la fragilité identitaire et au sentiment du soi, est fréquente chez ces sujets [40]. Pour contrôler l'humeur dysphorique, les sujets

dépendants auraient tendance à adopter différents comportements addictifs centrés autour de la sensorialité, qui leur permettraient de consolider leur identité et de réguler de façon autonome leurs émotions [42, 43]. Il est probable que cette tendance soit renforcée par un fonctionnement alexithymique.

Un troisième résultat important de l'étude tient aux différences retrouvées selon les troubles addictifs. En effet, le modèle, qui s'est montré pertinent d'un point de vue statistique pour l'échantillon global des troubles addictifs, révèle des différences selon les conduites addictives. Ces différences reposent sur les poids relatifs des expériences dépressives anaclitiques ou autocritiques dans l'organisation d'une personnalité dépendante. Les patients alcooliques, les anorexiques et les boulimiques sont ainsi plus déprimés (que la dépression soit évaluée par le BDI ou par le DEQ) et plus dépendants que les toxicomanes. Nous pouvons donc décrire, à partir de notre modèle, deux grands profils qui différencient les troubles addictifs :

- le 1^{er} profil concerne les sujets anorexiques et alcooliques pour lesquels les liens entre l'alexithymie et la dépendance impliquent un processus de dépression, qu'elle soit anaclitique ou autocritique. Les patients anorexiques et alcooliques ajoutent donc, à la dimension « autocritique » précédemment décrite, une dimension « anaclitique » plus spécifique qui concerne une expérience dépressive plus étroitement reliée aux relations interpersonnelles et à la dépendance à autrui. On peut dire que les patients anorexiques et alcooliques alexithymiques deviennent dépendants des autres, car ces derniers ont, pour eux, une fonction de régulateurs extérieurs de leurs émotions. Cette dépendance est souvent difficilement acceptée par eux. Les anorexiques, en particulier, qui la vivent souvent de manière ambivalente, développent des stratégies compensatoires comme la restriction et le contrôle obsessionnel pour se protéger contre les sentiments de dépendance et les craintes d'abandon qu'elles ressentent dans les relations [44, 45] ;

- le 2^e profil concerne les sujets boulimiques et toxicomanes pour lesquels les liens impliquent préférentiellement un processus de dépression de type autocritique.

Une telle conception des troubles addictifs ouvre à des implications cliniques intéressantes. En effet, identifier des liens spécifiques reliant l'alexithymie et la dépendance peut nous informer sur les besoins thérapeutiques des sujets dépendants et permettre le développement de stratégies ciblées. Sur la base de nos données, nous pouvons considérer que chez les sujets dépendants, la dimension alexithymique et les processus dépressifs de type autocritique ou anaclitique, interagissent selon des modalités particulières qui peuvent nous informer sur l'organisation psychopathologique de ces sujets. D'autres études sont certainement nécessaires afin d'identifier d'autres facteurs impliqués dans le développement et l'organisation de ces comportements. D'ores et déjà, différencier une dimension plus spécifiquement autocritique ou anaclitique peut conduire à des approches thérapeutiques différentes. Les patients anaclitiques sont en effet plus sensibles à la fonction de holding de la relation thérapeutique, alors que les patients autocritiques sont plus sensibles à l'interprétation [16]. Les patients addictifs qui

montrent une forte dépression anaclitique pourraient donc profiter d'une approche centrée sur la psychothérapie de soutien, tandis que les patients autocritiques pourraient davantage bénéficier d'une approche plus centrée sur l'introspection.

Nous devons cependant relever plusieurs limites à notre étude.

Premièrement, le modèle proposé d'une relation entre l'alexithymie, la dépression et la dépendance interpersonnelle a été établi à partir d'une étude transversale. Seules des études longitudinales, qui observeraient les changements dans le temps des relations entre les variables, pourraient donner des indications sur la nature causale de ces relations, ce qui n'était pas l'objectif principal de cette étude. Toutefois, les analyses en pistes causales ont montré leur intérêt pour tester des relations et décrire des liens de causalité entre plusieurs variables observées [46, 47]. Cette piste de travail nécessiterait d'être explorée davantage.

Deuxièmement, si l'échantillon était suffisamment large pour procéder à des analyses statistiques complexes, les sous-groupes étaient de taille relativement faible. De ce fait, les résultats concernant les modèles appliqués aux différents sous-groupes doivent être interprétés avec précaution.

Troisièmement, les groupes cliniques définis ont été choisis en fonction d'une hypothèse psychopathologique sur les troubles addictifs. Cependant, en dépit des similitudes entre ces pathologies, il existe des différences importantes telles que, par exemple, le fait que les patientes atteintes de troubles alimentaires ne présentent pas de dépendance physique, à la différence des autres groupes. La question se pose donc de l'intérêt de les inclure dans la même entité clinique que les autres comportements addictifs. Toutefois, il est intéressant de constater que les résultats statistiques soutiennent à la fois l'individualisation d'un style psychopathologique spécifique des troubles addictifs par rapport au groupe de contrôle.

Par ailleurs, bien que les échelles utilisées aient été conçues pour être relativement indépendantes de la gravité clinique, il faut se demander si les similitudes constatées ne reflètent pas en partie cette gravité plutôt qu'un réel fonctionnement psychopathologique spécifique. D'ailleurs, en ce qui concerne les profils similaires observés entre anorexiques et alcooliques comparés aux boulimiques et aux toxicomanes, nous ne pouvons pas exclure la possibilité qu'ils reflètent le statut clinique des groupes. La majorité des anorexiques et des alcooliques étaient, en effet, des patients qui étaient hospitalisés durant une phase critique de leur maladie et recherchaient une aide pour leurs difficultés. Au contraire, les boulimiques et les toxicomanes étaient presque tous des patients suivis en ambulatoire. Les toxicomanes, en particulier, provenaient d'un centre de substitution par la méthadone ; leurs demandes thérapeutiques étaient probablement plus limitées du fait de l'absence d'un stress spécifique comme l'hospitalisation. De plus, même si la différence n'était pas significative, nous avons observé chez les patients anorexiques et boulimiques une tendance à présenter des scores d'alexithymie plus élevés que chez les toxicomanes. Cela va dans le sens de l'hypothèse de

Haviland *et al.* qui soutiennent que, chez les patients dépendants, les traits alexithymiques pourraient correspondre à une stratégie défensive pour faire face aux sentiments douloureux liés à l'hospitalisation et à l'abstinence [11]. Ce résultat soulève la question de la place de l'anxiété à côté de la dépression dans un modèle impliquant l'alexithymie et la dépendance dans les pathologies addictives. Haviland *et al.* ont été les premiers à insister sur le rôle de l'anxiété état sur les niveaux d'alexithymie des patients dépendants [46]. Berthoz *et al.* ont élargi ce point de vue à la notion d'« anxiété trait » [47]. L'anxiété serait un facteur qui faciliterait l'accès au traitement dans ce type de population. Cette variable mérite en tous cas d'être explorée davantage dans des études futures.

Enfin, le choix des variables était basé sur des études précédentes, ce qui n'établit pas leur pertinence comme les meilleurs descripteurs de la personnalité addictive. Il serait intéressant, pour les études futures sur ce type de pathologies, d'inclure d'autres dimensions de la personnalité, telles que l'anxiété ou la recherche de sensations. En élargissant l'exploration des caractéristiques de personnalité et en effectuant des études longitudinales, nous devrions trouver d'autres clés pour développer des stratégies d'identification des sujets à risque de dépendance.

Références

1. GOODMAN A: Addiction: definition and implications. *Br J Addict* 1990; 85: 1403-8.
2. SHAFFER HJ: The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos. *Subst Use Misuse* 1997; 32: 1573-80.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC, 1994.
4. DAVIS C, CLARIDGE G: The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addict Behav* 1998; 23: 463-75.
5. LEJOYEUX M, MC LOUGHLIN M, ADES J: Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 129-34.
6. DICKERSON M, BARON E: Contemporary issues and future directions for research into pathological gambling. *Addiction* 2000; 95: 1145-59.
7. KARWAUTZ A, RESCH F, WOBBER-BINGOL C, SCHUCH B: Self-mutilation in adolescence as addictive behaviour. *Wien Klin Wochenschr* 1996; 108: 82-4.
8. SIFNEOS PE: The prevalence of "alexithymia" characteristics in psychosomatic patient. Topics of psychosomatic research. Bâle: S. Karger, 1972.
9. MARTY P, DE M'UZAN M, DAVID C: La pensée opératoire. *Rev Fr Psychanal* 1963; 27: 345-56.
10. TAYLOR GJ, BAGBY RM, PARKER JDA: Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
11. HAVILAND MG, SHAW DG, CUMMINGS MA, MACMURRAY JP: Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychoter Psychosom* 1988; 50: 164-70.
12. LYNKEY MT: The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 201-9.
13. SKINSTAD AH, SWAIN A: Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27: 45-64.

14. NACHT S, RACAMIER PC : Les états dépressifs. Étude psychanalytique. *Rev Fr Psychanal* 1959 ; 23 : 567-605.
15. CORCOS M : Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Collection « Psychismes ». Paris : Dunod, 2000.
16. BLATT SJ, ZUROFF DC: Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clin Psychol Rev* 1992; 12: 527-62.
17. FONAGY P, TARGET M: The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 2002; 12: 407-25.
18. BLATT SJ, D'AFFLITTI JP, QUINLAN DM: Depressive Experiences Questionnaire. New Haven (CT): Yale University Press, 1976.
19. BORNSTEIN RF: The dependent personality. New York: Guilford Press, 1993.
20. HIRSCHFELD RMA, KLERMAN GL, GOUGH HG, BARRETT J, KORCHIN SJ, CHODOFF P: A measure of interpersonal dependency. *J Personality Assess* 1977; 41: 610-8.
21. LOAS G, BORGNE JY, GERARD P, DELAHOUSSE J: Evaluation of affective dependence: validation study of the Hirschfeld *et al.* Inventory of Interpersonal Dependence. *Ann Med Psychol* 1993; 151: 538-40.
22. GREENBERG RP, O'NEILL RM: The construct validity of the MMPI alexithymia scale with psychiatric inpatients. *J Personality Assess* 1988; 52: 459-64.
23. LOAS G, OTMANI O, LECERCLE C, JOUVENT R: Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Res* 2000; 96: 63-74.
24. TAYLOR GJ, BAGBY RM, PARKER JD: The revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychother Psychosom* 1992; 57: 34-41.
25. FUKUNISHI I, HOSAKA T, AOKI T, AZEKAWA T, OTA A, MIYAOKA H: Criterion-related validity of diagnostic criteria for alexithymia in a general hospital psychiatric setting. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 82-5.
26. O'NEILL RM, BORNSTEIN RF: Dependency and alexithymia in psychiatric inpatients. *J Nerv Mental Dis* 1996; 184: 302-6.
27. SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN KH, AMORIM P, JANAVS J, WEILLER E, *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl): 22-33.
28. BAGBY RM, TAYLOR GJ, PARKER JDA: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38: 33-40.
29. 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, 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *Encephale* 1995 ; 21 : 117-22.
30. HAVILAND MG, REISE SP: Structure of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *J Personality Assess* 1996; 66: 116-25.
31. LOAS G, CORCOS M, STEPHAN P, PELLET J, BIZOUARD P, VENISSE JL, *et al.* Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Confirmatory factorial analyses in non-clinical and clinical sample. *J Psychosom Res* 2001; 50: 255-61.
32. GOULD J: A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Psychological Reports* 1982; 51: 1167-70.
33. BOBON DP, SANCHEZ-BLANQUE A, VON FRANCKELL D: Comparison between the short form of the Beck Depression Inventory and the combined Beck Pichot Inventory. *J Psychiatr Biol Ther* 1981; 1: 211-8.
34. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH MD: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 892-8.
35. ZUROFF DC, QUINLAN DM, BLATT SJ: Psychometric properties of the Depressive Experience Questionnaire in a college Population. *J Personality Assess* 1990; 55: 65-72.
36. ATGER G, FRASSON G, CORCOS M, GUIBORGÉ S, SPERANZA M, PERZ-DIAZ F, *et al.* Étude de validation du Depressive Experience Questionnaire. *Encephale (in press)*.
37. WILDES JE: Structural equation modeling: an introduction. http://www.uoregon.edu/~jwildes/SEM_Jen_Wildes.pdf.
38. GUILBAUD O, LOAS G, CORCOS M, SPERANZA M, STEPHAN P, PÉREZ-DIAZ F, *et al.* : Alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Ann Medico-Psy* 2002 ; 160 : 77-85.
39. BACH M, DE ZWAAN M, ACKARD D, NUTZINGER DO, MITCHELL JE: Alexithymia: relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 239-43.
40. TAYLOR GJ, PARKER JD, BAGBY RM: A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1228-30.
41. KAUHANEN J, JULKUNEN J, SALONEN JT: Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behav Med* 1992; 18: 121-6.
42. FINN PR, MARTIN J, PIHL RO: Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. *Psychother Psychosom* 1987; 47: 18-21.
43. GROSTSTEIN JS: The psychology of powerlessness: disorder of self-regulation and interactional regulation as a newer paradigm for psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry* 1986; 6: 93-118.
44. JEAMMET P : Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. In : La boulimie. Monographie. *Rev Fr Psychanal* (Paris : Presse Universitaires de France), 1989.
45. SPERANZA M, CORCOS M, LOAS G, STÉPHAN P, GUILBAUD O, TAÏEB O, *et al.* Dependency, self-criticism and alexithymia in eating disorders. (Submitted to *Psychiatry Research*).
46. HAVILAND MG, HENDRYX MS, SHAW DG, HENRY JP: Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 124-8.
47. BERTHOZ S, CONSOLI S, PEREZ-DIAZ F, JOUVENT R: Alexithymia and anxiety : compounded relationships ? A psychometric study. *Eur Psychiatry* 1999 ; 14 : 372-8.