

Mémoire

L' « Ouverture émotionnelle » dans les Troubles de la dépendance et les Troubles de la personnalité

« Emotional Openness » in Dependence Disorders and Personality Disorders

M. Reicherts*, D. Casellini, F. Duc, P.-A. Genoud

Département de Psychologie, Unité de Psychologie clinique, Université de Fribourg, 2, rue Faucigny, 1700 Fribourg, Suisse

Reçu le 10 novembre 2005 ; accepté le 25 janvier 2006

Disponible sur internet le 30 octobre 2006

Résumé

À l'aide du modèle multidimensionnel de l' « Ouverture émotionnelle » nous explorons les hypothèses suivantes : les patients souffrant d'un Trouble de la dépendance ou d'un Trouble de la personnalité présentent une diminution a) de la « représentation cognitive et conceptuelle » de leurs états affectifs ; b) de leur « régulation émotionnelle » et c) de la « communication et expression » de leurs émotions, mais une augmentation d) de la « perception des indicateurs corporels internes » ; e) des interventions psychologiques appropriées améliorent ces patterns problématiques. Les résultats avec le questionnaire factoriel DOE (« Dimensions de l'Ouverture Émotionnelle ») – dans deux études comparant des patients ($n = 71$) avec des sujets non cliniques ($n = 101$) – confirment les déficits marqués selon les hypothèses, en particulier chez les patients avec un double diagnostic qui présentent des déficits encore plus importants en « représentation cognitive » et en « régulation des émotions ». En revanche, des comparaisons pré- post-traitement montrent une amélioration du profil DOE. Des implications du dysfonctionnement émotionnel pour la psychothérapie sont discutées.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Emotion processing is supposed to play an important role in psychological dysfunctions in alcohol and drug dependency disorders (DD), as well as in personality disorders (PD). The model of “Emotional Openness” (“Ouverture émotionnelle”) provides a multidimensional framework to analyze problematic patterns of emotion processing. Within this framework, it is suggested that drug- and alcohol-dependent patients as well as borderline and antisocial patients show reduced a) “cognitive/conceptual representation” of affective states; b) “emotion regulation”; and c) “expression and communication of emotion”; but d) increased “awareness of body internal indicators” of affectivity; and e) appropriate psychological treatment is supposed to improve these patterns. Drug-dependent patients with PD comorbidity (in particular borderline or antisocial) are supposed to present even stronger deficits in (a) and (b). The hypotheses are tested with the 36-item DOE questionnaire (“Dimensions of Openness to Emotional experiences”, trait version; [19]), assessing six main dimensions of emotion processing as represented by the subject (French and Italian version). The instrument presents satisfying reliability coefficients (mean alphas of the scales in two recent studies ($N = 251$; $N = 435$) vary between 0.74 and 0.82) and good factorial validity (6-factor PCA solutions with varimax rotation solutions in the two samples are highly coherent; the mean of Tucker's congruence coefficients is 0.93). Results of two clinical studies are presented, comparing $N = 71$ patients (21 drug-dependent without personality disorder; 30 drug-dependent with borderline or antisocial personality; 20 dependent in-patients receiving psychological therapy) with normal control subjects ($N = 51$ matched; $N = 50$ reference group), including one pre-post treatment comparison. Results confirm marked deficits of DD patients concerning “conceptual representation” and “emotion regulation”, as well as a reduction of “communication/expression of emotion” but an increased “awareness of body internal indicators” of affectivity. Differences of patients with a double diagnosis correspond to effect sizes of $d = -1.33$ for cognitive/conceptual representation of emotions and $d = -1.25$ for emotion regulation; differences in emotion communication and expression are also significant but less important $d = -0.44$. Awareness of body internal emotion

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : michael.reicherts@unifr.ch (M. Reicherts).

indicators is increased ($d = +0.27$) but does not differ significantly from the control group. As supposed, patients with a double diagnosis (DD and PD) described significantly stronger deficits in conceptual representation and emotion regulation than the patients with dependency disorder only. In the second study, a group of DD patients receiving multi-component treatment, including individual and group therapeutic intervention, according to the client-centered approach, and working on emotion processing, showed marked differences from the reference group at the beginning of the treatment ($d = -0.91$ for cognitive/conceptual representation, $d = -0.82$ for emotion regulation and $d = +0.46$ for awareness of bodily internal indicators). As supposed, pre-post comparisons indicate improvement with change effect sizes of $d = 0.99$ for conceptual representation, $d = 0.97$ for emotion regulation, as well as $d = 0.88$ for emotion communication and expression. Furthermore, the changes following treatment are highly significant and substantial, except for the awareness of internal bodily indicators, which only slightly decreased. Patients “normalize” their emotion processing following treatment, describing increased conceptual representation and emotion regulation, as well as emotion communication and expression. Results underline the importance of dysfunctional modes of emotion processing in both pathologies, and underline the validity of applying the model and the DOE instrument. They are discussed with reference to the model of alexithymia. © 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Affectivité ; Alexithymie ; Étude d'intervention ; Processus émotionnels ; Troubles de la dépendance ; Troubles de la personnalité

Keywords: Affectivity; Alexithymia; Double diagnosis; Emotion processing; Treatment study

1. Introduction

Les Troubles de la dépendance, notamment la dépendance à l'alcool et la toxicomanie, comptent parmi les pathologies les plus répandues. Leur comorbidité avec d'autres troubles est très élevée, en particulier avec les Troubles anxieux et de l'humeur. La dépendance est aussi fréquemment accompagnée d'un Trouble de la personnalité – comorbidité qui est estimée à 50 % et plus [28] – notamment les personnalités borderline, antisociale et narcissique [12], donnant lieu à un « double diagnostic » [32]. Depuis longtemps, il est supposé que des processus affectifs seraient impliqués de manière importante dans l'évolution et le maintien de ces troubles.

Le *Trouble de la dépendance* est caractérisé dans le DSM-IV [1] par une utilisation inadaptée d'une substance qui engendre une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, avec les critères suivants : tolérance, sevrage, augmentation ou prolongation de la prise, désir et efforts de diminution ou de contrôle, temps investi dans l'obtention et la consommation, abandon d'activités importantes et utilisation de la substance malgré la reconnaissance du caractère problématique aux niveaux physique et psychique. La définition de la CIM [17] condense les sept critères en cinq et rajoute un critère psychologique important, le désir compulsif de l'utilisation (« craving »).

Parmi les approches théoriques visant l'explication des dysfonctions émotionnelles, le concept d' « alexithymie » joue un rôle important. À l'origine proposée par Sifneos [23] comme un déficit de l'affect, elle est actuellement caractérisée par les composantes suivantes : une composante « cognitive » caractérisée par l'incapacité à décrire et à identifier les émotions, et une composante « émotionnelle » se référant à un déficit de rêverie et de fantaisie et à un mode de pensée concret, non introspectif et dirigé vers l'extérieur [8,14]. En ce qui concerne les liens entre alexithymie et dépendance, différentes études ont montré que l'alexithymie est associée, de manière générale, avec des comportements d'addiction, qu'il s'agisse d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'autres compulsions addictives [26]. Le taux de sujets évalués comme « alexithymiques » parmi des patients présentant une dépendance à l'alcool ou une toxicomanie est élevé : il se monte à environ 50 % [24].

Les recherches suggèrent aussi un lien négatif entre l'alexithymie et le maintien de l'abstinence, ainsi qu'une diminution de l'alexithymie pendant un traitement psychologique [30]. La plupart des auteurs semblent favoriser l'idée que l'alexithymie représente un facteur prédisposant aux Troubles de la dépendance (augmentant l'automédication des déficits affectifs) et facilite le passage à l'acte addictif (comme moyen de réduire l'anxiété et l'impuissance face à l'expression de ses sentiments). Pour un survol de l'articulation entre alexithymie et toxicomanie, on pourra se référer à Farges *et al.* [9].

2. Fonctionnement émotionnel chez les personnalités borderline et antisociale

Nous nous intéressons ici aux Troubles de la personnalité borderline et antisociale (faisant partie du groupe B « Personnalités dramatiques et émotionnelles »), étant donné leur comorbidité prédominante avec les Troubles de la dépendance.

2.1. Personnalité borderline

Elle se caractérise, au niveau de l'affectivité, par une instabilité de l'humeur et des émotions intenses, avec une base dysphorique, une irritabilité marquée ainsi qu'une sensibilité à tout ce qui touche l'estime de soi (qui est faible et instable). Le sujet borderline éprouve une forte impulsivité et montre une tendance pour des comportements auto-agressifs et suicidaires. Le niveau interpersonnel est caractérisé par des relations instables et potentiellement conflictuelles, avec des réactions et interactions affectives marquées. La personnalité borderline est donc accompagnée par des difficultés de représentation et d'intégration de ses états affectifs [6]. Linehan [16] souligne – en tant que postulat de base de sa théorie biosociale du trouble borderline – que la perturbation centrale de la personnalité limite serait le manque de régulation des émotions, portant sur plusieurs, si ce n'est toutes ses émotions.

2.2. Personnalité antisociale

La caractéristique principale de la personnalité antisociale est la tendance au mépris et à la violation des droits d'autrui

et des lois : impulsivité, agressivité, comportements à risque, actes illégaux, irresponsabilité et manque de culpabilité. Quant au *domaine de l'affectivité*, le sujet antisocial aurait tendance à se méfier des émotions, à les ignorer ou à les refouler. Il serait froid, dépourvu d'émotions, sans empathie et aurait tendance au « passage à l'acte ».

L'impulsivité et l'action prennent la place de la réflexion, de la délibération et de l'expérience émotionnelle. Les relations, y compris les relations affectives, seraient calculées ou « utilitaires ». Cependant, cette insensibilité en termes d'un manque d'émotions et d'empathie cacherait un malaise affectif peu exprimé, comprenant l'ennui ou la passivité [6].

Il semble donc que l'alexithymie puisse également jouer un rôle important dans les Troubles de la personnalité borderline et antisociale. Du reste, à l'instar de l'alexithymie, les personnalités borderline et antisociale sont souvent associées aux Troubles de la dépendance [13]. En ce qui concerne les liens entre l'alexithymie et ces deux Troubles de la personnalité, plusieurs études ont montré que les patients borderline ou antisociaux présentaient des caractéristiques alexithymiques [2,22] ; concernant l'alexithymie et la délinquance, e.g. [29].

Malgré son importance dans la recherche clinique, le concept de l'alexithymie se réfère de manière moins explicite aux théories récentes de l'émotion et des processus affectifs [5]. Par conséquent – et malgré son caractère multidimensionnel mis en évidence plus tard – les outils de mesure de l'alexithymie (en particulier la TAS ; [25]) n'intègrent pas de manière systématique d'autres aspects élémentaires des processus émotionnels proposés par les théories actuelles de l'émotion (comme par exemple la communication des états affectifs envers autrui ; la distinction entre perception de sentiments corporels et représentations cognitives et conceptuelles).

3. Modèle de l' « Ouverture Émotionnelle »

Ce modèle [19] considère les émotions comme des phénomènes complexes impliquant des processus à différents niveaux, sous-systèmes ou composantes, comme le propose par exemple l'approche « multi-level » de Lang [15] ou l'approche « component-process » de Scherer [5]. Trois niveaux généraux de fonctionnement au moins sont à distinguer : les processus émotionnels d'ordre corporel comprennent des phénomènes physiques autonomes et moteurs (comme l'activation cardiovasculaire ou musculaire), ainsi que neurophysiologiques. Les processus d'ordre cognitif comportent la représentation cognitive des états émotionnels intégrant des informations corporelles et situationnelles dans des cognitions liées au vécu émotionnel (« ressenti », « feeling state ») et la fonction du « monitoring ». Enfin, les processus d'ordre social impliquent des activités d'expression et d'échange des états émotionnels permettant leur transmission ou régulation interpersonnelle. Le modèle de l'Ouverture émotionnelle porte sur les *représentations subjectives* des processus à ces trois niveaux, représentations qui peuvent être conçues :

- comme « états » liés aux variations intra-individuelles ou situationnelles.

Les tendances selon les différentes dimensions peuvent être décrites par un « profil » caractérisant la personne. Nous proposons les dimensions suivantes pour analyser *l'ouverture aux processus émotionnels* selon les représentations subjectives :

- la représentation cognitive et conceptuelle (REPCON) des états mentaux et corporels en termes d'émotions, d'humeurs ou d'affects distincts et différenciés (y compris les « feeling states »), ayant recours à des concepts, schémas ou scripts émotionnels ;
- la communication et l'expression des émotions (EMOCOM) envers autrui, l'ouverture au niveau social concernant ses propres émotions ;
- la perception ou la conscience (« awareness ») des indicateurs et phénomènes corporels internes (PERINT) qui peuvent caractériser ou accompagner les émotions (par exemple l'activité cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinale, etc.) ;
- la perception des indicateurs émotionnels externes (PEREXT) qui transparaissent à l'extérieur (par exemple activité motrice, expression faciale, posture, tensions musculaires). Les dimensions 3) et 4). reflètent les sous-systèmes autonomes (central) et moteur (périphérique) dont la prépondérance respective peut caractériser les patterns type de réactions émotionnelles (« externalizer » vs « internalizer » ; [3]) ;
- la régulation des émotions (REGEMO), comprenant des activités et capacités de contrôler (diminuer, augmenter), reporter ou atténuer ses émotions et états affectifs, y compris la tendance aux comportements impulsifs (Fig. 1).

Le modèle ne vise pas le contenu, l'intensité ou la fréquence d'émotions spécifiques, mais la *représentation des processus impliqués dans la survenue et le déroulement* des émotions et

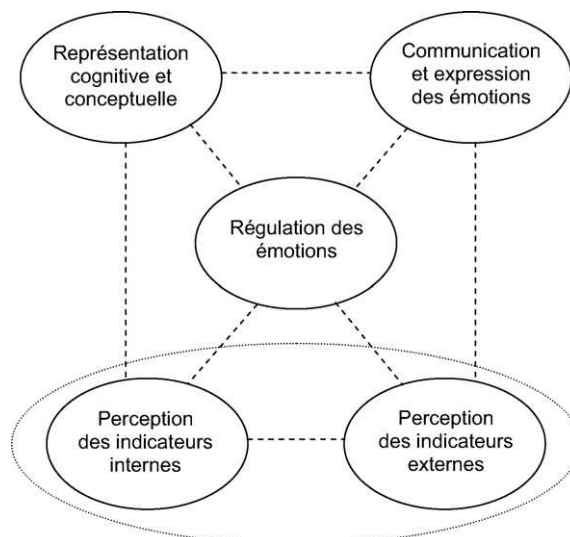


Fig. 1. Le modèle de l'Ouverture émotionnelle – dimensions principales.

- comme « traits » ou tendances relativement stables mettant en évidence des différences interindividuelles ;

Tableau 1

L'instrument DOE (« Dimensions de l'Ouverture Émotionnelle », version « trait »; [19])

| Dimensions / échelles | | Nombre d'items | Exemples d'items |
|--|--------|----------------|--|
| Représentation conceptuelle | REPCON | 7 | « Je distingue bien les états dans lesquels je me trouve » |
| Communication et expression des émotions | EMOCOM | 7 | « Je fais volontiers part aux autres de mes émotions, même désagréables » |
| Perception des indicateurs externes | PEREXT | 6 | « Mon humeur se voit à travers mes comportements et mes expressions » |
| Perception des indicateurs internes | PERINT | 5 | « Mes sentiments forts sont accompagnés de réactions corporelles internes » |
| Régulation des émotions | REGEMO | 6 | « J'arrive à atténuer mes émotions, même dans des situations difficiles » |
| Restrictions normatives du vécu émotionnel | RESNOR | 5 | « J'aimerais qu'il soit plus facile dans notre société d'exprimer ses sentiments » |

des épisodes affectivement chargés (« emotion processing »). Pourtant, en tant qu'« état », les processus peuvent être considérés en fonction de situations ou d'états affectifs spécifiques.

Pour mesurer ces dimensions théoriques, nous avons développé un *nouvel outil* entièrement en langue française, avec des nouveaux jeux d'items (Tableau 1), qui ont été soumis à une série d'études de validation comprenant plus d'un millier de sujets et mettant en évidence les caractéristiques psychométriques (difficulté de l'item ; corrélation item-échelle, etc.). La *version standard du questionnaire* « Dimensions de l'Ouverture Émotionnelle » (DOE), évaluant les dimensions sous forme de « trait », comprend 36 items (une version « état » à 15 items est également disponible).

La validité factorielle a été évaluée par une analyse en composantes principales (ACP) dans une étude récente d'un échantillon tout venant ($n = 251$) qui donne les résultats suivants. Le scree test est une représentation graphique des valeurs propres issues de l'ACP. Ce terme est couramment utilisé dans les publications, et indique une solution à six facteurs, correspondant aux facteurs théoriques, qui expliquent 53 % de la variance. Après rotation varimax, tous les items, à l'exception d'un seul, présentent des saturations primaires sur les facteurs prévus. Un autre item seulement présente une saturation secondaire supérieure à 0,40. Une autre étude récente [27] utilisant un échantillon de $n = 435$ jeunes adultes (majoritairement étudiants) présente des résultats quasiment identiques : les six facteurs expliquent 52,6 % de variance, les items saturent sur les facteurs correspondants, à l'exception d'un item avec une saturation plus importante sur un autre facteur ; deux items présentent des saturations secondaires supérieures à 0,40. Les solutions factorielles des deux études ont été comparées à l'aide de l'indice de Tucker : la moyenne des indices de congruence entre facteurs se monte à 0,93, ce qui indique une forte similarité des deux solutions factorielles. De plus, la fidélité des six échelles est également satisfaisante : les alpha de Cronbach dans la première (et la seconde) étude sont pour REPCON 0,82 (respectivement 0,82), pour EMOCOM 0,79 (0,83), pour REGEMO 0,76 (0,75), pour PERINT 0,79 (0,76), pour PEREXT 0,79 (0,83) et pour RESNOR 0,74 (0,68).

La validité des échelles a été mise en évidence par rapport à différentes variables, par exemple, avec le EPI-E [7] : EMOCOM corréle positivement avec l'« extraversion », et REGEMO négativement avec « névrosisme » ; par ailleurs, les corrélations avec l'échelle de mensonge « lying » sont très faibles. Les corrélations avec le modèle à cinq facteurs de Zuckerman [31] s'avèrent également très plausibles : « anxiété-névrosisme » corréle négativement avec REGEMO

et REPCON et positivement avec PERINT et PEREXT, tandis que « sociabilité » corréle positivement avec EMOCOM [11]. Les corrélations sont significatives et moyennement fortes (entre 0,30 et 0,63), présentant ainsi des valeurs similaires à ce qui a été mis en évidence dans le calcul des corrélations entre les dimensions du DOE et les cinq facteurs du NEO PI-R de Costa et McCrae [4].

Les corrélations avec le TAS-20 démontrent également des liens plausibles mais moyennement forts, comme par exemple une corrélation de $-0,45$ entre EMOCOM et la « difficulté à communiquer les émotions » et une corrélation de $-0,56$ entre REPCON et la « difficulté à identifier les émotions ».

4. Hypothèses

À partir des phénomènes et dysfonctions émotionnels décrits dans la première partie, nous proposons les hypothèses suivantes. Comparés à des sujets témoins, les sujets cliniques souffrant d'un Trouble de la dépendance présentent :

- une représentation cognitive et conceptuelle (REPCON) plus restreinte ; les sujets avec un Trouble de la personnalité additionnel auront des valeurs encore plus faibles ;
- une régulation des émotions plus faible (REGEMO) ; chez les sujets avec un Trouble de la personnalité, notamment borderline, elle sera encore plus réduite ;
- une communication et expression des émotions (EMOCOM) plus restreintes ; un Trouble de la personnalité borderline ou antisociale ne les réduira pas davantage ;
- une perception des indicateurs corporels de l'émotion (PERINT et PEREXT) plus élevée, en particulier chez les patients souffrant en plus d'une personnalité borderline ;
- en fonction d'un traitement portant sur le traitement émotionnel, ces caractéristiques problématiques améliorent et se « normalisent ».

5. Description et résultats des études

5.1. Étude 1

Elle vise à faire la distinction entre, d'une part, des patients souffrant d'un Trouble de la dépendance (toxicodépendants) et des sujets témoins sans trouble actuel et, d'autre part, entre des sujets dépendants sans Trouble de la personnalité et des sujets présentant un double diagnostic avec personnalité borderline ou antisociale. Ce diagnostic a été posé lors de la première phase de la prise en charge (traitement initial ou reprise)

– selon la procédure par défaut – par les cliniciens dans les différentes institutions psychiatriques ou compétentes. Il a été posé en référence au DSM-IV, cela indépendamment des autres mesures (notamment l'Ouverture émotionnelle) et des expérimentateurs qui les ont fait passer. Chez 32 sujets, le diagnostic a été complété par le SCID II, (Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders [10]) effectué avec utilisation préalable du SCID II PQ (questionnaire de personnalité).

5.1.1. Sujets

Des sujets italophones (86 hommes et 16 femmes), âgés en moyenne de 31,4 ans (e.t. = 5,7) ont participé à cette recherche effectuée en Suisse italienne. Un échantillon de 51 patients présentant un Trouble de la dépendance est comparé avec 51 sujets témoins (apparié selon sexe, âge et scolarité, et ne présentant pas de troubles psychiques). Parmi cet échantillon clinique de sujets souffrant de Trouble de la dépendance, on trouve : 16 sujets avec un Trouble de la personnalité borderline, 11 sujets avec un Trouble de la personnalité antisociale et trois sujets avec les deux. Il s'agit de sujets toxicomanes, dont la grande majorité (96 %) présente, avec trois substances ou plus, une polytoxicomanie, avec comme dépendance principale l'héroïne. Les sujets du groupe témoins sont appariés selon le sexe, le niveau scolaire et l'âge (décalage de cinq ans maximum).

5.1.2. Méthode

La passation des instruments, notamment le questionnaire DOE en version italienne, s'est déroulée de manière individuelle ou en petits groupes, en présence d'un expérimentateur ou clinicien ; la passation auprès des sujets cliniques a eu lieu en moyenne deux à trois semaines après le début de la prise en charge (maximum huit semaines), toujours après la phase de désintoxication.

5.1.3. Résultats

Le groupe clinique décrit sa *représentation cognitive* (REPCON) de manière significativement plus basse que les sujets contrôle [$m = 1,90$ (e.t. = 0,66) vs $m = 2,65$ (e.t. = 0,47); $t = 6,59$; $p < 0,001$]. Cette différence est très marquée et s'avère cliniquement significative (la taille de l'effet selon Cohen étant de $d = -1,33$). Les comparaisons ultérieures montrent que les sujets souffrant en plus d'un Trouble de la personnalité – borderline ($m = 1,72$) ou antisociale ($m = 1,61$) – ont des valeurs encore plus basses que les patients présentant une toxicomanie seule ($m = 2,27$). Ces différences sont également significatives et cliniquement importantes. L'hypothèse 1 est donc entièrement confirmée : le fait de souffrir à la fois de dépendance et d'un Trouble de la personnalité semble aggraver les difficultés à « mentaliser » les émotions et états affectifs, notamment à les percevoir, les distinguer et les nommer. Les sujets non cliniques décrivent une *régulation des émotions* (REGEMO) plus élevée que les toxicodépendants pris ensemble [$m = 2,43$ (e.t. = 0,44) vs $m = 1,83$ (e.t. = 0,53); $t = 6,25$; $p < 0,001$]. Notons que les patients toxicodépendants avec une personnalité borderline présentent des valeurs encore plus basses ($m = 1,58$). Les différences reflètent des effets cli-

niquement forts ($d = -1,25$) entre groupe témoin et toxicomane. L'hypothèse 2 est aussi entièrement confirmée. Concernant *la communication et l'expression des émotions* (EMOCOM), les résultats soutiennent l'hypothèse 3 : la tendance à exprimer et communiquer ses états émotionnels est significativement plus basse chez les sujets toxicomanes que chez le groupe témoin [$m = 1,98$ (e.t. = 0,60) vs $m = 2,25$ (e.t. = 0,65); $t = 2,16$; $p < 0,05$]. La différence est moins importante que les précédentes, mais s'avère aussi cliniquement substantielle ($d = -0,44$). Les sujets présentant le seul Trouble de la dépendance ont un niveau légèrement plus bas que les deux sous-groupes avec un Trouble de la personnalité [$m = 1,88$ vs $m = 2,04$; n.s.], qui ne se distinguent pas l'un de l'autre. L'hypothèse 4 suppose une *perception d'indicateurs émotionnels internes* (PERINT) plus marquée, étant donné le caractère plutôt corporel des émotions qu'éprouveraient les toxicomanes. Les résultats vont dans la direction attendue, mais ne sont pas significatifs [$m = 2,08$ (e.t. = 0,57) vs $m = 1,91$ (e.t. = 0,69); $t = 1,34$; $p = 0,18$; $d = +0,27$].

5.2. Étude 2

Elle évalue le fonctionnement émotionnel pré- post-traitement chez des sujets toxicodépendants ($n = 20$) en institution spécialisée.

5.2.1. Sujets

L'échantillon comprend 20 sujets cliniques francophones (neuf femmes et 11 hommes) ; l'âge moyen est de 41,2 ans (e.t. = 8,0). Neuf patients sont dépendants à l'alcool, deux à l'alcool et au cannabis, six à l'alcool et aux médicaments (benzodiazépines), un au cannabis, deux à l'héroïne, cocaïne et cannabis. Le diagnostic a été posé avec le même *modus operandi* que pour l'étude 1 (mais sans que les autres éléments du diagnostic nous soient communiqués).

5.2.2. Méthode

Les mesures « pré » ont été effectuées lors de la première semaine du programme (après désintoxication, lors d'un entretien individuel), les mesures « post » à la fin de la première phase du traitement, après cinq ou huit semaines (selon le type de traitement). Nous avons utilisé la version standard francophone du questionnaire DOE, de manière individuelle en présence d'un expérimentateur ou clinicien. La première phase des programmes auxquels les patients ont participé est similaire par rapport aux éléments thérapeutiques, à la fréquence et à la durée des séances ainsi qu'aux activités de traitement auxquelles ils ont participé. Les comparaisons reposent sur des valeurs de référence d'un échantillon non clinique ($n = 50$) dont les caractéristiques centrales (sexe, âge, niveau scolaire) correspondent bien à la population normale entre 20 et 60 ans.

5.2.3. Résultats

Les patients avec un Trouble de la dépendance se caractérisent *au début du traitement* par une *représentation conceptuelle* (REPCON) de leurs états affectifs très basse, comparée

aux valeurs de référence [$m = 1,80$ (e.t. = 0,70) vs $m = 2,49$ (e.t. = 0,66); $t = -3,90$; $p < 0,001$]. En même temps, ils démontrent aussi une *régulation des émotions* (REGEMO) très faible [$m = 1,47$ (e.t. = 0,87) vs $m = 2,10$ (e.t. = 0,72); $t = -3,20$; $p < 0,01$]. Ces résultats étayent clairement les hypothèses 1 et 2 et s'avèrent cliniquement importants ($d = -0,91$ et $-0,82$). De plus, les sujets dépendants présentent une *communication et expression des émotions* (EMOCOM) restreinte [$m = 1,57$ (e.t. = 0,88) vs $m = 2,04$ (e.t. = 0,87); $t = -2,38$; $p < 0,05$; $d = -0,54$], tandis que leur *perception des indicateurs affectifs internes* (PERINT) dépasse significativement les valeurs de référence [$m = 2,44$ (e.t. = 0,77) vs $m = 2,07$ (e.t. = 0,70); $t = +2,14$; $p < 0,05$; $d = +0,46$]. Ces deux différences – non seulement significatives, mais aussi substantielles en termes de taille de l'effet – confirment les hypothèses 3 et 4. En conséquence, l'ensemble des hypothèses que nous avons avancées par rapport aux dimensions de l'« Ouverture émotionnelle » chez les personnes souffrant d'un Trouble de la dépendance se trouvent confirmées chez les sujets de cette étude, au début de leur traitement. Les résultats correspondent bien à ceux de l'étude 1.

5.2.4. Changements en cours du traitement

Ils sont marqués, comme le montrent les tests statistiques et les tailles de l'effet de changement. La *représentation cognitive* [REPCON : $m = 2,49$ vs $1,80$; $d = +0,99$] et la *régulation des émotions* [REGEMO : $m = 2,34$ vs $1,47$; $d = +0,97$] augmentent très significativement, avec des tailles de l'effet cliniquement importantes, de même que la *communication et l'expression des émotions* [EMOCOM : $m = 2,34$ vs $1,57$; $d = +0,88$]. En revanche, la perception d'indicateurs affectifs corporels (PERINT) diminue seulement tendanciellement [$m = 2,44$ vs $2,23$; $p = 0,11$; $d = -0,27$]. L'hypothèse 5 avançant un changement de ces paramètres est donc bien confirmée : à l'exception de la perception des indicateurs internes qui reste assez stable, le traitement émotionnel se « normalise ».

6. Discussion

Nous avons proposé des hypothèses en termes de « pattern » dysfonctionnel du traitement des émotions chez les patients dépendants, sans ou avec un trouble de la personnalité. Ces hypothèses sont confirmées dans leur majeure partie par les deux études présentées. Toutefois, ces dernières comprennent quelques limites méthodologiques. Dans la première étude, le diagnostic a été établi par différents cliniciens, dans différentes institutions, et le type ainsi que la durée de la prise en charge au moment de l'évaluation de l'Ouverture émotionnelle pouvaient varier. Dans la seconde étude, certaines données diagnostiques n'ont pas été accessibles dans leur totalité (notamment par rapport aux troubles accompagnant éventuellement la dépendance). De même, il n'a pas été possible de préciser l'influence spécifique des éléments thérapeutiques sur les changements dans le fonctionnement émotionnel. Ces aspects seront à préciser par d'autres études.

Dans l'ensemble, les résultats confirment ce qui a été préalablement mis en évidence grâce au concept de l'alexithymie.

Mais l'approche multidimensionnelle de l'Ouverture émotionnelle semble mieux différencier les patterns de dysfonctionnement émotionnel en démontrant, d'un côté, des *déficits spécifiques* au niveau de la représentation cognitive, de la communication et expression des émotions, et de leur régulation mais, de l'autre côté, une *augmentation spécifique* de la perception des indicateurs corporels internes (sensations). Les résultats de l'étude d'intervention suggèrent qu'il y a des *effets protecteurs d'un profil d'Ouverture émotionnelle* caractérisés par une amélioration des capacités à identifier, exprimer et communiquer ses émotions et, en particulier, à réguler ses états affectifs [21]. Dans leur ensemble, les résultats des études présentés plus en détail ici sont encourageants. Ils se trouvent du reste également étayés par d'autres études de notre groupe de recherche [20,11].

Concernant l'intervention psychologique, ces résultats suggèrent en premier lieu des éléments thérapeutiques qui évoquent et intensifient le vécu émotionnel dans l'ici et maintenant, visent l'attention (« awareness ») focalisant les états affectifs – tant négatifs que positifs – en les identifiant, les verbalisant, et les distinguant, tout en tenant compte des manifestations corporelles, avec les indicateurs moteurs, végétatifs et neurophysiologiques, souvent diffus et désagréables, et parfois de caractère idiosyncrasique.

Deuxièmement, il faudrait des éléments thérapeutiques qui encouragent et développent l'expression émotionnelle et la communication des états affectifs (similaires à l'entraînement aux compétences sociales), qui préparent à l'échange et au partage émotionnels, également par rapport aux sentiments et émotions peu agréables ou chargés au niveau relationnel. Finalement, il serait intéressant d'intégrer des techniques qui aident à réguler les émotions et états affectifs, comme la relaxation, les techniques cognitives (par exemple autoverbalisations « rassurantes », « calmantes », ou « amplifiantes » par rapport à certains états affectifs, face à des situations affectivement chargées), ainsi que d'autres techniques de la gestion du stress et de la gestion des émotions négatives [18].

Remerciements

Les auteurs remercient Grégoire Zimmermann pour ses suggestions lors de la rédaction du présent texte. Le présent article a été élaboré dans le cadre du « Research Network MPS » www.unifr.ch/mps. Il est dédié à Meinrad Perez.

Références

- [1] APA. DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Paris: Masson; 1996.
- [2] Berenbaum H. Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *J Psychosom Res* 1996;41:585–95.
- [3] Cacioppo JT, Uchino BN, Crites SL, Snyder-Smith MA, Smith G, Berntson GG, et al. Relationships between facial expressiveness and sympathetic activation in emotion: a critical review, with emphasis on modeling underlying mechanisms and individual differences. *J Pers Soc Psychol* 1992;62:110–28.
- [4] Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R : Inventaire de personnalité-révisé. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1998.

- [5] Davidson RJ, Scherer KR, Goldsmith HH. *Handbook of affective sciences*. Oxford/New York: Oxford University Press; 2003.
- [6] Debray Q, Nolle D. *Les personnalités pathologiques*. Paris: Masson; 1997.
- [7] Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Inventaire de personnalité d'Eysenck (E.P.I)*. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1971.
- [8] Farges F, Farges S. Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies et des addictions* 2002;8:47–74.
- [9] Farges M, Corcos M, Speranza M, Loas G, Perrez-Diaz F, Venisse JL, et al. Alexithymie et toxicomanie. *Encephale* 2004;30:201–11.
- [10] First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders: SCID-II*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
- [11] Genoud PA, Rossier J, Reicherts M. Dimensions of “Emotional Openness”, the five personality factors and Alexithymia. 9th Congress of the Swiss Society of Psychology; 29–30 septembre; Geneva. 2005.
- [12] Guelfi J-D. Addictions et troubles de la personnalité. In: Bailly D, Venisse JL, editors. *Addiction et psychiatrie*. Paris: Masson; 1999. p. 19–35.
- [13] Hatzikaskos P, Soldatos CR, Kokkevi A, Stefanis CN. Substance abuse patterns and their associations with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999;40:278–82.
- [14] Haviland MG, Reise SP. Structure of the Twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *J Pers Assess* 1996;66:116–25.
- [15] Lang P, Cuthbert BN. Affective information processing and the assessment of anxiety. *J Behav Assess* 1984;6:369–95.
- [16] Linehan M. *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford; 1994.
- [17] OMS. CIM-10, *Classification internationale des maladies (10^e révision)*. Paris: Masson; 1994.
- [18] Reicherts M. *Comment gérer le stress. Le concept des règles cognitivo-comportementales*. Fribourg/Suisse: Éditions Universitaires; 1999.
- [19] Reicherts M. Dimensions de l'ouverture émotionnelle (DOE). Concept théorique, instrument et validation. 8th Congress of the Swiss Society of Psychology; 24 September; Fribourg. 1999.
- [20] Reicherts M, Casellini D, Duc F, Grespi N, Romailier M, Balmelli S. L' « Ouverture émotionnelle » chez les personnes souffrant de Trouble de la dépendance et de Troubles de la personnalité. (Rapport scientifique N° 160). Fribourg: Université: Département de Psychologie; 2004.
- [21] Reicherts M. Emotion Regulation and Emotional Openness. 9th Congress of the Swiss Society of Psychology; 29–30 September; Geneva. 2005.
- [22] Sayar K, Ebrinc S, Ak I. Alexithymia in patients with antisocial personality disorder in a military hospital setting. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2001; 38:81–7.
- [23] Sifneos PE. Alexithymia: Past and present. *Am J Psychiatry* 1996;153: 137–42.
- [24] Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990;147:1228–30.
- [25] Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res* 2003;55:277–83.
- [26] Tordeurs D, Janne P. Alexithymie, santé et psychopathologie. *Encephale* 2000;26:61–8.
- [27] Verardi S, Aluja A, Reicherts M, Rossier J. Relations between emotional openness and personality. In: Raad BD, Barelds D, van Oudenhoven-van der Zee K, editors. *12th European Conference on Personality*. Groningen: University of Groningen; 2004. p. 276–7.
- [28] Verheul R. Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 2001;16:274–82.
- [29] Zimmermann G. Delinquency in male adolescents: The role of alexithymia and family structure. *J Adolesc* 2006;29:321–32.
- [30] Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychother and Psychosom* 1995;63:169–73.
- [31] Zuckermann M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models of personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *J Pers Soc Psychol* 1993;65:757–68.
- [32] Zweben JE. Dual Diagnosis: Key Issues for the 1990s. *Psychol Addict Behav* 1993;7:168–72.