

Dérèglements émotionnels dans l'anorexie mentale : perspective interactionniste

Karyn Doba, Jean-Louis Nandrino

DANS **BULLETIN DE PSYCHOLOGIE 2008/2 Numéro 494**, PAGES 145 À 157

ÉDITIONS **GROUPE D'ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE**

ISSN 0007-4403

DOI 10.3917/bupsy.494.0145

Date de mise en ligne : 01/02/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2008-2-page-145?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Groupe d'études de psychologie.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Dérèglements émotionnels dans l'anorexie mentale : perspective interactionniste

DOBA Karyn*
NANDRINO Jean-Louis*

La plupart des recherches cliniques, menées chez les sujets présentant des conduites addictives, suggère un profil émotionnel commun, caractérisé par un répertoire restreint d'émotions, s'apparentant à un mode de fonctionnement alexithymique (Jouanne, Edel, Carton, 2005 ; Taylor, Parker, Bagby, Bourke, 1996 ; De Arcos, Verdejo-Garcia, Peralta-Ramirez, Sanchez-Barrera, Pérez-Garcia, 2005). Si les premières formulations de l'alexithymie se sont centrées sur l'idée d'une incapacité à exprimer verbalement ses émotions, en revanche ce terme recouvre, à l'heure actuelle, différentes acceptions, rendant, parfois, confus les résultats de la littérature. En effet, bon nombre d'études, relatives à l'alexithymie, étudient, en réalité, non pas le seul aspect expressif, mais le dérèglement de l'ensemble du processus de traitement de l'information émotionnelle, incluant même, parfois, la régulation des émotions à un niveau interpersonnel (Taylor, Bagby, Parker, 1997).

Les recherches relatives aux dérèglements émotionnels ont été largement développées dans différentes pathologies (Taylor, 2000) et, tout particulièrement, chez les patients présentant des conduites addictives (Loas, Otmani, Lecercle, Jouvent, 2000 ; Otmani, Loas, Lecercle, Jouvent, 1999 ; Cecero, Holmstrom, 1997 ; Ziolkowski, Gruss, Rybakowski, 1995 ; Kornreich, Blairy et coll., 2001). L'idée la plus répandue consiste à penser que le recours à l'objet ou au comportement addictif procéderait d'une stratégie de régulation des affects douloureux et témoignerait d'un besoin de contrôle ne pouvant s'objectiver qu'au travers d'une emprise de l'objet (Cook, Kenny, Goldstein, 1991 ; McDougall, 1989 ; Taylor, Parker et coll., 1996). Cependant, les études empiriques, cherchant à valider ces hypothèses sont assez rares et ne confirment pas toujours les idées attendues.

L'objectif de cet article consiste à élargir le champ de lecture des études portant sur les dérèglements émotionnels dans l'anorexie mentale. Dans un premier temps, nous nous proposons d'identifier, à partir des données de la littérature, les différentes formes de dérèglements du processus émotionnel

impliquées dans l'anorexie mentale. En d'autres termes, il s'agira d'identifier si ces dérèglements émotionnels concernent uniquement la dimension expressive ou l'ensemble du processus émotionnel, depuis la réponse physiologique jusqu'aux activités cognitives d'évaluation, de classification et de verbalisation.

Dans un second temps, nous envisagerons le lien entre ces dérèglements, propres au sujet anorexique et les formes d'échanges émotionnels au sein des familles d'anorexiques. À partir des données de la littérature, nous suggérons que la compréhension des dérèglements émotionnels, dans l'anorexie mentale, implique, à la fois, l'étude des stratégies internes, développées par le sujet pour traiter l'information émotionnelle, mais, aussi, l'étude des stratégies émotionnelles, tissées entre le sujet anorexique et son environnement, dans le but de réguler l'émotion. On bascule, ainsi, vers une épistémologie interactionniste, dans laquelle l'émotion n'est pas simplement un processus interne, mais correspond, plutôt, à un processus dynamique, à l'interface entre l'interne et l'externe (Lewis, 2005 ; Lewis, Lamey, Douglas, 1999). Un tel point de vue nécessite d'intégrer la trajectoire développementale des interactions émotionnelles et les transactions émotionnelles actuelles du système social et familial.

DÉRÈGLEMENTS ÉMOTIONNELS ET ANOREXIE MENTALE

La dimension alexithymique dans l'anorexie mentale

De facteur pathognomonique de maladie, l'alexithymie, est devenue progressivement une dimension du fonctionnement mental, pouvant aller du normal au pathologique et constituant un facteur

* Département de psychologie, Université de Lille 3. URECA 1059, équipe FASE. Domaine universitaire du pont de Bois, F-59653 Villeneuve d'Ascq cedex.

Fondation Santé des étudiants de France. Clinique médico-psychologiques, 59650 Villeneuve d'Ascq.

de risque pour une variété de troubles somatiques et psychiatriques (Corcos, Guilbaud, Speranza, 2003 ; Pedinielli, 1992 ; Bertagne, Pedinielli, Marlière, 1992). Ce concept d'alexithymie se définit comme un ensemble de caractéristiques affectives et cognitives (Taylor, Bagby et coll., 1997) :

- une difficulté à identifier les états émotionnels et à les distinguer des sensations corporelles. Les manifestations somatiques de l'émotion seraient présentes, mais le sujet alexithymique ne peut ni les reconnaître, ni les nommer, ni les communiquer verbalement ;

- une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui ;

- une pauvreté de la vie imaginaire. Les productions oniriques des sujets alexithymiques seraient rares et leurs contenus seraient pauvres et factuels ;

- un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence, au détriment de leurs aspects affectifs. Ainsi, les sujets alexithymiques décrivent, plutôt, des actions que les conséquences affectives des situations qu'ils ont provoquées. Leur pensée est caractérisée par un contenu pragmatique. Ces individus fournissent, de façon préférentielle, des descriptions détaillées et factuelles des faits, des événements et des symptômes physiques.

La majeure partie des travaux évalue la dimension alexithymique au moyen de questionnaires tels que la TAS-20 la TAS-26 (Schmidt, Jiwany, Treasure, 1993 ; Corcos, Guilbaud et coll., 2000 ; Parker, Bagby et coll., 1993).

À partir de ce type de mesure, cette dimension alexithymique est majoritairement observée chez les sujets atteints de troubles des conduites alimentaires : par exemple, on évalue à 63 % le nombre de jeunes filles alexithymiques, parmi une population anorexique, dans l'étude de Taylor, Parker et coll. (1996), ou à 77,1 % de sujets alexithymiques dans l'étude de Bourke, Taylor et coll. (1992).

Il faut, cependant, s'interroger sur la similarité des dérèglements émotionnels propres au processus alexithymique et les dérèglements observés dans les addictions (en particulier dans les troubles alimentaires). L'observation d'une alexithymie élevée, à partir de mesures par questionnaires, ne permet pas de conclure qu'il s'agit bien du même type de dérèglement. Un premier problème apparaît, si l'on observe que des dérèglements de la régulation des émotions ont été décrits sans qu'un consensus clair n'apparaisse, du fait en partie d'une difficulté à distinguer les formes primaires et secondaires. En effet, certains auteurs distinguent deux formes d'alexithymie : d'une part, l'alexithymie primaire, caractérisée par une absence d'expérience émotionnelle et, en conséquence, une

absence de cognition accompagnant l'émotion et, d'autre part, l'alexithymie secondaire, apparaissant chez des patients présentant un trouble organique chronique et constituant un facteur protecteur contre la signification émotionnelle de la maladie (Pedinielli, 1992 ; Larsen, Brand, Bermond, Hijman, 2003).

D'ailleurs, différentes explications concernant l'apparition d'une alexithymie sont avancées. La théorie de la décharge émotionnelle (Cacioppo, Gardner, 1999 ; Roedema, Simons, 1999) compare les émotions à une énergie pouvant être déchargée directement grâce à l'expression de l'émotion ou exprimée indirectement de façon interne. Selon cette conception, l'expression émotionnelle permettrait une atténuation de la réactivité physiologique. Ainsi, une émotion non exprimée conduirait à une suractivation, en particulier du système sympathique (Gross, 2002). Dans ce sens, l'alexithymie serait la conséquence d'une conservation de l'énergie. Les organes innervés par le système sympathique seraient actifs, de façon excessive ou prolongée, ce qui pourrait entraîner une dégénérescence des tissus et une maladie somatique chez ces individus alexithymiques exposés à des situations stressantes. D'un autre côté, on tente aussi de rendre compte de l'alexithymie comme phénomène adaptatif, en lien avec la régulation de situations de stress (« hypothèse stress-alexithymie »). Dans ce modèle, les individus alexithymiques souffriraient d'un manque de conscience affective, nécessaire à l'identification des situations stressantes, ce qui aurait, pour conséquence, une exposition, à cette situation stressante, plus longue et plus fréquente (Roedema, Simons, 1999).

Un second problème majeur, inhérent à cette relation entre alexithymie et anorexie mentale, est relatif à la mesure. En effet, la plupart des études utilisent l'échelle de Toronto (*Toronto alexithymia scale*, à 26 ou 20 items) (Taylor, Parker et coll., 1996), qui considère (pour la version longue), quatre sous-dimensions différentes de l'alexithymie, pour appréhender l'ensemble du processus émotionnel. Pourtant, il semble bien que certains aspects fondamentaux, tant au niveau de la réponse physiologique ou, à l'inverse, de la capacité à faire l'expérience consciente d'une émotion, ne soient pas mesurés.

Un troisième problème concerne la stabilité de l'alexithymie, évaluée à partir d'une mesure globale et unidimensionnelle. Comme Luminet, Bagby, Taylor (2001) l'ont suggéré, il est utile de distinguer la stabilité relative et absolue de l'alexithymie. La stabilité absolue fait référence aux variations d'une échelle de personnalité au cours du temps, alors que la stabilité relative rend compte des différences relatives entre les scores de deux individus, entre deux périodes de temps données,

par rapport aux scores d'autres dimensions. Quelques études montrent une diminution des caractéristiques alexithymiques dans le temps, et fournissent des arguments en faveur d'une stabilité relative de l'alexithymie, nonobstant les changements dans les scores de dépression (Luminet, Bagby et coll., 2001 ; Beresnevaite, 2000). En d'autres termes, la proportion de changements des scores d'alexithymie ne serait explicable qu'en faible partie par les modifications de l'état d'humeur. L'alexithymie ne serait pas une simple réponse secondaire à la dépression ou au stress psychologique associé à la maladie, même s'il existe une variance commune entre alexithymie et dépression.

Ainsi, il paraît vraisemblable que les troubles émotionnels, observés dans l'anorexie mentale, ne se limitent pas au seul déficit de l'expression, mais englobent l'ensemble du processus de traitement de l'information émotionnelle.

Les troubles du traitement de l'information émotionnelle dans l'anorexie mentale

Comme le suggèrent Taylor, Bagby et coll. (1997), la conduite anorexique pourrait être une conséquence de la difficulté des sujets à réguler leurs affects douloureux, à travers la mise en place de stratégies de traitement de l'information émotionnelle. Certains travaux ont identifié des troubles du traitement de l'information émotionnelle chez les sujets anorexiques.

Une inhibition des affects négatifs.

Le fonctionnement émotionnel des patientes anorexiques témoignerait d'une inhibition des affects négatifs (Pierrehumbert, Bader et coll., 2002), ainsi qu'un évitement des communications émotionnelles négatives (Geller, Cockell, Goldner, 2000 ; Dalgleish, Tchanturia et coll., 2003) ou des situations interpersonnelles conflictuelles (Lutzer, Gaber, 1998 ; Lattimore, Wagner, Gowers, 2000 ; Casper, Troiani, 2001). On observe également un défaut primaire de la capacité à ressentir du plaisir, qui conduirait les patientes à expérimenter intensément les émotions négatives, sans possibilité de faire tampon, face à ses situations pénibles (Bydlowski, Corcos et coll., 2002). De telles perturbations indiquent la mise en place d'un traitement particulier des expériences émotionnelles douloureuses, mais aussi agréables et posent la question, par conséquent, de l'existence de troubles thymiques sous-jacents. En effet, ce type de modification du traitement des informations hédoniques a déjà été observé chez de jeunes patients dépressifs (Gencoz, Voelz et coll., 2001 ; Jacobson, Dobson et coll., 1996 ; Sloan, Strauss, Wisner, 2001). La mise en place du processus alexithymique dans l'anorexie mentale serait, alors, dépendante des modifications de l'humeur et permettrait de bloquer

les émotions négatives (Eizaguirre, Saenz De Cabezon et coll., 2004 ; Corcos, Guilbaud et coll., 2000).

Un déficit de la catégorisation des émotions.

Au-delà des difficultés d'expression des affects négatifs, les patientes anorexiques montreraient des déficits au niveau de la reconnaissance prosodique du discours, incluant des affects négatifs et positifs (KucharskaPietura, Nikolaou et coll., 2004). Certains travaux ont souligné que les patientes souffrant d'anorexie mentale présenteraient également un déficit de l'identification des expressions faciales négatives (Zonnevijlle-Bender, van Goozen et coll., 2002, 2004 ; Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak, 2004). Les patientes, évaluées au moyen de tâches de reconnaissance perceptive, sont moins performantes, dans l'identification d'affects faciaux exprimant la colère et la peur, que les sujets de contrôle. Ces dérèglements ne correspondraient pas à un déficit cognitif de nature globale, affectant les versants non émotionnel et émotionnel des processus de traitement et de catégorisation de l'information (ZonnevijlleBender, van Goozen et coll., 2002). Ils ne concerneraient que le traitement et la catégorisation des informations émotionnelles négatives. Néanmoins, d'autres études montrent que la reconnaissance faciale des émotions est intacte dans l'anorexie mentale (Mendlewicz, Linkowski, Bazelmans, Philippot, 2005 ; Kessler, Schwarze et coll., 2006). Les patientes anorexiques seraient capables de repérer les signaux non-verbaux globaux, sans, pour autant, comprendre la signification de l'émotion dans le contexte social (Kessler, Schwarze et coll., 2006). Les comportements émotionnels non-verbaux, constituant un processus essentiel pour la régulation des émotions à un niveau interpersonnel, l'existence de ce type de dérèglement aurait des conséquences délétères sur l'ajustement du sujet anorexique aux changements environnementaux et sur les échanges communicationnels (Patterson, 1999).

Un trouble de l'accès aux souvenirs autobiographiques positifs et négatifs.

Des dérèglements de l'accès aux souvenirs autobiographiques chargés émotionnellement sont également observés chez des patients anorexiques en phase aiguë et chronique (Nandrino, Doba et coll., 2006), et chez des patientes anorexiques ayant subies des abus sexuels (Dalgleish, Tchanturia et coll., 2003). Les patientes anorexiques, évaluées au moyen de tests de mémoire autobiographique, rappellent plus de souvenirs généraux que des sujets de contrôle, sans avoir d'atteinte des processus de rappel. Cette propriété observée, à la fois pour des souvenirs positifs ou négatifs,

évoluent avec la durée des troubles du comportement alimentaire. Ces résultats soulignent, ainsi, la difficulté d'intégration des expériences émotionnelles chez les patientes anorexiques et la nature évolutive de ces dérèglements émotionnels. L'ensemble de ces travaux suggère l'idée d'une perturbation des processus de régulation émotionnelle reposant, à la fois, sur un déficit de l'expression émotionnelle des affects douloureux et un trouble du traitement de l'information émotionnelle. Face à la dangerosité de la charge émotionnelle, l'anorexique éviterait de traiter les événements émotionnels par un mécanisme d'inhibition de l'expression et de l'identification des émotions et par la mise en place progressive d'idées obsédantes et de comportements répétitifs (Goodsitt, 1983 ; Taylor, Parker et coll., 1996). Ce type de stratégie pourrait survenir pour les situations douloureuses, mais aussi pour toute situation hautement chargée émotionnellement, qu'elle soit positive ou négative.

Trouble de la conscience émotionnelle dans l'anorexie mentale

À côté de l'hypothèse d'un dérèglement du traitement de l'information ou d'une diminution de l'expression émotionnelle, une hypothèse plus globale est avancée, selon laquelle les difficultés du sujet à se représenter et exprimer son état émotionnel et celui d'autrui correspondraient à un déficit de la conscience émotionnelle (Lane, Schwartz, 1987 ; Taylor, Bagby et coll., 1997). La conscience émotionnelle est la capacité d'un individu à faire l'expérience d'états subjectifs différenciés, à les interpréter correctement, ainsi qu'à les identifier et les imaginer chez autrui. Ainsi, Lane, Ahern et coll. (1997) conçoivent l'alexithymie, non pas comme une entité distincte de la conscience émotionnelle, mais comme un pôle dans un continuum développemental, à rapporter à des niveaux de conscience émotionnelle.

Le style cognitivo-affectif des sujets alexithymiques s'apparenterait à un trouble du traitement cognitif des phénomènes émotionnels concrets et correspondrait aux stades initiaux du développement affectif, situés en-deçà du stade opératoire concret, au sein desquels les émotions ont une expression essentiellement somatique et sont perçues comme ressenti plaisant et déplaisant (Lane, Ahern et coll., 1997).

L'évaluation du niveau de conscience émotionnelle, par l'échelle des niveaux de conscience émotionnelle (*Levels of emotional awareness scale*, LEAS), chez des patientes présentant une anorexie de type restrictif, révèle l'existence d'un déficit global du fonctionnement affectif, dans la mesure où les sujets présentent un niveau de conscience émotionnel bas (Bydlowski, Corcos et coll., 2005).

Ce faible niveau de conscience émotionnelle est caractérisé par un traitement de l'information émotionnelle se subdivisant en états de plaisir-déplaisir globaux et par des difficultés, chez le sujet anorexique, à se représenter son état émotionnel et celui d'autrui (Bydlowski, Corcos et coll., 2002). Il est essentiel de préciser que les sujets anorexiques ne montrent pas une incapacité à ressentir les états émotionnels et à les exprimer, mais, plutôt, une difficulté à les différencier finement et à les verbaliser. Ce haut degré d'indifférenciation émotionnelle amènerait le sujet anorexique à éviter l'expérience émotionnelle et susciterait un traitement de l'information émotionnelle plus superficiel. L'évitement serait, lui-même, à relier au fait que l'apparition de l'émotion est conçue comme une situation de détresse émotionnelle (Taylor, Bagby et coll., 1997).

Bon nombre d'arguments vont, ainsi, plutôt dans le sens d'une altération globale du traitement de l'information émotionnelle, que d'un déficit focalisé. De telles perturbations semblent associées aux modifications physiologiques sous-jacentes, soulignant la réciprocité des liens entre les composantes physiologiques, comportementales/expressives et cognitives de l'émotion (Scherer, 1993 ; Gross, 2002).

L'hypothèse d'un découplage entre la réponse physiologique et l'activité cognitive

Avant même que les dérèglements émotionnels aient fait l'objet d'investigations empiriques, Bruch (1962) avait, déjà, décrit le désarroi des sujets anorexiques devant leurs sensations corporelles et leurs émotions. Elle indiquait un trouble de la reconnaissance des sensations d'origine viscérale et une difficulté importante à exprimer verbalement les émotions.

Le même genre d'hypothèse a été avancé à propos du fonctionnement alexithymique. On décrit chez les sujets alexithymiques une ignorance foncière de la signification des signaux corporels. Cette difficulté à interpréter correctement les signaux physiologiques, liés au caractère déplaisant ou menaçant de la situation, pourrait amener le sujet alexithymique à s'exposer de façon plus répétitive à des situations stressantes, sans qu'il puisse mettre en place des stratégies adaptatives, telles que l'identification et l'expression émotionnelle (Luminet, Rimé, Bagby, Taylor, 2004). Si le consensus va dans le sens d'une évaluation subjective déficitaire chez les sujets qualifiés « d'alexithymiques », il n'en est pas de même pour les résultats concernant l'activation physiologique en réponse à un stimulus émotionnel.

Au niveau de l'alexithymie, plusieurs études ont examiné les relations entre le ressenti subjectif du

sujet et ses réponses physiologiques en situation émotionnelle. Les résultats sont hétérogènes, décrivant soit une élévation de la réponse physiologique (Infrasca, 1997 ; Rabavilas, 1987), soit une diminution de cette réponse physiologique (Linden, Lenz, Stossel, 1996 ; Newton, Contrada, 1994), soit encore une réponse physiologique intacte et un ressenti déficitaire (Stone, Nielson, 2001). À l'inverse, les résultats de Roedema et Simons (1999) sont plutôt en faveur d'un déficit physiologique et, plus particulièrement, d'une activation physiologique déficitaire, à l'origine d'une expérience émotionnelle, rapportée plus faible que celle de sujets de contrôle. Si le sens de l'écart varie, il n'en demeure pas moins qu'un découplage, entre la réponse physiologique au stimulus émotionnel et le traitement cognitif, est observé. L'hétérogénéité de ces résultats est, sans doute, liée à la diversité des marqueurs physiologiques utilisés (rythme cardiaque, pression sanguine, réponse électrodermale, tension musculaire) et au recours à des techniques d'induction émotionnelle différentes (situation visuelle, auditive, implication directe) suscitant des situations émotionnelles d'intensité variable (Luminet, Rimé et coll., 2004).

Chez les sujets anorexiques, l'étude de Zonneville-Bender, van Goozen et coll. (2005) montre qu'en situation émotionnelle stressante, les patientes présentent des indices subjectifs des affects négatifs plus élevés que les indicateurs physiologiques concomitants. Il existerait, ainsi, un écart entre la réponse subjective et l'activation physiologique de la réaction émotionnelle. Une telle discordance aurait, pour conséquence, le maintien d'une évaluation subjective négative exacerbée, sans possibilité de traitement émotionnel. Ce phénomène pourrait conduire au maintien d'une évaluation émotionnelle négative, qui risque d'entraîner des conséquences délétères pour la régulation de l'humeur du sujet anorexique.

Sur la base de ces résultats, il semble bien qu'un dérèglement émotionnel, impliquant différents aspects du processus, se développe avec la mise en place des conduites anorexiques. On peut supposer que les restrictions alimentaires soient, en fait, un prolongement des stratégies cognitives développées pour atténuer ou éviter les situations à charge émotionnelle. Il semble, d'ailleurs, important, aujourd'hui, d'étudier comment évoluent ces troubles, soit dans le cas de l'installation de formes chroniques, soit dans le cas de rémission des troubles alimentaires. Nous pensons que ces dérèglements émotionnels devraient être compris dans une perspective développementale et qu'ils évoluent, ainsi, en fonction des expériences précoces de l'individu, dans le cadre de ses interactions familiales, mais, également, en fonction des interactions actuelles, sociales et familiales. De telles perturbations seraient,

ainsi, dépendantes de contraintes environnementales, construites au cours de l'histoire émotionnelle et relationnelle du sujet. En ce sens, certains auteurs ont tenté d'élargir les dérèglements émotionnels des sujets anorexiques à l'ensemble du système familial (Onnis, 2000 ; Espina, 2003). Les troubles du traitement et de la régulation des émotions ne serait pas une simple perturbation des processus émotionnels internes, mais seraient, également, l'expression d'un apprentissage familial, intervenant à différents niveaux : un plan diachronique d'expériences affectives et relationnelles passées s'entrecroise avec un plan synchronique d'interactions émotionnelles et de modèles communicatifs actuels.

LES PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES FAMILIALES DANS L'ANOREXIE MENTALE

Les troubles de l'attachement

Élaborée initialement par Bowlby (1969), la théorie de l'attachement a mis en évidence l'importance de l'histoire et la qualité des premières interactions émotionnelles avec l'environnement dans le développement affectif du sujet. La notion d'attachement pose l'existence d'une complémentarité adaptative entre divers systèmes de comportements affectifs, tels que les comportements parentaux de soins et les comportements d'attachement du jeune enfant (George, Solomon, 1999 ; Bowlby, 1973).

Les études empiriques sur les types d'attachement mettent en évidence l'importance d'un modèle d'attachement manquant de sécurité dans les troubles du comportement alimentaire (Pierre-humbert, Bader et coll., 2002 ; Troisi, Massaroni, Cuzzolaro, 2005 ; Ward, Ramsay, Treasure, 2000). Les troubles alimentaires de type restrictif se caractériseraient, soit par un modèle d'attachement distant (Ramacciotti, Sorbello et coll., 2001), soit par un modèle anxieux (Salzman, 1997 ; Friedberg, Lyddon, 1996).

Les types d'attachement familiaux, intériorisés par les sujets anorexiques, seraient caractérisés par une pauvreté de la qualité des soins parentaux, de l'empathie et une instabilité des comportements émotionnels (Palmer, Oppenheimer, Marshall, 1988 ; Salzman, 1997). Par ailleurs, il existerait des comportements maternels inopportuns, associés à un manque de protection affective et de soutien émotionnel (Rhodes, Kroger, 1992 ; Kenny, 1987).

Les types d'interaction, dans les familles manquant de sécurité sont particulièrement problématiques à l'adolescence, lorsque les mouvements d'autonomisation entraînent une renégociation sensible des relations avec les parents et exacerbent le processus de régulation émotionnelle (Allen,

Land, 1999). Au moment de l'adolescence, les parents joueraient le rôle de base de sécurité émotionnelle, à partir de laquelle l'adolescent pourrait explorer le large éventail des états émotionnels, qui peuvent survenir au cours de son autonomisation (Atger, 2002). Les types d'interactions instables dans les familles d'adolescents souffrant d'anorexie mentale ne favoriseraient pas le développement progressif, par l'adolescent, de cette capacité à réguler les affects douloureux et induiraient une entrave du processus d'autonomisation (Kenny, 1987).

L'ensemble de ces travaux pose, ainsi, l'existence de perturbations précoces, au niveau des échanges émotionnels entre la personne anorexique et son environnement familial. Cependant, les perturbations émotionnelles, au sein du groupe familial, ne concerneraient pas uniquement les types d'attachement, mais interviendraient également au niveau des stratégies internes développées par les parents pour traiter l'information émotionnelle. De telles perturbations s'apparenteraient à un mode de fonctionnement alexithymique et poseraient la question de la similarité entre les différents types de dérèglements émotionnels observés chez les parents et la personne anorexique.

L'alexithymie familiale

Certaines recherches se sont attachées à vérifier si les dérèglements émotionnels, de type alexithymique, regardent uniquement la patiente anorexique ou impliquent l'ensemble du groupe familial. En ce sens, Dethieux, Hazane et coll. (2001) soulignent que le fonctionnement émotionnel de type alexithymique touche principalement les anorexiques et leur père, les mères n'apparaissant pas ou peu alexithymiques. En revanche, les résultats d'Espina (2003) montrent que les deux parents des patients anorexiques ont un fonctionnement émotionnel de type alexithymique plus marqué que chez les parents des sujets de contrôle. Les parents auraient un mode de pensée tourné plutôt vers les aspects concrets de l'existence, au détriment de leurs aspects affectifs. La mise en place d'un style cognitif concret renvoie, d'un point de vue des relations interpersonnelles, à une forme spécifique de relations aux autres, caractérisée par des relations pragmatiques, où les liens affectifs ne sont pas au premier plan (McDougall, 1982 ; Marty, M'Uzan, 1963). En considérant le niveau d'anxiété et les traits de personnalité, l'étude d'Espina (2003) met en évidence des profils différents entre les parents. Pour les mères, l'alexithymie est positivement corrélée à un niveau d'anxiété élevé. Lors de ressenti émotionnel stressant, les mères mettraient en place un fonctionnement alexithymique dans le but de bloquer les affects anxiogènes. Pour les

pères, l'existence d'un trait de personnalité de type « névrosisme », prédit principalement le score d'alexithymie. Cette relation pourrait entraîner des réponses inadaptées aux événements émotionnels négatifs.

En revanche, Guttman et Laporte (2002) ne repèrent pas de perturbations émotionnelles s'apparentant à un fonctionnement alexithymique chez le couple parental et tendent à resituer l'alexithymie dans un cadre individuel plutôt que familial. L'hétérogénéité de ces résultats semble liée à l'absence de contrôle systématique des protocoles thérapeutiques mis en place. En effet, l'alexithymie est une dimension émotionnelle non figée, susceptible de modifications par le biais des thérapies, en fonction de la symptomatologie (De Groot, Rodin, Olmsted, 1995 ; Becker-Stoll, Gerlinghoff, 2004). En envisageant la réponse alexithymique comme un processus évolutif, en interaction permanente avec l'environnement, l'hypersensibilité émotionnelle et la réponse alexithymique parentale pourraient être exacerbées ou diminuées par la maladie de l'enfant et l'intensité des symptômes. En ce sens, Dethieux, Hazane et coll. (2001) posent l'existence d'une corrélation entre les scores d'alexithymie des pères et ceux des filles, indiquant une évolution en miroir du fonctionnement émotionnel, ainsi qu'un ajustement adaptatif réciproque.

Ces recherches empiriques évaluent les dérèglements émotionnels familiaux, à partir d'autoquestionnaires, tels que le *Toronto alexithymia scale* (TAS-20). Ce type d'évaluation fournit des indices globaux, qui permettent de mesurer la représentation qu'a chaque membre de son propre fonctionnement émotionnel, mais n'envisage pas les interactions émotionnelles, mises en place par le groupe familial. D'autres recherches, appuyant l'hypothèse de perturbations émotionnelles familiales, se sont développées, en privilégiant l'utilisation de protocoles méthodologiques fondés, soit sur une auto-évaluation familiale des interactions émotionnelles, soit sur l'observation directe des interactions émotionnelles dans le cadre de situations écologiques.

Les émotions exprimées et l'anorexie mentale

Initialement introduit dans l'étude du climat émotionnel des familles de schizophrènes (Vaughn, Leff, 1976 ; Leff, Vaughn, 1981), les travaux sur les émotions exprimées évaluent l'importance des commentaires critiques, hostiles ou excessivement impliqués d'un parent, lorsqu'il discute de la maladie du patient et de la vie familiale (Chambon, Cardinem, 1993). Ce climat émotionnel est appréhendé en fonction du niveau d'expression critique et de surinvestissement émotionnel, au cours d'un entretien individuel.

Sans pour autant établir de typologie sur le climat émotionnel des familles de patientes anorexiques, la plupart des études sur les émotions exprimées indiquent la présence d'un faible niveau d'expression émotionnelle, caractérisé par une pauvreté des commentaires critiques (Dare, LeGrange et coll., 1994 ; LeGrange, Eisler, Dare, Russel, 1992). De plus, les mères expriment davantage d'attitudes de surprotection émotionnelle et de remarques positives à l'égard de leur fille anorexique, que les pères (Vaz-Leal, Rodriguez-Santos, 2005 ; van Furth, van Strien et coll., 1996 ; Szmukler, Eisler, Russel, Dare, 1985). Ces perturbations émotionnelles sont proches de la constellation familiale, décrite par Minuchin, Rosman et Baker (1978), caractérisée par une forte surprotection familiale, amenant le groupe familial à s'inscrire dans un processus relationnel de faible différenciation émotionnelle.

Plus récemment, les études sur les émotions exprimées se sont centrées sur le repérage des caractéristiques familiales, associées à un pronostic favorable ou défavorable de l'anorexie mentale. Bien que l'ensemble des études révèle un faible niveau d'émotions exprimées, les familles de patientes anorexiques, avec un niveau élevé d'émotions exprimées, auraient un moins bon pronostic que les patientes de familles avec un plus faible niveau d'émotions exprimées (LeGrange, Eisler et coll., 1992). Un haut niveau d'émotions exprimées, notamment des attitudes maternelles critiques et hostiles, aurait un impact délétère sur l'engagement thérapeutique et l'évolution de la maladie (van Furth, van Strien et coll., 1996). En ce sens, l'étude de Moulds, Touyz et coll. (2000) montre que les changements d'intensité d'émotions exprimées, au sein du couple parental et de la fratrie, après une hospitalisation de six semaines, entraînent une amélioration du fonctionnement psychologique de la patiente anorexique, notamment une diminution du perfectionnisme, des difficultés interpersonnelles (Moulds, Touyz et coll., 2000). La mise en place d'interventions thérapeutiques familiales permet, également, de diminuer le surinvestissement émotionnel, les commentaires critiques et d'augmenter l'expression d'affects positifs au sein de la famille (Eisler, Dare et coll., 2000 ; Uehara, Kawashima et coll., 2001). D'un autre côté, les thérapies familiales séparées semblent plus adaptées pour les familles présentant un haut degré de criticisme et d'hostilité à l'égard de la patiente, alors que les thérapies familiales conjointes sont plus efficaces pour les familles présentant un faible niveau d'émotion exprimée (Eisler, Dare et coll., 2000).

L'introduction de l'étude des émotions exprimées familiales dans le champ de la psychopathologie de l'anorexie mentale a permis, d'une part, d'étayer l'hypothèse d'une influence des

interactions émotionnelles sur le décours de la maladie et, d'autre part, d'isoler les facteurs associés à un pronostic défavorable, afin de favoriser la mise en place de protocoles thérapeutiques adaptés. Ce type d'étude reflète, donc, un glissement conceptuel de la notion de famille pathogène vers celle de facteurs familiaux d'aggravation ou d'amélioration. Certains auteurs ont suggéré que la présence d'un haut degré d'émotion exprimée chez les parents correspondrait à des stratégies de faire face à la maladie psychiatrique de leur enfant qui manifeste des comportements perturbés (Brewin, MacCarthy et coll., 1991). En effet, l'apparition d'un trouble des conduites alimentaires contribue à détériorer la qualité de vie du sujet et celle de son environnement familial, qui joue un rôle de soutien émotionnel. Cependant, une telle conception nous ramène à des schémas explicatifs de type linéaire et nous éloigne des modèles interactionnistes (Bateson, 1981). La modélisation des perturbations émotionnelles, selon une perspective interactionniste, consiste à penser les émotions exprimées familiales, non plus comme cause ou conséquence de l'anorexie, mais comme un processus ininterrompu de coévolution entre la famille, la patiente et son trouble, au cours du temps.

Le concept d'émotion exprimée et la méthodologie, qui permet d'en évaluer l'intensité, présentent un certain nombre de limites. Les émotions exprimées mesurent un état d'esprit et des attitudes d'un membre de la famille, tels qu'ils se manifestent face à un observateur en l'absence des autres membres de la famille (Hendrick, 2002). Cependant, l'implication émotionnelle de chacun ne dépend pas seulement des relations dyadiques, mais aussi des relations tissées entre les différents membres du système. D'un autre côté, l'absence de mesures directes des interactions familiales ne permet pas de mettre en évidence les mécanismes de régulation émotionnelle du groupe familial. Gottman (1994) suggère que ce n'est pas tant le taux de comportements hostiles qui importe que le rapport entre ceux-ci et le taux de comportements positifs et neutres. Des mécanismes de régulation émotionnelle peuvent s'instaurer, au sein de la famille, de manière à atténuer l'intensité des états émotionnels négatifs. Une telle démarche nécessite d'évaluer directement l'interaction émotionnelle et de considérer les mécanismes de régulation des échanges affectifs au sein de la famille.

Régulation émotionnelle familiale

Les familles d'anorexiques sont classiquement caractérisées par des limites entre les frontières des sous-systèmes générationnels peu marquées (Onnis, 2000 ; Minuchin, Rosman et coll., 1978). Cet enchevêtrement émotionnel des sous-systèmes

générationnels serait exacerbé par la perception d'un contrôle maternel et d'une surprotection émotionnelle familiale (Laporte, Marcoux et coll., 2001 ; Sordelli, Fossati et coll., 1996). D'autres études montrent que les parents et l'anorexique perçoivent leur famille comme peu encourageante à l'expression ouverte des sentiments et davantage en difficultés au niveau des réactions affectives (Stern, Dixon et coll., 1989 ; Latzer, Hochdorf et coll., 2002 ; McGrane, Carr, 2002). Ces travaux mesurent la perception du fonctionnement émotionnel du groupe familial, par des autoquestionnaires, comme la *Family environment scale* (FES) (Moos, Moos, 1976) et le *Family assessment device* (FAD) (Epstein, Baldwin, Bishop, 1983). L'observation directe des interactions familiales montre la présence de communications émotionnelles paradoxales au sein du groupe familial (Humphrey, 1989). Les parents combinent des messages de surprotection émotionnelle à des messages inhibant l'expression émotionnelle chez leur fille. Le style de communication des patientes anorexiques serait également sous-tendu par une ambivalence émotionnelle, caractérisée par des stratégies de contrôle émotionnel et des comportements de soumission et d'emprise.

En parallèle à ces dérèglements émotionnels, il existerait un évitement conflictuel, reflétant un seuil extrêmement faible de tolérance aux conflits et permettant de maintenir un mythe familial d'harmonie (Onnis, 2000 ; Minuchin, Rosman et coll., 1978). L'étude de Latzer et Gaber (1998) montre que le groupe familial aurait des difficultés à choisir des sujets de conversations conflictuelles, à les développer, à les maintenir et à chercher des solutions. Cette étude analyse le contenu des dialogues entre les parents et l'enfant, lors d'une tâche de résolution de problèmes. Il est demandé, aux familles de patientes anorexiques et d'adolescentes sans pathologie psychiatrique, de choisir et de parler de deux situations conflictuelles ou de désaccords entre la patiente et l'un des parents ou avec le couple parental. Les conversations familiales entre la patiente anorexique et le couple parental se focalisent principalement autour de l'alimentation et des valeurs familiales. Les symptômes de la patiente anorexique deviennent, ainsi, un mode de détournement conflictuel et constituent l'agent régulateur des échanges émotionnels dans le système familial. D'un autre côté, l'évitement conflictuel renverrait à la mise en place de types d'interaction stables, impliquant le maintien de zones conflictuelles non résolues et d'une détresse familiale (Kog, Vandereycken, 1989 ; Casper, Troiani, 2001 ; McGrane, Carr, 2002).

Ces modes d'échanges émotionnels et de détournements conflictuels mettraient en jeu des coalitions et des alliances intergénérationnelles

(Selvini-Palazzoli, Cirillo et coll., 1990). Deux types relationnels, caractéristiques des liens émotionnels parents-enfant dans la famille de l'anorexique, ont été individualisés. Le premier type relationnel consiste en une alliance mère-fille, qui s'accompagne de distances affectives avec le père. Le second type est caractérisé par une relation privilégiée et séductrice avec le père et une relation compétitive et conflictuelle avec la mère. L'étude de Lattimore, Wagner et coll. (2000) montre la présence d'affects négatifs, de critiques, de désaccords et d'une pauvreté de l'expression des affects positifs, au sein des communications dyadiques mère-fille. Cette étude analyse conjointement les taux de communications positives et négatives, lors de tâches induisant des situations conflictuelles faibles et intenses. À l'inverse des dyades, dans lesquelles l'enfant présente un trouble psychiatrique autre que l'anorexie mentale, les dyades mère-fille anorexique présentent un taux élevé de communications négatives dans les situations faiblement et hautement conflictuelles. Les interactions émotionnelles se construisent, ainsi, autour d'un déséquilibre entre les communications positives permettant de trouver une issue aux situations conflictuelles et les communications négatives, cristallisant un état de tension intense.

Dans le cadre de séances de thérapie familiale, l'étude de Shugar et Krueger (1995) montre que les interactions émotionnelles, initialement caractérisées par une agressivité cachée, évoluent vers des communications agressives directes. L'évolution du style communicationnel indique une diminution des types agressifs cachés (de 62 % à 9 % des interactions) et une augmentation de l'expression directe de l'agressivité familiale (de 5 % à 64 % des interactions) entre le début et la fin des séances de thérapie familiale. D'un autre côté, ce type d'évolution prédit la reprise de poids et l'amélioration des attitudes alimentaires chez les adolescentes, à partir de cinq semaines de thérapie familiale. Ces modes d'interactions émotionnelles sont, donc, évolutifs et conduisent à l'apparition, puis à la stabilité, des symptômes anorexiques (Shugar, Krueger, 1995). La jeune fille anorexique adopte un langage s'inscrivant dans le respect du fonctionnement familial, dans lequel règne des stratégies d'évitement conflictuel et des comportements d'emprise réciproques. Ce type de schéma familial forme, ainsi, un système tourné sur lui-même, inhibant les processus d'individuation et de différenciation interpersonnelle.

CONCLUSION

Nous avons envisagé les dérèglements émotionnels, en tentant de dépasser les dichotomies conceptuelles et méthodologiques entre le niveau

individuel et le niveau familial, dans le respect, toutefois, des différences réciproques. On se place, ainsi, dans une perspective interactionniste, qui suggère un couplage entre les stratégies internes, élaborées par le sujet anorexique, pour traiter l'information émotionnelle et les stratégies interactionnelles, développées par le système familial, pour réguler les émotions. L'articulation entre la composante interne et externe des dérèglements émotionnels dans l'anorexie mentale ne repose pas, pour autant, sur un déterminisme simple et univoque, impliquant des explications causales de type linéaire. Dans ce type d'articulation, il n'est pas possible de déterminer l'antériorité d'un phénomène par rapport à l'autre. Cependant, certaines formes d'interactions émotionnelles, utilisées préférentiellement par le système familial, au détriment d'autres modèles émotionnels, font évoluer le système vers un mode d'organisation de plus en plus stable et rigide. Ainsi, certaines formes d'interactions émotionnelles s'intériorisent chez le sujet et se reproduisent de façon variable. Des difficultés surviendront, lorsque le système familial et le sujet anorexique devront activer des mécanismes d'adaptation permettant une réorganisation des séquences d'interactions et des stratégies de traitement et de régulation émotionnelle. C'est pourquoi l'analyse des interactions émotionnelles apparaît essentielle, à la fois pour tenter de comprendre l'impasse relationnelle, dans laquelle s'est enfermée l'anorexique et modifier la nature des échanges émotionnels dans une démarche

thérapeutique. Sur le plan thérapeutique, il s'agira de penser les perturbations émotionnelles de ce couplage, entre le sujet et l'environnement, non plus comme cause ou conséquence de l'anorexie, mais comme un processus ininterrompu de coévolution entre la famille, la patiente et son trouble, au cours du temps. Les validations empiriques sur l'évolution des échanges émotionnels familiaux ont, principalement, utilisé des auto-questionnaires, fournissant des mesures sur le vécu familial et, en particulier, sur la manière dont les membres de la famille perçoivent et interprètent les échanges émotionnels. Ces indices subjectifs sont, certes, essentiels du point de vue thérapeutique, mais ne permettent pas d'identifier les comportements et les échanges émotionnels redondants, faisant évoluer le système familial vers un mode d'organisation de plus en plus stable. Il paraît, aujourd'hui, important de pouvoir quantifier directement les échanges émotionnels entre le sujet anorexique et son groupe familial, au cours des séances de thérapie familiale. En effet, l'analyse et la séquentialisation des conversations familiales permettraient d'identifier des schèmes émotionnels spécifiques. L'intérêt d'une telle investigation résiderait dans la recherche des facteurs influençant la stabilité des échanges et une possible déstabilisation au cours des séances de thérapie familiale. Le système familial devient, ainsi, un système en ajustement permanent, en fonction de contraintes multiples, dont la maladie constitue un élément.

RÉFÉRENCES

- ALLEN (Joseph), LAND (Deborah).— Attachment in adolescence, dans Cassidy (J.), Shaver (P.), *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications*, New York, The Guilford press, 1999, p. 595-624.
- ATGER (Frederic).— Attachement et adolescence, dans Guedeney (N.), Guedeney (A.), *L'attachement*, Paris, Masson, 2002, p. 127-136.
- BATESON (Gregory).— *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Le seuil, 1981.
- BECKER-STOLL (Fabienne), GERLINGHOFF (Monika).— The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders, *European eating disorders review*, 12, 2004, p. 159-163.
- BERESNEVAITE (Margarita).— Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients, *Psychotherapy and psychosomatics*, 69, 2000, p. 117-122.
- BERTAGNE (Pascale), PEDINIELLI (Jean Louis), MARLIÈRE (C.).— L'alexithymie, *L'encéphale*, XVIII, 1992, p. 121-130.
- BOURKE (Michael), TAYLOR (Graeme), PARKER (James), BAGBY (Michael).— Alexithymia in women with anorexia nervosa : A preliminary investigation, *British journal of psychiatry*, 161, 1992, p. 240-243.
- BOWLBY (John).— *Attachment*, vol. 1, Londres, Hogarth press, 1969.
- BOWLBY (John).— *Attachment and loss*, vol. 2, Londres, Hogarth press, 1973.
- BREWEN (Chris), MACCARTHY (Brigid), DUDA (Karin), VAUGHN (Christine).— Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia, *Journal of abnormal psychology*, 100, 1991, p. 546-554.
- BRUCH (Hilde).— Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa, *Psychosomatic medicine*, 33, 1962, p. 135-144.

- BYDŁOWSKI (Sarah), CORCOS (Maurice), CONSOLI (Silla), PATERNITI (Sabrina), LAURIER (Catherine), CHAMBRY (Jean), LOAS (Gwenolé), JEAMMET (Philippe).— Anhédonie et conscience émotionnelle : réalités et perspective dans les troubles des conduites alimentaires, *Annales médico-psychologiques*, 153, 2002, p. 2S52-2S61.
- BYDŁOWSKI (Sarah), CORCOS (Maurice), JEAMMET (Philippe), PATERNITI (Sabrina), BERTHOZ (Sylvie), LAURIER (Catherine), CHAMBRY (Jean), CONSOLI (Silla).— Emotion-processing deficit in eating disorders, *International journal of eating disorders*, 37, 2005, p. 321-329.
- CACIOPPO (John), GARDNER (Wendi).— Emotion, *Annual review of psychology*, 50, 1999, p. 191-214.
- CASPER (Regina), TROIANI (Maryann).— Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype, *International journal of eating disorders*, 30, 2001, p. 338-342.
- CECERO (John), HOLMSTROM (Robert).— Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics, *Journal of clinical psychiatry*, 53, 1997, p. 201-208.
- CHAMBON (Olivier), CARDINE (Michel).— Émotionnalité exprimée familiale et schizophrénie : approche comportementale et interactions familiales, *Thérapie familiale*, 144, 1993, p. 379-393.
- COOK (William), KENNY (David), GOLDSTEIN (Michael).— Parental affective style risk and the family system : a social relations model analysis, *Journal of abnormal psychology*, 100, 1991, p. 492-501.
- CORCOS (Maurice), GUILBAUD (Olivier), SPERANZA (Mario).— Approche psychanalytique de l'alexithymie, dans Corcos (M.), Speranza (M.), *Psychopathologie de l'alexithymie*, Paris, Dunod, 2003, p. 45-63.
- CORCOS (Maurice), GUILBAUD (Olivier), SPERANZA (Mario), PATERNITI (Sabrina), LOAS (Gwenole), STEPHAN (Philippe), JEAMMET (Philippe).— Alexithymia and depression in eating disorders, *Psychiatry research*, 93, 2000, p. 263-266.
- DALGLEISH (Tim), TCHANTURIA (Kate), SERPELL (Lucy), HEMS (Saskia), YIEND (Jenny), DE SILVA (Padmal).— Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders, *Emotion*, 3, 2003, p. 211-222.
- DARE (Christopher), LEGRANGE (Daniel), EISLER (Ivan), RUTHERFORD (Joan).— Redefining the psychosomatic family : Family process of 26 eating disorder families, *International journal of eating disorders*, 16, 1994, p. 211-226.
- DE ARCOS (Francisco), VERDEJO-GARCIA (Antonio), PERALTA-RAMIREZ (Maria), SANCHEZ-BARRERA (Maria), PÉREZ-GARCIA (Miguel).— Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli, *Drug and alcohol dependence*, 78, 2005, p. 159-167.
- DE GROOT (Janet), RODIN (Gary), OLMSTED (Marion).— Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa, *Comprehensive psychiatry*, 36, 1995, p. 53-60.
- DETHIEUX (Jean-Baptiste), HAZANE (F.), DOUNET (C.), GENTIL (V.), RAYNAUD (J.).— À la recherche des émotions perdues : l'adolescente anorexique et son père. Étude préliminaire à propos de l'hypothèse alexithymique, *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 49, 2001, p. 131-140.
- EISLER (Ivan), DARE (Christopher), HODES (Matthew), RUSSELL (Gerald), DODGE (Elizabeth), LE GRANGE (Daniel).— Family therapy for adolescent anorexia nervosa : The results of a controlled comparison of two family interventions, *Journal of child psychology and psychiatry*, 41, 2000, p. 727-736.
- EIZAGUIRRE (Alberto), SAENZ DE CABEZON (Asuncion), DE ALDA (Inigo), OLARIAGA (Luis), JUANIZ (Maite).— Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders, *Personality and individual differences*, 28, 2004, p. 321-331.
- EPSTEIN (Nathan), BALDWIN (Lawrence), BISHOP (Duane).— The McMaster family assessment device, *Journal of marital and family therapy*, 9, 1983, p. 171-180.
- ESPINA (Alberto).— Alexithymia in parents of daughters with eating disorders - Its relationships with psychopathological and personality variables, *Journal of psychosomatic research*, 55, 6, 2003, p. 553-560.
- FRIEDBERG (Naomi), LYDDON (William).— Self-other working models and eating disorders, *Journal of cognitive psychotherapy*, 10, 1996, p. 193-203.
- GELLER (Josie), COCKELL (Sarah), GOLDNER (Elliot).— Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa, *International journal of eating disorders*, 28, 2000, p. 8-19.
- GENCOZ (Tulin), VOELZ (Zachary), GENCOZ (Faruk), PETTIT (Jeremy), JOINER (Thomas).— Specificity of information processing styles to depressive symptoms in youth psychiatric inpatients, *Journal of abnormal psychology*, 29, 2001, p. 255-262.
- GEORGE (Carol), SOLOMON (Judith).— The caregiving behavioral system, dans Cassidy (J.), Shaver (P.), *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications*, New York, The Guilford press, 1999, p. 649-670.
- GOODSITT (Alan).— Self-regulatory disturbances in eating disorders, *International journal of eating disorders*, 25, 1983, p. 51-60.
- GOTTMAN (John).— *What predicts divorce ?*, Hillsdale, Erlbaum, 1994.
- GROSS (James J.).— Emotion regulation : affective, cognitive, and social consequences, *Psychophysiology*, 39, 3, 2002, p. 281-291.
- GUTTMAN (Herta), LAPORTE (Lise).— Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context, *Comprehensive psychiatry*, 43, 2002, p. 448-455.
- HENDRICK (Stephan).— Les émotions exprimées. Le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29, 2002, p. 139-166.

- HUMPHREY (Laura).— Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior, *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 1989, p. 206-214.
- INFRASCA (Roberto).— Alexithymia and neurovegetative arousal and neuroticism : a experimental study, *Psychotherapy and psychosomatics*, 66, 1997, p. 276-280.
- JACOBSON (Neil), DOBSON (Keith), TRUAX (Paula), ADDIS (Michael), KOERNER (Kelly), GOLLAN (Jackie).— A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression, *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 1996, p. 295-304.
- JOUANNE (Céline), EDEL (Yves), CARTON (Solange).— Déficits émotionnels chez des patientes polytoxicomanes, *Annales médico-psychologiques*, 163, 2005, p. 625-630.
- KENNY (Maureen).— The extent and function of parental attachment among first year college students, *Journal of youth and adolescence*, 16, 1987, p. 17-29.
- KESSLER (Henrik), SCHWARZE (Markus), FILIPIC (Suzanne), TRAEUE (Harald), WIETERSHEIM (Joern).— Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders, *International journal of eating disorders*, 39, 2006, p. 245-251.
- KOG (Elly), VANDEREYCKEN (Walter).— Family interaction in eating disorder patients and normal controls, *International journal of eating disorders*, 8, 1989, p. 11-23.
- KORNREICH (Charles), BLAIRY (Sylvie), PHILIPPOT (Pierre), DAN (Bernard), FOISY (Marie), HESS (Ursula), LE BON (Olivier), PELC (Isidore), VERBANCK (Paul).— Impaired emotional facial expression recognition in alcoholism compared with obsessive-compulsive disorder and normal controls, *Psychiatric research*, 102, 2001, p. 235-248.
- KUCHARSKA-PIETURA (Katarzyna), NIKOLAOU (Vasilis), MASIĄK (Marek), TREASURE (Janet).— The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa, *International journal of eating disorders*, 35, 2004, p. 42-47.
- LANE (Richard), AHERN (Geoffrey), SCHWARTZ (Gary), KASZNIAK (Alfred).— Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight ?, *Biological psychiatry*, 42, 1997, p. 834-844.
- LANE (Richard), SCHWARTZ (Gary).— Levels of emotional awareness : a cognitive-developmental theory and its application of psychopathology, *The American journal of psychiatry*, 144, 1987, p. 133-143.
- LAPORTE (Louise), MARCOUX (Violaine), GUTTMAN (Herta).— Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparées à celles de familles témoins, *L'encéphale*, XXVII, 2001, p. 109-119.
- LARSEN (Junilla), BRAND (Nico), BERMOND (Bob), HIJMAN (Ron).— Cognitive and emotional characteristics of alexithymia : a review of neurobiological studies, *Journal of psychosomatic research*, 54, 2003, p. 533-541.
- LATTIMORE (Paul), WAGNER (Hugh), GOWERS (Simon).— Conflict avoidance in anorexia nervosa : an observational study of mothers and daughters, *European eating disorders review*, 89, 2000, p. 355-368.
- LATZER (Yael), GABER (Lee).— Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa : family perspectives, *Contemporary family therapy*, 20, 1998, p. 539-551.
- LATZER (Yael), HOCHDORF (Zipora), BACHAR (Eitan), CANETTI (Laura).— Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders, *Contemporary family therapy*, 24, 2002, p. 581-598.
- LEFF (Julian), VAUGHN (Christine).— The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia, *British journal of psychiatry*, 139, 1981, p. 102-104.
- LEGRANGE (Daniel), EISLER (Ivan), DARE (Christopher), RUSSEL (Gerald).— Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa : a pilot study, *International journal of eating disorders*, 12, 1992, p. 347-357.
- LEWIS (Marc D.).— Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic systems modeling, *Behavioral and brain sciences*, 28, 2005, p. 169-245.
- LEWIS (Marc D.), LAMEY (Alex), DOUGLAS (Lori).— A new dynamic systems method for the analysis of early socioemotional development, *Developmental science*, 2, 1999, p. 457-475.
- LINDEN (Wolfgang), LENZ (Joseph), STOSSEL (Carmen).— Alexithymia defensiveness and cardiovascular reactivity to stress, *Journal of psychosomatic research*, 41, 1996, p. 575-583.
- LOAS (Gwenole), OTMANI (Ouardia), LECERCLE (Christian), JOUVENT (Roland).— Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics, *Psychiatric research*, 96, 2000, p. 63-74.
- LUMINET (Olivier), BAGBY (Michael), TAYLOR (Graeme).— An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression, *Psychotherapy and psychosomatics*, 70, 2001, p. 254-260.
- LUMINET (Olivier), RIMÉ (Bernard), BAGBY (Michael), TAYLOR (Graeme).— A multidimensional investigation of emotional responding in alexithymia, *Cognition and emotion*, 18, 2004, p. 741-766.
- MARTY (Pierre), M'UZAN (Michel).— La pensée opératoire, *Revue française de psychanalyse*, 27, 1963, p. 345-356.
- MCDOUGALL (Joyce).— *Théâtres du je*, Paris, Gallimard, 1982.
- MCDOUGALL (Joyce).— *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard, 1989.
- MCGRANE (Deirdre), CARR (Alan).— Young women at risk for eating disorders : perceived family dysfunction and parental psychological problems, *Contemporary family therapy*, 24, 2002, p. 385-394.
- MENDLEWICZ (Laura), LINKOWKI (Paul), BAZELMANS (Christine), PHILIPPOT (Pierre).— Decoding emotional facial expressions in depressed and anorexic patients, *Journal of affective disorders*, 89, 2005, p. 195-199.

- MINUCHIN (Salvador), ROSMAN (Bernice), BAKER (Lester).— *Psychosomatic families : anorexia nervosa in context*, Cambridge, Harvard university press, 1978.
- MOOS (Rudolf), MOOS (Bernice).— A typology of family social environment, *Family process*, 15, 1976, p. 357-371.
- MOULDS (Michelle), TOUYZ (Stephan), SCHOTTE (David), BEAUMONT (Peter), GRIFFITHS (Rosalynd), RUSSEL (Janice), CHARLES (Margaret).— Perceived expressed emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with anorexia nervosa, *International journal of eating disorders*, 27, 2000, p. 288-296.
- NANDRINO (Jean Louis), DOBA (Karyn), LESNE (Annick), CHRISTOPHE (Veronique), PEZARD (Laurent).— Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa : effect of illness duration, *Journal of psychosomatic research*, 61(4), 2006, p. 537-543.
- NEWTON (Tamara), CONTRADA (Richard).— Alexithymia and repression : contrasting emotion-focused coping styles, *Psychosomatic medicine*, 56, 1994, p. 457-462.
- ONNIS (Luigi).— Quand le temps est suspendu : individu et famille dans l'anorexie mentale, *Thérapie familiale*, 21, 2000, p. 289-303.
- OTMANI (Ouardia), LOAS (Gwenole), LECERCLE (Christian), JOUVENT (Roland).— Relations entre alexithymie et dépendance affective. Étude comparative de 60 patients alcooliques et de 57 sujets contrôles, *L'encéphale*, 25, 1999, p. 244-251.
- PALMER (Robert), OPPENHEIMER (Rhoda), MARSHALL (Pamela).— Eating disordered patients remember their parents : a study using the parental-bonding instrument, *International journal of eating disorders*, 70, 1988, p. 101-106.
- PARKER (James), BAGBY (Michael), TAYLOR (Graeme), ENDLER (Norman), SCHMIDT (Peter).— Factorial validity of the 20-item Toronto alexithymia scale, *European journal of personality*, 76, 1993, p. 221-232.
- PATTERSON (Miles).— The evolution of a parallel process model of nonverbal communication, dans Philippot (P.), Feldman (R.), Coats (E.), *The social context of non-verbal behaviour*, New York, Cambridge university press, 1999, p. 317-347.
- PEDINIELLI (Jean-Louis).— *Psychosomatique et alexithymie*, Paris, Presses universitaires de France, 1992.
- PIERREHUMBERT (Blaise), BADER (Michel), MILJKOVITCH (Raphaele), MAZET (Philippe), AMAR (Michel), HALFON (Olivier).— Strategies of emotion regulation in adolescents and young adults with substance dependence or eating disorders, *Clinical psychology and psychotherapy*, 9, 2002, p. 384-394.
- RABAVILAS (Andreas).— Electrodermal activity in low and high alexithymia neurotic patients, *Psychotherapy and psychosomatics*, 47, 1987, p. 101-104.
- RAMACCIOTTI (Adriana), SORBELLO (M.), PAZZAGLI (Adolfo), VISMARA (L.), MANCONE (A.), PALLANTI (Stefano).— Attachment processes in eating disorders, *Eating weight disorders*, 6, 2001, p. 166-170.
- RHODES (Paul), KROGER (Jane).— Parental bonding and separation/individuation difficulties among late adolescent eating disordered women, *Child psychiatry and human development*, 22, 1992, p. 249-263.
- ROEDEMA (Thomas), SIMONS (Robert).— Emotion-processing deficit in alexithymia, *Psychophysiology*, 36, 1999, p. 379-387.
- SALZMAN (Judith).— Ambivalent attachment in female adolescents : association with affective instability and eating disorders, *International journal of eating disorders*, 21, 1997, p. 251-259.
- SANTOZ (R.), VAZ (L.).— Assessment of expressed emotion in families of patient with eating disorders : using the camberwell family interview on a spanish sample, *Actas Españolas de psiquiatria*, 33, 2005, p. 359-365.
- VAZ-LEAL (Francisco J.), RODRÍGUEZ-SANTOS (Laura).— Valoración de la expresividad emocional en familias de pacientes con trastornos emocionales : aplicación de la Camberwell Family Interview en una muestra española, *Actas españolas de psiquiatria*, 33, 2005, p. 359-365.
- SCHERER (Klaus).— Neuroscience projections to current debates in emotion psychology, *Cognition and emotion*, 7, 1993, p. 1-41.
- SCHMIDT (Ulrike), JIWANY (Arif), TREASURE (Janet).— A controlled study of alexithymia in eating disorders, *Comprehensive psychiatry*, 34, 1993, p. 54-58.
- SELVINI-PALAZZOLI (Mara), CIRILLO (Stephano), SELVINI (Matteo), SORRENTINO (Anna).— *Les jeux psychotiques dans la famille*, Paris, ESF, 1990.
- SHUGAR (Gerald), KRUEGER (Stephanie).— Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa, *International journal of eating disorders*, 17, 1995, p. 23-31.
- SLOAN (Denise), STRAUSS (Milton), WISNER (Katherine).— Diminished response to pleasant stimuli by depressed women, *Journal of abnormal psychology*, 110, 2001, p. 488-493.
- SORDELLI (A.), FOSSATI (Andrea), DEVOTI (M.), LA VIOLA (S.), MAFFEI (Cesare).— Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients, *Psychopathology*, 29, 1996, p. 64-70.
- STERN (Stephan), DIXON (Katarina), JONES (David), LAKE (Marla), NEMZER (Elaine), SANSONE (Randy).— Family environment in anorexia nervosa and bulimia, *International journal of eating disorders*, 89, 1989, p. 25-31.
- STONE (Linda), NIELSON (Kristy).— Intact physiological response to arousal with impaired emotion recognition in alexithymia, *Psychotherapy psychosomatics*, 70, 2001, p. 92-102.
- SZMUKLER (George), EISLER (Ivan), RUSSEL (Gerald), DARE (Christopher).— Anorexia nervosa parental « expressed emotion » and dropping out treatment, *British journal of psychiatry*, 147, 1985, p. 265-271.

TAYLOR (Graeme).– Recent developments in alexithymia theory and research, *Canadian journal of psychiatry*, 45, 2000, p. 134-142.

TAYLOR (Graeme), BAGBY (Michael), PARKER (James).– *Disorders of affect regulation : alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge, Cambridge university press, 1997.

TAYLOR (Graeme), PARKER (James), BAGBY (Michael), BOURKE (Michael).– Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders, *Journal of psychosomatic research*, 41, 1996, p. 561-568.

TROISI (Alfonso), MASSARONI (Paola), CUZZOLARO (Massimo).– Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders, *British journal of clinical psychology*, 44, 2005, p. 89-97.

UEHARA (Tofu), KAWASHIMA (Yoshiaki), GOTO (Masa-hiro), TASAKI (Shin), SOMEYA (Toshiyuki).– Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion : a preliminary study, *Comprehensive psychiatry*, 42, 2001, p. 132-138.

VAN FURTH (Eric), VAN STRIEN (Din), MARTINA (Lorella), VAN SON (Maarten), HENDRICKX (J. J.), VAN ENGELAND (Herman).– Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders, *International journal of eating disorders*, 20, 1996, p. 19-31.

VAUGHN (Christine), LEFF (Julian).– The influence of family and social factors on the course of psychiatric

illness : a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *British journal of psychiatry*, 129, 1976, p. 125-137.

WARD (Anne), RAMSAY (Rosalind), TREASURE (Janet).– Attachment research in eating disorders, *British journal of medical psychology*, 73, 2000, p. 35-51.

ZIOLKOWSKI (Marcin), GRUSS (Tomasz), RYBAKOWSKI (Janusz).– Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence ?, *Psychotherapy and psychosomatics*, 63, 1995, p. 169-173.

ZONNEVUILLE-BENDER (Marjo), VAN GOOZEN (Stephanie), COHEN-KETTENIS (Peggy), JANSEN (Lucres), VAN ELBURG (Annemarie), VAN ENGELAND (Herman).– Adolescent anorexia nervosa patients have discrepancy between neurophysiological responses and self-reported emotional arousal to psychosocial stress, *Psychiatric research*, 135, 2005, p. 45-52.

ZONNEVUILLE-BENDER (Marjo), VAN GOOZEN (Stephanie), COHEN-KETTENIS (Peggy), VAN ELBURG (Annemarie), VAN ENGELAND (Herman).– Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning, *European child and adolescent psychiatry*, 11, 2002, p. 38-42.

ZONNEVUILLE-BENDER (Marjo), VAN GOOZEN (Stephanie), COHEN-KETTENIS (Peggy), VAN ELBURG (Annemarie), VAN ENGELAND (Herman).– Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients : a controlled study, *European child and adolescent psychiatry*, 13, 2004, p. 28-34.