

Université Abderrahmane **MIRA** de **Bejaia**

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master en
psychologie**

Option : psychopathologie et psychosomatique

Thème

L'alexithymie chez les personnes asthmatiques

*Etude de 03 cas, réalisée au service de médecine
interne à l'hôpital d'amizour.*

Préparé par :

Chiter Lila

Mors Siham

Encadré par (e):

Mr : Lekahel Samir

Année universitaire

2017-2018

Remerciements

Avant tout, nous voulons remercier le dieu de nous voir donné de la patience et la volonté de réaliser ce modeste travail.

Il m'est agréable d'exprimer notre gratitude :

A notre promoteur Mr Lekhel Samir, pour ces conseils et leur aide durant toute la période du travail.

A tous nos enseignants qui nous ont aidés dans le cours de notre travail.

Aux membres du jury pour l'honneur qu'ils nous ont accordé en évaluant notre travail.

A tout le personnel de l'E.P.H d'amizour, ainsi la psychologue Mm moussaoui pour ses conseils, et son soutien et son attention.

Nous remercions chaleureusement tous ceux qui ont eu le privilège de réaliser ce travail.

Merci pour votre soutien et votre attention

DEDICACE

Je remercie dieu de m'avoir donné la patience et la volonté pour réaliser ce modeste travail.

A la lumière de mes yeux et la source de ma tendresse : mes chers parents pour leurs soutien, le leurs prières pour moi, et leurs amours, durant toutes mes années d'études.

A mes sœurs Anissa, Wahiba et Zina, qui je aime beaucoup.

A mes frères Salem et Omar pour leurs confiances et leurs aides.

A la femme de mon frère : Warda pour leur encouragement et leur soutien et ses conseils.

A mon fiancé Abderezak pour sa patience et son soutien et leur grand amour pour moi.

A tous les enfants de mes frères et mes sœurs : Ikram, Hamza, Yasmin, et Abderahim, Roumyssa, Maroua, Abderrahmane, Anas, Asma et la petite Sara, j'espère que vous réussirez dans la vie.

A ma meilleure amie Kahina.

A mon binôme Lila.

Merci à tous ceux qui ont été ma source de sucée.

Siham

Dédicace

Je tiens tout d'abord à remercier mon dieu le tout puissant qui m'a donné la puissance et la patience de réaliser ce modeste travail.

A ma mère qui m'a encouragé au long cours de mon cursus.

A la mémoire de mon père que dieu leur accorde son vaste paradis.

A mon cher frère Azzedine pour son soutien et ses conseils.

A toutes mes sœurs Saliha et Nabila et Samra.

A toutes mes amies Mariam, Djennette, Assia et Katia et mes cousines Kahina et Nadira.

A ma tante Djamila qui m'a aidé et soutenu.

A mon meilleur ami : Abdenaser

A mon binôme Siham.

Merci à tous ceux qui m'ont aidé.

LILA

SOMMAIRE

Remerciement

Dédicace

Sommaire

***Introduction général.....1**

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Le cadre général de la problématique

-problématique.....4

-hypothèses.....7

-Définitions des concepts.....8

Chapitre II : la maladie asthmatique

Préambule.....12

1. Définition de l'asthme.....12

2. Historique de l'asthme.....15

3. L'épidémiologie de l'asthme.....18

4. Étiologie de l'asthme20

5. Les symptômes de l'asthme25

5.1 Symptômes de gravité d'une crise d'asthme.....28

6. Les formes cliniques de l'asthme.....29

7. Les complication de l'asthme.....31

8. L'évolution de l'asthme.....32

9. Les forme de l'asthme selon l'âge.....33

10. Diagnostic et bilan de l'asthme.....35

11. Le diagnostic différentiel de l'asthme.....39

| | |
|-------------------------------------|----|
| 12. Le traitement de l'asthme | 40 |
| 12.1 Médical..... | 40 |
| 12.2 Psychologique..... | 41 |

Chapitre III : l'alexithymie

| | |
|---|----|
| Préambule..... | 44 |
| 1. Historique..... | 44 |
| 1.1 Perspective et recherche actuelles sur l'alexithymie..... | 47 |
| 2. Définition..... | 52 |
| 3. Épidémiologie..... | 55 |
| 4. Approche neurocognitive de l'alexithymie..... | 56 |
| 5. Etiologie..... | 59 |
| 6. les formes cliniques d'alexithymie | 60 |
| 6.1 L'alexithymie primaire..... | 60 |
| 6.1 L'alexithymie secondaire..... | 60 |
| 7. les signes cliniques d'alexithymie..... | 61 |
| 7. Les caractéristiques et le critère diagnostique selon DCRP de l'alexithymie..... | 62 |
| 7.1 Les caractéristique d'alexithymie..... | 62 |
| 7.2 Les caractéristiques des patients alexithymiques et névrotiques..... | 65 |
| 7.3 Les critères diagnostiques pour la recherche en psychosomatique..... | 68 |
| 8. L'alexithymie dans ses rapports avec la pensée opératoire..... | 69 |
| 9. Alexithymie et troubles psychosomatiques..... | 73 |

| | |
|--|----|
| 9.1 Alexithymie, stress et dépression..... | 75 |
| 9.2 Alexithymie et troubles de la personnalité..... | 79 |
| 10. Les thérapies et le traitement de l'alexithymie..... | 82 |
| 10.1 Psychothérapies individuelles..... | 83 |
| 10.2 Thérapie de groupe..... | 85 |
| 10.3 Association psychothérapie-Pharmacologie..... | 87 |

LA PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : la Méthodologie De Recherche

| | |
|---|-----|
| Préambule..... | 89 |
| 1. Le terrain de la recherché..... | 89 |
| 2. Echantillon de la recherché..... | 91 |
| 3. La pré-enquête..... | 92 |
| 4. La méthode utilisée..... | 93 |
| 5. Les outils de recherché..... | 94 |
| 5.1 L'entretien Clinique..... | 94 |
| 5.2 L'entretien semi-directif..... | 95 |
| 5.3 Latitude du clinicien lors de d'entretien..... | 95 |
| 5.4 Le guide d'entretien..... | 97 |
| 5.5 L'échelle de l'alexithymie Toronto la tas-20..... | 97 |
| 6. La méthode de la passation de l'échelle..... | 99 |
| 7. procédures de recueil des données..... | 101 |
| 7.1 Les conditions du déroulement..... | 101 |
| 7.2 Les étapes de déroulement..... | 101 |

| | |
|--|-----|
| 7.3 La passation des entretiens..... | 101 |
| Conclusion..... | 102 |
| CHAPITRE V : Présentation et Analyse des Résultats et Discussion Des Hypothèses | |
| Préambule..... | 103 |
| I. présentation et analyse des résultats..... | 103 |
| 1. Cas de Makhelouf..... | 103 |
| 2. Cas de Farida..... | 107 |
| 3. Cas de Akila..... | 110 |
| II. Discussion des hypothèses..... | 112 |
| Conclusion général | |
| Bibliographie | |
| Annexes | |

Liste Des Tableaux :

| | |
|---|-----|
| Tableau N°1 : Les caractéristiques des patients alexithymiques et névrotiques..... | 64 |
| Tableau N°2 : présentation de l'échantillon de la recherche..... | 91 |
| Tableau N°3 : résultat de l'échelle d'alexithymie du cas Makhelouf..... | 105 |
| Tableau N°4 : résultat de l'échelle d'alexithymie du cas Farida..... | 108 |
| Tableau N°5 : résultat de l'échelle d'alexithymie du cas Akila..... | 111 |
| Tableau N°6 : résultat résumer les résultats de l'échelle de l'alexithymie..... | 112 |
| Tableau N°7 : confrontation des résultats obtenus à partir de l'échelle de l'alexithymie et les entretiens avec l'hypothèse..... | 116 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure01 : Comparaison entre une bronche normale et bronche asthmatique..... | 14 |
|---|----|

INTRODUCTION

GENERALE

Introduction

La relation entre les maladies organiques et l'activité psychique est devenu dans ces dernières décennies un sujet suscitant la curiosité non seulement des médecins somaticiens et les psychologues mais aussi les personnes malades.

L'asthme considéré actuellement comme une maladie inflammatoire bronchique chronique des voies aériennes qui touche tout les classes d'âges, et présente des problèmes majeurs par sa fréquence élevée dans le monde, peut être sévère et mortelle par fois.

Cette inflammation peut produit des divers symptômes (une hyperréactivité, responsables d'épisodes récidivants de sifflements, dyspnées, gêne respiratoires, et les toux), en général ces symptômes sont accompagnes une obstruction bronchique, habituellement réversible, spontanément ou sous traitement les facteurs aggravant l'asthme nombreux (allergènes, infections exercices physique et certains médicaments (aspirine ...etc.) Et certains comportements addictives (l'alcool, tabac...etc.). Cette maladie provoque des troubles psychologiques, et plusieurs maladies psychiques telle que l'anxiété, la dépression, l'alexithymie.

Dans notre recherche en va aborder l'un des problèmes qui atteinte les sujet qui souffrent d'alexithymie par ses différents degrés car les patients asthmatiques quant il manifeste des crises soit légers, graves il ne peut pas a identifier leurs émotions, ils ont focalisé sur le monde extérieur plutôt le monde intérieur, la sensation d'étouffements et les toux qui rendre le malade a souffrent de l'alexithymie.

Notre travail du recherche porte l'influence du l'asthme sur le fonctionnement émotionnels notamment l'alexithymie, pour enrichir et élucider

les idées que nous avons abordées précédemment nous allons élaborer un plan du travail qui comporte les étapes suivantes :

La partie théorique : qui se subdivise en trois chapitres :

Chapitre I : le cadre général de problématique qui conçoit : (la problématique et les hypothèses).

Chapitre II : Sous titre des maladies asthmatiques qui conçoit :

Aspect général, aspect médical et psychologique, il contient : (Préambule, définition, Historique, l'épidémiologie, étiologie, symptomatologie, les formes cliniques d'asthme, Les complications, l'évolution, Diagnostic et le traitement).

Chapitre III : c'est la partie de l'alexithymie qui contient d'un :

(Préambule, historique de l'alexithymie, définition de l'alexithymie, épidémiologie de l'alexithymie, approche neurocognitive de l'alexithymie, étiologie de l'alexithymie, les signes cliniques de l'alexithymie, les caractéristiques de l'alexithymie, les formes d'alexithymie, l'alexithymie dans ses rapports avec la pensée opératoire, l'alexithymie et les troubles psychosomatiques, l'alexithymie et les troubles de personnalité, les thérapies et le traitement de l'alexithymie, et conclusion).

La partie pratique :

Qui porte la méthodologie de la recherche, qui se subdivise en deux chapitres :

Chapitre IV : il conçoit :

Préambule, le terrain de la recherche, l'échantillon de la recherche, la pré-enquête, la méthode utilisée, les outils de recherche ; (l'entretien clinique, et l'entretien semi-directif, l'attitude du clinicien lors de l'entretien, et le guide d'entretien), et conclusion.

Chapitre V : Il appréhende :

❖ **Analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule et la présentation et analyse des résultats (de Cas de monsieur Makhelouf, Cas de mademoiselle Farida, et le Cas de mademoiselle Akila.

❖ **synthèse des résultats de l'échelle de l'alexithymie de la Toronto (TAS -20), et discussion des hypothèses et la conclusion.**

Partie
Théorique

CHAPITRE I

Le Cadre Général De La Problématique

1. la problématique
2. l'hypothèse
3. Définition et opérationnalisation des concepts

1. Problématique

Depuis plusieurs années, la psychopathologie et la psychosomatique constituent un point de convergence et de rencontre de plusieurs patients qui souffrent du déficent, maladies qui mènent à l'apparition des certains types de comportement et les réactions émotionnel. (Bungener,2006, p.6)

Les maladies respiratoires touchent des milliards de personnes dans le monde, elles se caractérisent par une toux sèche, une dyspnée très variables en intense, c'est des maladies qui touchent les voies aeriennes(les voies nasales, bronches, et les pommons...) se sont soit des infections aigus comme la pneumonie et la bronchite la BPCO et l'asthme. Seules pathologies chroniques liées à l'appareil respiratoires sont retenues ci après à l'hôpital.

Selon (OMS) l'organisation mondiale de la sante, En Algérie a inclus tout les âges réalisée en 2004, a retrouve que 31% des motifs de consultation sont des symptômes respiratoires et que parmi les diagnostics retenu, l'asthme occupent la première place des maladies respiratoires chronique.

L'asthme est un problème de sante publique mondial dans le quel sa fréquence augmente régulièrement depuis 20 ans et que sa moralié reste inquiétant avec plus de 180 000 morts par an dans le monde. (P.Grangaud, 2001, pp 26-36)

Néanmoins, chaque être humain présente des degrés variables de vulnérabilité aussi les individus atteints de cette maladie ne souffrent pas tous du même type d'asthme, mais diffère.

Selon la prédisposition organique et l'état psychique de chacun d'une part et d'une autre part le rôle de l'entourage, a s'avoir s'il est favorable, revitalisant ou défavorable.

Pour ce qui est de sa prévalence, l'asthme a cycle entre 4 et 6 % pour les sujets adultes et touche entre 8 et 10 % des enfants, en effet 8,5 % des enfants en Algérie souffrent d'asthme, selon les résultats de l'enquête réalisé en 2005, et 4 % de la totalité de la population algérienne en est atteinte. En outre l'asthme est une maladie qui ne touche pas seulement les petits enfants ou les adultes, mais aussi les adolescents, et elle n'a aucune préférence de sexe.

L'ampleur de la maladie au niveau international et tel-que l'organisation Mondial de la santé (OMS) la qualifiée en 2008 après une étude épidémiologique dont les résultats ont conclus que l'infection respiratoires aiguës et en particulier l'asthme Serait à l'origine de 70 % des décès enregistrés en Afrique sud, saharienne et en Asie du sud et chez les enfants de moins de 5 ans.

L'enquête ISSAC « The international study of asthma and allergies in childhood », Confirme que l'asthme est une maladie fréquente en Algérie. (p.Grangaud, 2001, pp 26-36)

Certain travaux ils ont porté sur l'augmentation de l'expression émotionnelle, alors que l'autre étudie la domination ou la disparation des expressions émotionnelle dans les diverses pathologies mentale en particulier la l'alexithymie qui connaît un développement depuis plus de 20 ans, dans le domaine de la psychologie de la santé médecine psychosomatiques.

Ce concept, présenté en 1972 par « **Sifneos** » a pris forme a partir de l'observation de patient présentant des pathologies psychosomatique classique et qui manifeste des traits qui serrant regroupé sous le terme « d'alexithymie » minimisation des affects et de manifestations émotionnelles et lors des conflits. Cette attitude était considérée comme l'effet d'une défense psychologique mais « Sifneos » souligne que le fonctionnement de ces patients est stable. Des premières travaux, les auteurs ont souligne la double composante affective et cognitive de l'alexithymie.

Taylor 2000 , l'alexithymie n'est ni une maladie ni un type de personnalité, elle n'apparaît dans aucune classification elle reste donc une notion purement clinique qui désigne un comportement repéré par les cliniciens, mais considérée comme pouvant être un facteur de vulnérabilité pour différentes pathologies et en particulier pour les conduites de dépendances (alcoolismes, toxicomanie), ce comportement peut coexister avec d'autres traits psychologiques, mais aussi avec des organisations psychiques différentes. **Berthoz 2001**, l'alexithymie semble relativement stable dans le temps lorsqu'il s'agit d'une alexithymie primaire. Dans la population générale, environ 20 % des sujets sont alexithymiques, on observe pas de corrélation avec le sexe ni avec l'âge, en revanche, certaines études ont montré des corrélations avec le niveau socioculturel, pour certains l'alexithymie est un effet du stress, qui risque d'entraîner une affection somatique par une incapacité à identifier les éléments de stress qui diffèrent, pour d'autres encore l'alexithymie empêche l'adaptation des sujets au stress. (Bungener, 2006, p. 64.66)

Sur la base de notre problématique nous avons posé la question principale suivante :

- Est-ce que certaines personnes asthmatiques ont des manifestations significatives de l'alexithymie ?

2. Les hypothèses :

De ce questionnement général, nous nous sommes posé les hypothèses suivantes :

2.1 Hypothèse général :

- ❖ Certaines personnes asthmatiques ont des manifestations significatives de l'alexithymie.

2.2 Hypothèses partielles :

- ❖ certaines personnes asthmatiques ont la difficulté à identifier leurs états émotionnels.
- ❖ Certaines personnes asthmatiques ont la difficulté à décrire leurs états émotionnels à autrui.
- ❖ certaines personnes asthmatiques ont des manifestations significatives des pensées opératoires.

3. Définition et opérationnalisation des concepts

1. L'asthme

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes. Chez les sujets prédisposés, cette inflammation entraîne des symptômes répétitifs du sifflement, d'essoufflement et de toux, particulièrement la nuit et au petit matin. Ces symptômes sont généralement associés à une obstruction diffuse mais variable des voies aériennes qui est au moins partiellement réversible, soit spontanément, soit sous traitement.

Dans notre travail de recherche on a choisi tout les différents types d'asthme et les différents sexes (homme, femme).

2. Les émotions

Le terme d'émotion vient de « e-movre » qui signifie « mouvoir » au-delà, «émouvoir ». Tout au long de sa vie, chaque individu va tantôt rechercher les émotions, tantôt les fuir. Ne plus avoir d'émotions est le but de certaines philosophies du Nirvana, tandis que les libérer et les faire librement circuler est l'objectif de certaines thérapies humanistes. Platon considérée les émotions comme perturbation de la pensée. Les philosophes classiques (de Descartes à Hume) classent les émotions parmi les passions, C'est-à-dire les sensations que le corps procure à l'esprit, avec ou sans consentement. Ils expriment ainsi cette propriété de l'émotion d'être à la fois un état physique et mental.

Kant parle des maladies de l'âme pour évoquer les émotions, Darwin les intègre dans les précieux comportements adaptatifs et évolutifs des espèces. Pour Sartre, elles constituent un « mode d'existence de la conscience » permettant de « comprendre son être dans le monde ».

Les émotions sont souvent réparties en émotions positives et émotions négatives. Leurs nombre est variable, mais généralement les auteurs retiennent

six émotions fondamentales appelées aussi émotions de base : La tristesse, la peur, la colère, la joie, la surprise, et le dégoût. non seulement l'émotion est caractérisée par un état affectif qui a un commencement précis est liée à un objet particulier, et possède une durée relativement brève, mais elle est accompagnée de modifications physiologiques, corporelles et cognitives. D'un point de vue physiologique, certaines modifications sont perceptibles aisément alors que d'autres ne le sont pas. Un sujet qui ressent de la peur sent ses muscles se tendre, son estomac se nouer et sa bouche devenir sèche. Le foie déverse du glucose supplémentaire dans le sang pour fournir de l'énergie, le rythme respiratoire augmenté pour apporter l'oxygène nécessaire, la digestion ralentit, ce qui permettra le détournement du sang des organes internes vers les muscles les pupilles se dilatent et laissent passer plus de lumière, le sujet transpire plus abondamment pour refroidir le corps et, en cas de blessures, le sang coagule plus vite. Le sujet sera ainsi prêt à combattre ou fuir. On peut tout fois souligner que les émotions aussi différentes que la peur et la colère impliquent les mêmes modifications physiologiques. D'un point de vue cognitif, l'émotion est considérée par certains auteurs comme ayant un rôle perturbateur, désorganisateur, elle vient interrompre un état cognitif. Aussi, décrit-on habituellement trois composantes dans l'émotion : subjectivité, comportementales et physiologiques. (Chrytel Besche-Richard et Catherine Bungener, 2006, p. 42)

3. L'alexithymie

Ce concept, présenté par 1972 **Sifneos**, a pris forme à partir de l'observation de patients présentant des pathologies psychosomatiques classiques.

Sifneos souligne que le fonctionnement de ses patients est stable, spécifique et non l'effet transitoire d'un mécanisme de défense. Sifneos propose le terme d'alexithymie (du grec a=absence (sans), lexis=mots,

thymos=émotions), c'est-à-dire absence des mots pour les émotions, classiquement les manifestations alexithymiques sont regroupe en quatre dimensions :

1. l'incapacité à identifier les émotions ou les sentiments et à les distinguer des sensations corporelles.
2. la limitation de la vie imaginaire.
3. la tendance à recourir à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions.
4. la description détaillée des événements, des faits et des symptômes physiques sans véritable élaboration. (Chrytel Besche-Richard et Catherine Bungener, 2006, p. 64)

4. La pensée opératoire et vie opératoire

Marty P, utilise le mot « vie » plutôt que « pensées » opératoire dans la mesure où il s'agit d'un système automatique et superficiel de vie sans liaison avec l'inconscient. La vie opératoire s'avère « un système de non pensée », elle constitue une étape de chronicité relative de stabilité relative qui s'installe au cours d'une désorganisation lente et ayant affecté un caractère progressif pendant laquelle aucune réorganisation ne se produit.

Cette phase de vie opératoire apparait comme un aménagement fragile, plus ou moins prolongé dans le temps. Elle est néanmoins émaillée fréquemment d'incidents ou d'accidents somatiques variables qui souligne un ensemble de comportements d'instabilité.

La pensée opératoire est une pensée propre aux patients psychosomatiques, elle met en certitudes la carence des activités fantasmatiques et oniriques de sujet. Elle exclut toute représentations et affectes lies a la réactivation de trace mnésiques liées à la mémoire. À des souvenirs, à des

pensées latentes, dans lesquelles la projection dans l'avenir n'est pas retrouvée (Marty p, 2004, p. 117)

Les conduites opératoires sont soutenues par des représentations qui sont répétitives marquées du sceau de l'actuel et du factuel, elles accompagnent la plupart du temps l'action la précédant ou la suivant, sans l'encombrer ou la troubler. A travers des comportements, on peut, néanmoins, souvent remarquer que le patient taciturne parfois accoutumé aux consultations médicales en raison de diverses désorganisations somatiques plus ou moins anciennes.

CHAPITRE II

La maladie asthmatique

Préambule

1. Définition de l'asthme
2. Historique de l'asthme
3. L'épidémiologie de l'asthme
4. Etiologie de l'asthme
5. les symptômes de l'asthme
6. Les formes cliniques de l'asthme
7. Les complications de l'asthme
8. l'évolution de l'asthme
9. Les formes d'asthme selon l'âge
10. Diagnostic et bilan d'asthme
11. Le diagnostic différentiel de l'asthme
12. Le traitement de l'asthme

* le traitement médical

* le traitement psychologique.

Conclusion

Préambule :

L'asthme est la plus fréquente des maladies respiratoires chroniques qui se caractérise par une inflammation bronchique complexe qui entraîne l'apparition d'un trouble ventilatoire obstructif variable souvent réversible spontanément ou sous l'effet du traitement.

Donc la maladie nécessite un traitement médical bien conduit et aussi une prise en charge psychologique à l'état stable et au moment de la manifestation de la crise.

L'asthme a été une maladie mystérieuse auxquelles la médecine, et même la psychologie, cherche à comprendre.

1. Définition de l'asthme :

« Du grec asthainien, être essoufflé. Pris longtemps comme synonyme d'étouffement, ce mot désigne maintenant une forme particulière de dyspnée paroxystique. C'est une affection caractérisée par des accès de dyspnée lente, d'abord nocturne, liés au spasme, à la congestion et à l'hypersécrétion des bronches, se répétant pendant plusieurs jours » (Jeuge-Maynard Is. 2010, p.78)

L'asthme est un trouble inflammatoire chronique des voies aériennes dans lequel plusieurs cellules jouent un rôle, en particulier les mastocytes, les éosinophiles, et les lymphocytes. Chez des individus prédisposés, cette inflammation provoque des épisodes récurrents de respiration sifflante, d'essoufflement, d'oppression thoracique et de toux, particulièrement la nuit et ou tôt le matin. Ces symptômes sont habituellement associés à une limitation du débit aérien étendue mais variable, au moins partiellement réversible, soit spontanément soit au moyen d'un traitement. L'inflammation cause également une augmentation de la réactivité des voies aériennes à une variété de stimuli. (Muriel Delvaux, 2002, p.75)

Il existe des diverses définitions de l'asthme, on peut retenir la définition suivante donnée par le consensus international sur l'asthme de la globale initiative for asthma (GINA) :

L'asthme est un désordre inflammatoire chronique des voies respiratoires chronique, chez les sujets susceptibles, cette inflammation cause des épisodes répétés de toux, de sifflements et de sensation de blocage de poitrine avec difficulté à respirer. L'inflammation rend les voies respiratoires sensibles aux stimuli comme les allergènes, les irritants chimiques, la fumée de tabac, l'air froid ou l'exercice. Quand elles sont exposées à ces stimuli les voies respiratoires se rétrécissent remplies de mucus, et répondent de façon exagérée aux stimuli.

La limitation du flux aérien dans les voies respiratoires est réversible (mais non complètement chez certains patient), spontanément ou sous l'effet du traitement. Quant le traitement de l'asthme est adéquat. L'inflammation peut être réduite à long termes, les symptômes peuvent habituellement être contrôlés et la plupart des problèmes liés à l'asthme prévenus. (Bertrand dautzenbreg, 2005, p.5)

C'est une affection caractérisée par une dyspnée paroxystique à prédominance expiratoire due à une sténose bronchiole par spasme de la musculature lisse des bronchioles ainsi que par œdème et hypersécrétion de la muqueuse d'une hyperactivité bronchique à des stimuli divers. (Jacques Quevauvilliers, 2003, p 89).

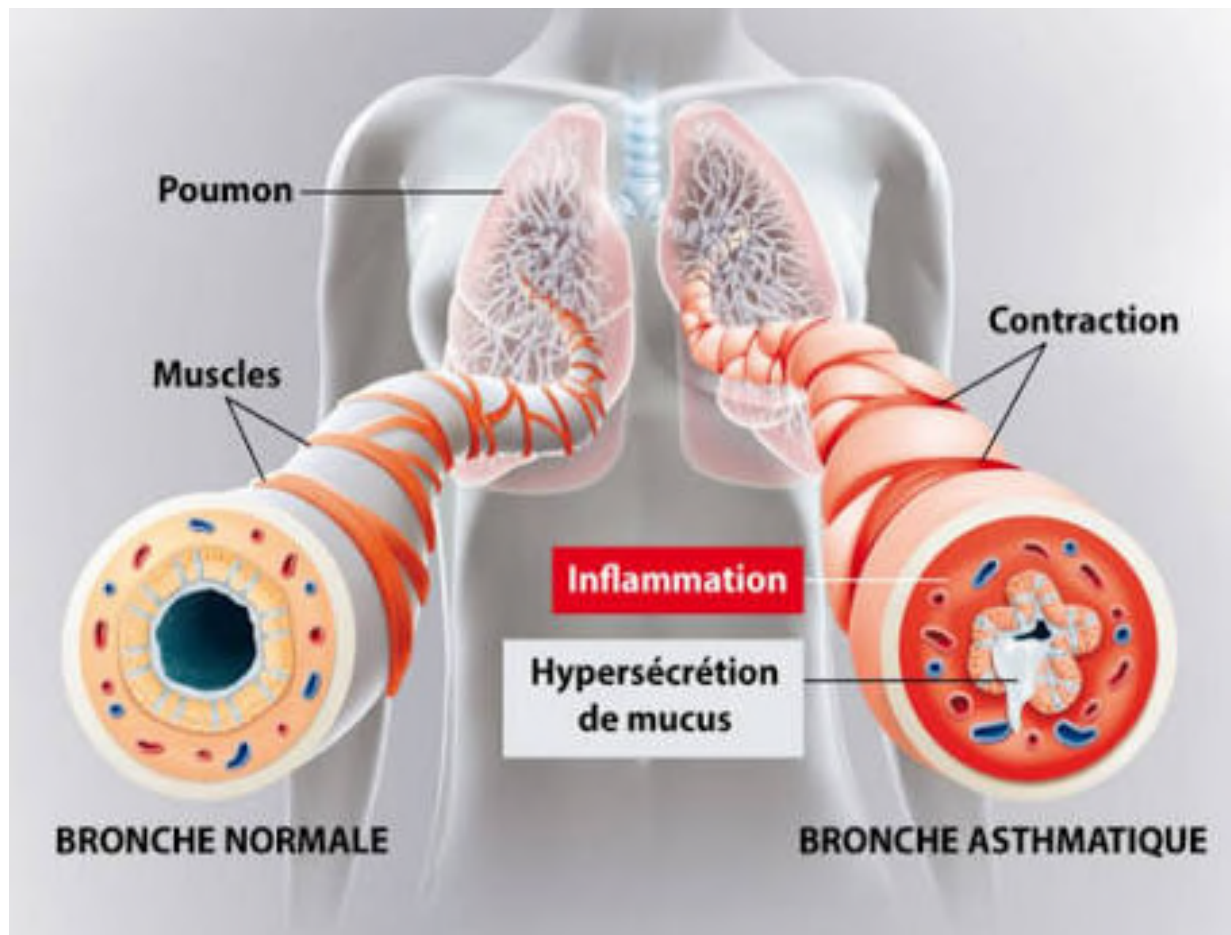


Figure 1 : Comparaison entre une bronche normale et bronche asthmatique.

2. Historique de l'asthme :

Tout spécialiste l'asthme sinon tous les médecins sait que **Trousseau** (1801,1867) a dit de l'asthme qu'il était un fait de longue vie.

Sur ce point, l'histoire n'a pas donné une raison à ce grand médecin qui fit par ailleurs de très vaste observation sur l'asthme, ses facteurs de déclenchement, et les moyens de guérir en particulier par les changements de climat, **Trousseau** observa plusieurs cas d'asthme ou les crises étaient manifestement liées à l'inhalation de substance que l'on appellera plus tard des allergènes. Il cite les cas de deux pharmaciennes qui développaient des crises lorsqu'on pilait dans sa pharmacie l'un de Saint-Germain-en-Laye, l'autre de Tours qui avaient de violentes crises chaque qu'ils manipulaient de la poudre l'ipécacuana. Ce qui corrobore l'observation de Cullen concernant une pharmaciennes qui développait des crises lorsqu'on pilait dans sa pharmacie les racines de cette plante aux vertus vomitives.

Trousseau, s'occupa aussi d'un jeune asthmatique de Saint-Omer, qui parti deux ans Londres, eut une rémission totale de ses crises, qui reparurent lorsqu'il revint dans sa ville natal, et cela a plusieurs reprises, mesure d'éviction coercitive, Trousseau, lui conseilla avec une grande force de persuasion de retourner s'établir à Londres où le climat était prouvablement très favorablement aux asthmatiques, ou moins à cette époque.

Mais connaît-on des cas intérieurs d'asthme sévère, ou plus simplement d'asthme aigu grave, car dans ces temps anciens, les médecins n'avaient pas encore établi la différence si importante entre asthme grave et asthme sévère, que les consensus ont recommandé de faire.

Arrêter de Cappadoce (milieu de 1^{ère} siècle après J.C). Citer chaque fois qu'il est question d'histoire du médecin a très bien décrit la crise d'asthme commune il avait aussi remarqué que l'évolution n'ait pas toujours

résolutive : « le cou se gonfle du fait des efforts mis en œuvre pour respirer, tandis les flancs se contactent, quand le mal est a son comble, il arrive souvent que le malade périsse suffoqué, comme dans l'accès épileptique.

Avicenne (980-1037) avait observé que l'asthme était une maladie chronique et parfois sévère, il écrivait : « lorsqu'elle est devenu invétérée, elle (cette maladie) ne guérit ne s'apaise lui aussi a comparé le paroxysme de l'asthme a celui de l'épilepsie.

Dans son traite de l'asthme, Maimonide (1138-1204) a décrit l'asthme de saladin (1138-1193). L'asthme de sultan, certes chronique, n'était probablement pas sévère car saladin vécut. Tout de même 55 ans et sa mort fulgurante semble plus évoquer une infection de l'époque, qu'un asthme agui grave, on dirait de nos jours que l'asthme de saladin était « rythmé par les infections », car Maimonide, avait observe que les rythme de cerveau, étaient les principaux facteurs déclenchant des crises de son illustre patient, dans le traite de l'asthme, il insiste sur le concept de médecine globale que l'on doit appliquer a l'asthme persistant, « il est clair pour les médecins, que l'on ne peut pas parvenir a la thérapeutique des maladies de manière directe : il faut s'efforcer avant tout de bien connaitre le tempérament du malade.

Les facteurs psychoaffectifs sont de nos jours associés à l'asthme sévère. Cela n'avait pas échappé à quelques observateurs perspicaces, **Peumery**, cité Jolly qui avait bien repéré qu'un asthme était survenu chez un jeune officier, intérieurement en excellent santé. Dont la première crise, violente et nocturne, survint en envoyant défiler les troupes, étrangères dans paris, en 1814. D'autres auteurs citent les revers de fortune. La colère, l'angoisse...etc. **Laennec** à rapporté le cas d'un noble de forte constitution qui développait des attaques, d'asthme presque exclusivement lorsqu'on fermait par inadvertance la porte de sa chambre.

Sir John Floyer (1659-1734) à été asthmatique pendant au moins 23 ans, ce qui ne l'a pas empêché de vivre 85 ans. Il à consigné les symptômes de son

affection pendant de nombreuses années, identifiant le rôle de l'exposition à la poussière, l'importance des facteurs saisonniers.

Floyer à bien observé l'importance du spasme bronchique et il à identifie les crachats parlés, par **Laennec** (1781-1826) il a connu des patients qui eurent de l'asthme pendant 50 ans, et même plus, et lui-même put mener une vie normale. Toutefois, il n'a pas cocuite la possibilité d'une évolution mortelle, et bien remarqué que si l'asthme débutant pendant l'enfance, il avait toute chance de persister.

Charles Harrison, blackley (1820-1900) était attient d'allergie pollinique qui se manifestait à la fois par une rhinite et un asthme, il imagina plusieurs techniques pour recueillir les problèmes et testa sur se propre personne par application oculaire, labiale, linguale et pharyngée. La quantité de pollen nécessaire pour provoquer des symptômes était faible et presque tout jours, identique, malgré ses nombreuses auto-expérience, **blackley** et une certaine chance puisqu'il ne développa jamais d'asthme aigu grave.

En 1919, **Ramirez** à rapporté la curieuse observation d'une malade anémique qui présentait de très violentes crise d'asthme après chaque transfusion sanguine et chaque fois qu'il montrait dans un fiacre. On s'aperçut que les transfusions étaient suivies d'une sensibilisation transitoire du patient. Sensibilisation passive et exposition active.

En 1914, **Fernand Widal** (1862-1929) à organisé une expérience extraordinaire en enfermant dans une écurie neuve tente moutons et un patient attient d'urticaire par allergie aux albumines animales, **Widal** observé la crise vasculo-humorale, de son patient, leucopénie, hypotension, asthme, etc. ces quelques, vignettes historiques ou anecdotiques mous montrent s'il en était besoin, que l'asthme est loin d'être une maladie andine. (Guy Dutau et Alain Didier, 2005, pp.3-5)

3. Épidémiologie de l'asthme :

L'asthme constitue dans le monde entier l'une des pathologies chroniques les plus fréquentes. Il représente une cause de morbidité importante dans les pays développés en raison de sa prévalence élevée qui a tendance à augmenter depuis ces dernières décennies, et une préoccupation majeure dans les pays en voie de développement pour des raisons économiques et humanitaires. La fréquence de l'asthme varie considérablement selon les pays et il est difficile de déterminer avec précision le nombre d'asthmatiques dans le monde entier.

Le GINA (Global Initiative for Asthma) et l'OMS (L'organisation mondiale de la santé), estiment que l'asthme atteint environ 300 millions des personnes dans le monde, que sa fréquence augmente régulièrement depuis 40 ans et que sa mortalité reste inquiétante, avec plus de 250000 morts par an dans le monde . Avec 15 millions d'années de vie compromises annuellement par la maladie, selon l'estimation de l'OMS,

La charge de la maladie représente à l'échelle mondiale 1% de la charge totale induite par toutes les maladies.

Le rapport garçon/fille varie de 1,5 à 3,3 avant la puberté, il devient légèrement inférieur à 1 à l'âge adulte.

Ainsi, pendant et après la puberté, il y a plus de femmes asthmatiques que d'hommes. Trois quarts des sujets ont eu leur première crise avant l'âge de 20 ans. Un second pic d'apparition de la maladie se situe aux environs de la cinquantaine: ce sont les asthmes dits tardifs, en général (mais pas toujours) non allergiques. Trente à 40% des asthmes de l'enfant deviennent asymptomatiques au passage à l'âge adulte. Les facteurs prédisant la persistance de l'asthme sont la sévérité, le début précoce et le caractère allergique de l'asthme d'une part, le début précoce de la puberté et le surpoids d'autre part à titre d'exemple, la

prévalence de l'asthme chez les enfants des États-Unis est passée de 3,6% en 1980 à 5,8% en 2003.

L'asthme est la troisième cause d'hospitalisation chez les personnes de moins de 18 ans aux États-Unis, dépassé seulement par la pneumonie et les accidentés. (Pham, Van Linh, 2010, pp. 4-5)

Depuis le début des années 1980, l'Algérie est entrée dans la phase de transition épidémiologique, les principales causes de morbidité et de mortalité ne sont plus celles des pays en développement à faible revenu, sans être encore celle des pays industrialisés à revenu élevé. Dans ce contexte, marqué par le recul des grandes maladies infectieuses tel que la tuberculose, « l'enquête national santé » menée en 1990 par l'institut national de santé public (INSP) a révélé que les maladies respiratoires, à cause des infections respiratoires aiguës, occupent en Algérie la première place des causes de morbidité ressentie (35,7%) et des motifs de consultation de (27,2%) la maladie respiratoire chronique la plus fréquemment observée est l'asthme, notamment après l'âge de 5 ans, loin devant la bronchite chronique.

En dernier lieu les maladies respiratoires chroniques et en particulier l'asthme constituent une pathologie chronique en extension en population algérienne en effet, l'asthme concerne en 2000 près de 600000 personnes, soit environ 2% de la population totale ; pour atteindre 2,5% en 2003. Actuellement et selon des récentes études, un million et demi d'Algériens sont asthmatiques, ce qui donne 4 à 5% de la population du pays. (Salim Nafti, www.djazairess.com).

En Algérie la prévalence de l'asthme se situe entre 4 % et 6% pour les personnes adultes et touche entre 8 et 10% des enfants. Selon une enquête réalisée par l'institut national de la santé publique, en 2005, 8,5% des enfants souffrent d'asthme, et en général, 4% de la population en est atteinte.

L'association Algérienne de solidarité aux malades respiratoires précise a cet effet, que la prévalence de l'asthme en Algérie est de 3,1% chez l'adulte et de 4,1% chez l'enfant. Des statistiques plus récentes, remontant à 2014, font état de 1 million de malade en Algérie. « Avec un traitement adéquat et une adhésion (au traitement), les symptômes pourraient être mieux maîtrisés et le nombre de crises d'asthme et de décès réduit » (Sihem Oubraham, www.elmoudjahid.com)

4. L'étiologie de l'asthme :

L'asthme est lié à de multiples facteurs étiologiques : parmi eux, le facteur génétique joue probablement un rôle déterminant. Il sera recherché par l'analyse des antécédents familiaux. Plus que de cause, il s'agit en fait de la recherche de facteurs déclenchant. Susceptibles de favoriser une déstabilisation de l'asthme, ils pourront faire l'objet de mesures particulières, thérapeutiques ou d'éviction.

4.1 Les facteurs allergiques:

Ils sont fréquents mais rarement exclusifs, surtout au fur et à mesure que le sujet vieillit. Un bilan allergologique n'est systématique que chez l'enfant ou le sujet jeune.

4.1.1 Les pneumallergènes :

-Domestiques :

- les acariens de la poussière de maison:

Ils se nourrissent de squames humaines et abondent dans l'humidité (des maisons). L'allergie aux acariens est surtout perannuel, nocturne. Elle ne s'exprime plus lors des séjours en altitude car les acariens ne vivent pas au-dessus de 800 mètres. Au-delà de 2 microgrammes par gramme de poussière, le risque de sensibilisation devient notable et des dosages peuvent être

effectués à domicile dans des familles à risque pour contrôler l'efficacité des mesures d'éviction.

- les blattes

- atmosphériques :

- les pollens sont responsables d'asthme le plus souvent saisonnier selon un calendrier spécifique de chaque région. Ils s'accompagnent souvent d'une symptomatologie rhinitique.
- les moisissures et les levures de diagnostic plus difficile.

- professionnels :

- ils interviennent par des mécanismes allergéniques Ig E ou non Ig E dépendants (Ig G4) mais aussi irritatifs, toxiques ou pharmacologiques.
- les plus typiques sont les asthmes aux iso-cyanates des peintres, les asthmes des boulangers, les asthmes des animaliers de laboratoires. La responsabilité de l'agent incriminé est souvent difficile à prouver. L'asthme professionnel reconnu conduit à une indemnisation.

4.1.2 Les trop allergènes :

- des aliments et des boissons peuvent entraîner une sensibilisation allergique (protéine du lait et des œufs, essentiellement chez les enfants) mais aussi une intolérance par toxicité ou par histaminolibération.

- le type en est la fréquente intolérance aux sulfites contenus dans de nombreux aliments (conservateurs). Les plus souvent incriminés sont:

- les denrées sèches (poissons)
- les aliments blanchis (choux, champignons)
- les conserves (crustacés, légumes, fruits)
- les moutardes

- les vins (blancs surtout)
- les cidres et jus de fruits
- les conservateurs des vasoconstricteurs (adrénaline et noradrénaline) présents dans nos anesthésiques locaux.

4.1.3 Les allergènes médicamenteux :

Ils sont très nombreux et jouent souvent un rôle d'haptène (un des deux éléments constitutifs d'un antigène: c'est une structure de bas poids moléculaire qui réagira avec l'anticorps correspondant, mais ne peut à elle seule en provoquer la formation. Cette dernière se produit seulement après association à l'haptène d'une substance protidique ou polysaccharidique: le porteur; cette association est indispensable pour conférer à l'haptène un pouvoir antigénique).

4.2 Les facteurs infectieux:

- L'infection bactérienne, longtemps incriminée tend à être surestimée. Les bronchites à répétition sont plus souvent directement liées à un asthme non équilibré qu'à une infection bactérienne. Le rôle des germes intracellulaires a cependant été incriminé.
- Les infections virales provoquent souvent des exacerbations, en particulier chez le nourrisson. Leur rôle chez l'adulte est plus discutable.
- A l'inverse, la recherche de foyers infectieux de voisinage, cliniques et radiologiques (sinus, dents) doit être systématique car des infections sont souvent latentes cliniquement.

4.3 Les facteurs digestifs :

- Un reflux gastro-œsophagien joue parfois un rôle aggravant. Les réflexes oeso-bronchiques ou des micro-inhalations ont cependant été incriminés dans l'échec thérapeutique d'un asthme à prédominance nocturne.

- La pH-métrie des 24 heures est indiquée au moindre doute car le traitement du reflux peut entraîner une amélioration symptomatique notable.
- Le rôle de l'alimentation est difficile à cerner (sulfites, glutamates).

4.4 Les facteurs médicamenteux :

- L'intolérance à l'aspirine.
- Les bêtabloquants: per os, ils sont le plus souvent exclus des ordonnances mais il faut se méfier des formes en collyre, plus sournoises.
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion provoquent des toux désormais classiques. Ils majorent l'hyper réactivité bronchique.
- Certains médicaments injectables ne sont pas en eux-mêmes toxiques mais peuvent avoir un rôle déclenchant par l'intermédiaire des sulfites employés pour leur conditionnement (c'est le cas pour nos anesthésiques locaux).

4.5 Les facteurs endocriniens:

- Le rôle des hormones sexuelles doit être évoqué en particulier chez la femme.
- Les grossesses ont des influences sensibles sur le cours de l'asthme mais variables d'une femme à l'autre (aggravation ou stabilisation).
- Certains syndromes prémenstruels s'accompagnant d'une aggravation de l'asthme, difficile à diagnostiquer et à traiter sont à considérer comme facteurs de risque d'asthme aigu grave.
- La ménopause coïncide volontiers avec l'aggravation d'un asthme préexistant ou la survenue d'un asthme post-ménopausique de mécanisme mal connu. Un traitement préventif de l'ostéoporose cortisonique sera particulièrement indiqué.

4.5 Les facteurs environnementaux:

- La pollution atmosphérique et la pollution urbaine:

Elles jouent probablement un rôle car les provocations bronchiques par les polluants atmosphériques, montrent des effets potentiellement asthmogènes. Cependant le résultat des enquêtes épidémiologiques et climatologiques sont contradictoires.

-La pollution intérieure domestique:

Elle doit être également soulignée (foyers de combustion, inhalation de produits ménagers irritants).

- Le tabagisme:

Il joue un rôle de cofacteur évident. Les effets pro-inflammatoires du tabac sont bien connus et le tabagisme est un des principaux facteurs responsables des bronchopathies chroniques. Le tabagisme passif est lié à une augmentation de prévalence de l'allergie chez l'enfant et des symptômes chez l'enfant asthmatique.

4.6 Le rôle de l'exercice physique:

- L'intolérance à l'effort est un des critères de déstabilisation de l'asthme. Elle ne doit pas être confondue avec un asthme post-exercice.

- Sa prévention doit être conseillée avec un échauffement progressif et au besoin des médicaments préventifs. (Céline Poveromo, 2002, pp, 25-28)

4.7 Les facteurs psychologiques :

Les troubles psychologiques sont relativement fréquentes dans l'asthme de l'adulte ou de l'enfant, et tout particulièrement lorsque le syndrome est sévère. Cependant, leurs fréquence n'est pas majorée par rapport aux autres affections chroniques et il ya un consensus général pour affirmer que les facteurs

psychologique sont représentent pas un facteur déterminant la survenue d'un asthme. Par contre ils modulent souvent sérieusement le cours de l'asthme.

Ou a émit l'hypothèse que le caractère sonore et douloureux de l'asthme s'apparente à une plainte, à un cri, et pourrait être l'expression non engagé d'une souffrance profonde et inconsciente qui incapable de se formuler en paroles, à défaut de mots pour le dire. S'extériorisant par le signe rudimentaire d'une dyspnée sifflant, s'expriment par un reflux de l'aire. Certes, l'asthmatique mental refuse de s'alimenter afin de dire quelque chose qui pour lui est plus important que de respirer. Cependant, cette vision de l'asthme n'est pas aussi fréquent qu'on le voudrait a la langue, l'asthme de surcharge de nombreux psychologiques secondaires modifiant profondément sa physionomie et son retentissement.

4.8 Asthme cardiaque :

L'hypertension des veines pulmonaires due a une insuffisance ventriculaire gauche ou à une insuffisance mitrale peut se traduire par des sibilants et une dyspnée plus marquée en décubitus et faisant évoquer un asthme. Dans certains cas peu graves l'insuffisance cardiaque ne devient asthmogènes qu'en présence de cofacteurs comme en fin de grossesse, bien que des études récentes aient montré que ces patients pourraient aussi avoir une HBR, l'asthme cardiaque rentre en réalité dans le cadre du diagnostic différentiel. (Jean Bousquet, Philippe Godard, François-Bernard Michel, 1993, pp.141-145)

5. Les Symptômes de l'asthme :

L'invasion des attaques d'asthme est tantôt précédée de quelques prodromes : les malades éprouvent une agitation considérable quelques nuits avant l'accès ; la veille, ils sont agités, ils ressentent une lassitude, un malaise, surtout vers la poitrine et l'abdomen, ils ont de l'assoupissement, du mal de tête, des flatuosités : ces accidents continuent jusqu'à ce que l'accès se prononce

franchement. Tantôt l'invasion est instantanée : c'est en général la nuit ou aux approches de la nuit que surviennent les accès ; mais on les a aussi observés quelquefois dans la journée (J. Franck et Cullen). Ils commencent le plus souvent tout à coup par un sentiment de gêne et de compression de la poitrine ; si le malade est dans une position horizontale, il est sur le champ obligé de la quitter pour en prendre une verticale ; les bras, ramenés en-avant, servent de point d'appui aux muscles inspirateurs, qu'il fait agir avec force ; la face est tantôt pâle, tantôt colorée; les yeux sont souvent saillants ; les extrémités sont refroidies, le visage et la poitrine couverts de sueur ; le malade éprouve un besoin impérieux de respirer un air libre et frais; la difficulté de respirer augmente progressivement ; l'inspiration et l'expiration se font lentement et avec une espèce de sifflement ; l'inspiration est beaucoup plus pénible que l'expiration. La parole est difficile et embarrassée ; il y a souvent disposition à la toux, mais le malade ne peut tousser que difficilement. Jamais la toux n'est accompagnée d'expectoration.

Ces accidents continuent pendant plusieurs heures de suite, du milieu de la nuit jusque dans la matinée, alors la rémission se manifeste par degrés. Le malade parle et tousse avec plus de facilité; si la toux produit une expectoration abondante, la rémission est complète, et le malade peut se coucher et prendre quelque repos. Pendant que des symptômes aussi effrayants ont lieu, la circulation est à peine accélérée; ils sont cependant quelque fois accompagnés de fréquence du pouls, de chaleur et de soif. La percussion et l'auscultation ne présentent rien que de naturel ; l'urine, abondante et aqueuse au commencement de l'accès, devient rare, colorée et sédimenteuse.

Quelque fois il n'y a qu'un seul accès d'asthme; mais plus souvent il revient la nuit suivante : alors le malade conserve dans la journée un peu d'oppression et de resserrement dans la poitrine, que le moindre mouvement augmente ; il éprouve une somnolence inaccoutumée, et à peine s'est-il assoupi, qu'il est

réveillé subitement, et est alors attaqué d'un accès semblable à celui de la nuit précédente. Les accès reviennent plusieurs nuits de suite de cette manière; mais peu à peu ils diminuent d'intensité, et finissent par revenir périodiquement à de plus longs intervalles. Le retour des attaques d'asthme est très-variable ; tantôt l'accès ne revient qu'au bout d'un an ou même de plusieurs années ; tantôt tous les mois, quelquefois même tous les jours ; mais alors il y a une altération organique dont l'asthme n'est que le symptôme : les circonstances varient suivant le tempérament, la constitution et le régime. Quelque fois la santé est parfaite dans l'intervalle des accès ; d'autres fois il reste de la toux, de la dyspnée ; mais alors l'asthme est symptomatique. Les accès se renouvellent facilement par une cause irritante, par une émotion vive et l'impression d'un air froid et humide. Peut-être l'est-il toujours à la longue.

En effet, on voit des asthmatiques prolonger leur existence jusque dans un âge très-avancé, et périr d'une maladie autre que celle qui les a si longtemps tourmentés ; il n'est même pas rare de voir quelques asthmatiques dont les attaques, s'éloignant de plus en plus, se convertissent en de simples et légers accès, qui eux-mêmes, s'ils ne disparaissent pas complètement, du moins reviennent à des époques très-éloignées les unes des autres; mais souvent il arrive que la persistance et l'intensité des accès perpétuent la maladie, et finissent par déterminer une affection du cœur ou des gros vaisseaux. Cullen dit qu'on l'a vu se terminer par la phtisie chez de jeunes sujets, et dans d'autres cas, par l'hydrothorax, Le pronostic variera selon l'âge, la constitution, les circonstances où le malade est placé, le degré d'ancienneté de la maladie, les complications, le climat...etc.

Lorsque l'asthme est symptomatique d'une altération organique, le pronostic est plus grave; mais il sera toujours relatif au degré d'importance et de gravité de la lésion organique dont on a reconnu l'existence. (François-Étienne Parizo, pp. 9-10)

5.1 Symptômes de gravité d'une crise d'asthme :

1. signes d'alarme :

- troubles du sommeil
- aggravation des symptômes
- diminution de la tolérance à l'effort
- augmentation de la consommation de B2 mimétiques.
- diminution de l'efficacité de l'aérosol doseurs de B-mimétiques.
- diminution des valeurs du débit de porte.

2. signes d'aggravation d'une crise :

- dyspnée d'effort
- tachycardie
- mise en jeu des muscles accessoires
- débit de point un dessous de 150 l/mn
- passage a la normocopie

3. signes de décompensation d'une crise :

- cyanose
- sueurs témoignant d'une hypercapnie
- confusion, troubles de la conscience
- disparition des sifflements bronchiques pouls paradoxal (Jean Bousquet, Philippe Godard, François-Bernard Michel, 1993, p. 162)

6. Les formes cliniques d'asthme :

6.1 Asthme à dyspnée continue :

Il s'agit d'une forme également bien connue sur un fond de dyspnée permanente survenant à l'effort ou au repos, plus ou moins importante et se répète pouvant mettre la vie en danger et aggravant de toute façon le handicap voire l'insuffisance respiratoire.

6.2 Asthme instable :

Le caractère essentiel de l'asthme et la grande variabilité de l'obstruction bronchique dans le temps, dans certaines formes particulières dénommés asthmes instables, cette variabilité est extrême d'un instant à l'autre soit du fait de la rapidité des variations au cours de la journée, soit d'une dégradation rapide en quelques jours.

La mesure bi-quotidienne du débit de pointe a permis de mieux définir et de mieux connaître ces asthmes instables définis par des variations de ces asthmes instables et la mesure de l'HRB.

Les asthmes instables représentant l'une des causes fréquentes de l'asthme mortel.

6.3 Asthme nocturne :

Il s'agit d'une forme d'asthme instable se caractérisant par des crises à la fin de la nuit (entre 4 et 6 heures du matin), avec diminution importante du débit de pointe, pouvant même entraîner de véritable état asphyxique.

Sa cause est mal définie, elle peut être au cycle nyctéméral des catécholamines ou de l'obstruction bronchique, voire à celle de l'inflammation des voies aériennes. Son traitement est difficile, la plupart des thérapeutiques étant inefficaces.

6.4 Asthme asymptomatique :

Il faut exclure de ce cadre un certain nombre d'asthmatiques s'ignorent ou veulent méconnaître l'existence d'une obstruction bronchique.

En effet, certains patients se disent symptomatique alors qu'ils ont une obstruction parfois sévère en raison d'une difficulté pour apprécier la dyspnée.

Certain asthmatiques présentent une toux, c'est-à-dire sans sibilances, mais on l'existence d'une HRB authentifiant l'équivalence de cette toux à un asthme.

D'autres patients, comme ceux uniquement allergiques aux pollens ne présentent aucun symptôme en dehors des saisons polliniques. On peut donc estimer que l'asthme est asymptomatique 9 moins sur 12. Cependant, lors de l'inhalation de grandes quantités de pollens, ils peuvent passer en quelques heures de l'état asymptomatiques à un état de mal asthme asthmatiques. (Jean Bousquet, Philippe Godard, François-Bernard Michel, 1993, pp. 160-161)

6.5 Asthme saisonnier :

L'asthme peut s'exacerber pendant les saisons à haute concentration d'allergènes d'extérieur tels que les pollens et champignons (printemps) cette forme d'asthme présente toute fois chez les patients souffrants d'un asthme persistant il peut y avoir une aggravation des symptômes pendant les mêmes saisons.

6.6 Asthme d'effort :

C'est une affection fréquente qui se caractérise par l'apparition des symptômes respiratoire de type asthmatique lors de la pratique d'une activité physique intense, les effets chez les patients asthmatiques une broncho constriction apparait habituellement dans les 5 a 10 minutes souvent dans le début de l'effort physique.

6.7 Asthme émotionnel et psychique :

La majorité des données objectives indique que le stress psychique (émotions, tension parentales, stress scolaire peuvent agir chez les asthmatiques dans l'aggravation ou l'amélioration du cours de la maladie.

Les maladies asthmatiques seraient vulnérable aux émotions négatives et il semble qu'elles puissent précipiter les attaques d'asthme. (Pr Janine Brun, Dr V .Fontaine, 2012).

7. Les Complications de l'asthme:

7.1 Etat de mal asthmatique :

L'état de mal asthmatique est une complication aiguë pouvant entraîner la mort et nécessitant sa reconnaissance rapide et son traitement d'urgence en réanimation. La définition de l'état de mal varie, selon les auteurs mais on peut considérer état de mal asthmatique toute crise d'asthme sévère ne répondant pas aux traitements usuels et mettant le pronostic vital en jeu. Certains suggèrent de remplacer le terme état de mal par « asthme aigu sévère ». Les facteurs entraînant la décompensation respiratoire :

Sont multiples, infection respiratoire (viral essentiellement), sevrage d'une corticothérapie général (le plus souvent récente mais même parfois jusqu'à quelques semaines). Interjection d'aspirine ou de sulfites chez les sujets sensibles à ces molécules, pris de pollution ou d'allergènes (saison pollinique acariens, moisissures), chocs émotifs, erreurs thérapeutiques comme les sédatifs.

Cliniquement :

On observe un état asphyxique dramatique, le patient est angoissé, complètement épuisé, couvert de sueurs et parfois somnolent (signant l'hypercapnie), rarement fébrile. La polypnée est intense avec sifflement

expiratoire marquant la disparition des sibilances (signes gravité), on note la mise en jeu des muscles accessoires (tirage sustemale, intercostal), et presque toujours une cyanose parfois interne (témoin d'une hypoxie sévère), avec turgescence des jugulaires, les bilan cardiologique note une tachycardie constate et l'existence d'un pouls paradoxal si la crise est très sévère. Il s'agit de la disparition du pouls branchial lors de la respiration du patient. Ce symptôme est important à connaître mais le diagnostic parfois difficile.

L'ECG : montre des signes de surcharge droite avec apparition d'une onde pulmonaire

L'EFR : n'est pas réalisé en générale en raison de l'urgence car la gazométrie est plus importante. En effet le passage de l'hypocapnie à l'hypocapnie signe la décompensation, la gazométrie montre aussi une hypoxie franche avec désaturation oxymetrique. (Jean Bousquet, Philippe Godard, François-Bernard Michel, 1993, pp. 161-162)

8. Evolution de l'asthme :

8.1 Evolution la plus typique:

L'asthme débute entre 2 et 10 ans, d'abord sur un mode paroxystique pur, succédant volontiers à des épisodes bronchitiques aigus et parfois précédé par un eczéma.

La puberté s'accompagne d'une amélioration voire d'une rémission complète.

L'asthme peut ensuite réapparaître ou se réaggraver à l'âge adulte: exemple: chez la femme lors de la ménopause.

8.2 Autres modalités évolutives:

Cependant, l'évolution est souvent très capricieuse, ce qui rend d'ailleurs très difficile l'évaluation de l'efficacité à long terme des traitements de fond.

Certains sujets ne présentent que quelques crises, séparées par des intervalles de plusieurs années, libres de tout symptôme. D'autres ont des crises fréquentes, voire quotidiennes et ont plus de risque d'évoluer vers l'asthme à dyspnée continue. Ce dernier enfin, peut apparaître d'emblée. (Céline Poveromo, 2002, pp.41-42)

9. Les formes de l'asthme selon l'âge :

9.1 Asthme de nourrisson :

Est une entité bien individualisée mais ce n'est que récemment qu'on a compris que l'allergie tout comme les viroses pourraient causer de l'asthme.

Actuellement on considère comme un asthme tout épisode dyspnéique avec sibilants qui se reproduit au moins trois fois avant l'âge de deux ans. Quelque soit la cause, ainsi, les bronchiolites virales récidivantes sont classées « asthme ». Le médecin doit donc se défaire des formules dépassées, comme « bronchite asthmatiformes » qui seraient étrangères à l'asthme. Si l'on n'est pas autorisé à dire, tout ce qui siffle est de l'asthme.

Certaines caractéristiques physiologiques expliquent les particularités de l'asthme à cet âge. La sévérité des crises ou la rapidité de leur décompensation précède de la très petite taille des voies aériennes périphériques pouvant être obstrués par une obstruction minime (œdème, infiltrant cellulaire et ou mucus).

Le volume de réserve respiratoire est diminué ainsi que la surface d'échange des gaz, les communications intervallaires ne sont pas encore bien développées et le risque d'atélectasie est accru. L'effectif des fibres musculaires lisses bronchiques est plus faible que chez le grand enfant ou l'adulte et

l'augmentation relative du nombre de glandes séro-muqueuses rendent compte d'une réponse parfois (mais non toujours) faible aux B-mimétiques.

Enfin, le métabolisme de la théophylline est très variable, diminué lors de la naissance considérablement accru vers l'âge d'un an.

Le début de l'asthme peut apparaître dans les premières mois de la vie, bien avant l'âge de 3 ans comme on le pensait auparavant. Il peut succéder, mais ce n'est pas la règle, à une période de bronchiolites d'origine virale. En suspectée l'asthme en cas de récurrence et surtout si la crise sifflante survient sans fièvre ou en dehors de la période automno-hivernale.

9.2 Asthme de l'enfant :

Chez l'enfant préscolaire l'asthme est encore souvent associé aux viroses respiratoires et présente les caractéristiques de la bronchite du nourrisson, on peut aussi observer un asthme typiquement allergique qui ne diffère en rien de la crise typique si ce n'est sa sévérité habituelle. Des caractères particuliers à cet âge tels que la toux nocturne (équivalent d'asthme) et l'asthme d'effort particulièrement fréquent (ce dernier précédant souvent un asthme allergique) sont souvent notés.

Chez l'enfant plus âgé, l'allergie est l'étiologie majeure et l'asthme, est proche de celui de l'adulte particulière. Il présente cependant quelques complications particulières. Comme la fréquence du pneumomédiastin et des déformations thoraciques initialement réversibles et qu'il faut donc rechercher dans tout bilan, le syndrome pseudo-poliomyélitique fort heureusement rare est lui aussi caractéristique de l'asthme de l'enfant, il est remarqué par l'apparition au décours d'une crise d'une paralysie flasque. Avec amyotrophie d'un ou plusieurs membres qui ne régresse pas. Enfin, un des problèmes majeurs de l'asthme de l'enfant est la croissance. Les patients ayant un asthme sévère nécessitant des cures prolongées de corticothérapie systémique ont une

croissance altérée en raison du traitement, mais dès l'arrêt des corticoïdes les patients rattrapent leur retard statural, il est enfin possible que les asthmatiques aient de par leur affection une taille plus petite que la moyenne. (Jean Bousquet, Philippe Godard, François-Bernard Michel, 1993, pp.165-166)

9.3 L'asthme de l'adulte :

Le vieillissement continue de la population et une meilleure approche diagnostic, font de l'asthme de sujet âgé un réel problème de santé publique cependant certaines caractéristiques de cet asthme sont disponibles ou les particularités liées au terrain. (Pr Janine Brun. Fontaine, 2012)

10. Diagnostic et bilan de l'asthme :

Devant un patient suspect d'asthme, le diagnostic passe par 4 étapes : faire la preuve qu'il s'agit d'un asthme, éliminer ce qui n'est pas un asthme, rechercher la cause de l'asthme et les facteurs favorisants et enfin, évaluer la sévérité.

10.1 Diagnostic positif et bilan de l'asthme :

Il est facile de faire le diagnostic lorsque l'on examine un patient en crise présentant une dyspnée sibilante prédominante à l'expiration. La grande variabilité de l'obstruction bronchique explique cependant que nombre d'asthmatiques authentiques puissent être asymptomatiques lors de l'examen. Il faut alors s'attacher à démontrer que l'épisode est bien un asthme par l'interrogatoire, l'examen clinique et celui de la fonction respiratoire pulmonaire. Si tous ces examens sont normaux, on s'aidera de la recherche d'une HRB.

En réalité, la conduite du diagnostic positif est indissociable du bilan de l'asthmatique.

10.1.1 Interrogatoire :

Est un élément capital du diagnostic de l'asthme, il s'attache :

- à la description de l'asthme dans l'année (saisonnier ou perannuel)
- aux circonstances de survenu. Il s'agit là d'un temps essentiel du diagnostic car elles permettent de soupçonner l'étiologie de l'asthme. Les crises survenant lors de contacts singulière (poussières, pollens, endroits moisissés) font suspecter l'asthme allergique, la profession doit être systématiquement précisée en raison de la fréquence de l'asthme professionnel. On recherchera également l'effet du médicament tels que l'aspirine B-bloquant l'importance des facteurs infectieuses (viroses respiratoires hivernales) et enfin, le rôle des irritants non spécifiques et de la pollution pour évaluer l'HRB du patient.
- aux antécédents allergiques personnels et familiaux, ainsi que des autres affections dont souffrent le patient, et tout particulièrement l'existence d'un reflux gastro-œsophagien, d'une sinusite chronique d'un hypo ou d'une hyperparathyroïdie, d'un syndrome d'Addison.
- les traitements antérieurement administrés et l'évolution de la gravité de l'asthme.
- Enfin, on appréciera le psychisme du patient important à déterminer dans l'asthme.

10.1.2 Examen clinique :

Chez un asthmatique peu sévère, l'examen clinique inter-critique est normal.

Par contre chez tout asthmatique sévère ou en crise, on note une bradyspnée expiratoire ou bien plus souvent une polypnée avec sibilances aux deux temps de la respiration, plus marquée cependant en expiration.

Lors d'une crise d'asthme l'examen recherchera aussi des signes de gravité faisant suspecter la décompensation vers l'état de mal.

L'examen de l'asthmatique sera complété par l'étude de la statique thoracique à la recherche de déformations réversibles ou fixées.

10.1.3 Examen de la fonction respiratoire :

- Exploration respiration fonctionnelle : c'est l'examen qui permet à la fois la meilleure approche diagnostic de l'asthme et sa surveillance lors de la crise, tous les paramètres mesurant les débits bronchiques sont franchement diminués la capacité vital, peut aussi être réduite car certains voies aériennes se ferment prématurément lors de l'expiration mais le coefficient de tiffeneau, est diminuée, confirmant l'obstruction bronchique.

En dehors des crises, la fonction respiratoire peut être normal dans l'asthme typique au début de l'évolution ou présenter un déficit marqué au début sur les petites voies aériennes (DME) et pour un asthme plus sévère, par une altération du VEMS.

Le temps essentiel de l'exploration respiratoire fonctionnelle, est la recherche de la réversibilité de l'obstruction bronchique après inhalation de B-mimétiques ou d'atropiniques de synthèse on considère qu'une amélioration de 15 % à 25 %, du VEMS (par rapport aux valeurs théoriques en fonction des points et de la taille du sujet). Confirme le diagnostic d'asthme.

En cas d'obstruction bronchique fixée avec faible réversibilité après inhalation de B-mimétique, et en l'absence de tabagisme important ou d'exposition professionnelle pouvant expliquer l'existence d'une bronchite chronique, on est parfois conduit à effectuer un traitement par corticothérapie pour évaluer la part inflammatoire de l'obstruction ou administrera ou patient

0,5 à 1 mg/ kg de poids par jour de méthylprednisolone pendant 15 jours puis on effectuera une seconde exploration respiratoire fonctionnel.

- Mesure régulière du débit de pointe : grâce à des spiromètres « de poche », l'asthmatique peut mesurer matin et soir le début de pointe. Cette mesure est particulièrement importante pour la surveillance des asthmes en général et des asthmes instables en particulier ainsi que pour le diagnostic de l'asthme professionnel. Une variabilité de plus de 15 à 20 % entre le matin et soir, ou une obstruction bronchique lors d'exposition à certains facteurs de risques, comme les allergènes professionnels sont particulièrement évocatrices.
- Gazométrie sanguine : bien qu'elle ne soit pas nécessaire dans l'évolution d'un asthme peu sévère, elle devient indispensable dans toute crise d'asthme sévère pour évaluer la décompensation respiratoire vers l'état de mal. L'alcalose respiratoire est habituelle lors d'une crise d'asthme modérée, elle est marquée par une hypoxie avec hypocapnie. Le passage de l'hypocapnie à normocapnie et surtout à l'hypercapnie signe l'acidose respiratoire et la décompensation.

10.3 Recherche d'une HRB :

La mise en évidence d'une HRB par des examens pharmacologiques ou les épreuves d'effort est capitale chez un patient asymptomatique ou présentant une toux nue si l'exploration respiratoire fonctionnelle est normale. Par ailleurs, cet examen a une valeur pronostique et est intéressant pour le suivi du patient.

10.4 Examen radiographique :

Le cliché thoracique est obligatoirement pratiqué lors de la première consultation d'un asthmatique afin de ne pas méconnaître un obstacle bronchique ou trachéal responsable d'une symptomatologie asthmatique. Ultérieurement, les clichés sont moins opportuns et réservés aux crises

atypiques, aux formes fébriles pour rechercher un foyer infectieux ou aux formes compliquées. Toute crise d'asthme s'accompagne cependant d'anomalies radiographiques susceptible de se chroniciser à la longue (distension avec horizontalisation des côtes et diaphragme un peu plat. Clarté parenchymateuse diffuse avec cœur normal et petites artères pulmonaires). La tomодensitométrie n'est que rarement nécessaire sauf si l'on suspecte une mycose broncho-pulmonaire allergique en raison des bronchectasies fréquentes.

10.5 Autre examens :

Dans tout asthme chronique, il est intéressant d'évaluer l'inflammation bronchique qui peut être mesurée indirectement par l'éosinophile sanguine et celle des sécrétions bronchique et beaucoup mieux par une endoscopie. Si cet examen ne doit pas être fait systématiquement, il peut être important dans nombres de cas et devient en particulier indispensable si l'on suspecte une aspergillose broncho-pulmonaire allergique.

L'électrocardiogramme : est en général effectué chez tout patient présentant une symptomatologie pulmonaire. Il sera systématique lors d'une crise d'asthme sévère pour évaluer la décompensation.

11. Le diagnostic différentiel de l'asthme :

Il se pose différemment selon que l'on s'adresse à un nourrisson, un enfant ou un adulte.

11.1 Asthme du nourrisson :

Il faut d'abord éliminer une virose respiratoire. En réalité, chez le nourrisson, il faut surtout confirmer le diagnostic d'asthme en présence d'épisodes de sibilants récidivants sans toutefois négliger de rechercher les autres causes de sifflements qui sont hélas parfois méconnus.

11.2 Asthme de l'enfant :

Chez l'enfant, il faut penser à l'asthme devant des sifflements respiratoires récidivants mais il ne faut pas mésestimer certaines causes de sifflement plus rares.

11.3 Asthme de l'adulte :

Lorsqu'un asthme apparaît à l'âge adulte, il faut différencier ce syndrome de la bronchite chronique, de l'emphysème ou d'une cardiopathie. (Jean Bousquet, Philippe Godard, François-Bernard Michel, 1993, pp. 168-171)

12. Traitement de l'asthme:

12.1 Médical

L'asthme est caractérisé par sa chronicité, sa variabilité et sa réversibilité; c'est également un syndrome multifactoriel. On parle donc de stratégie thérapeutique plutôt que de traitement.

12.1.1 Les Bronchodilatateurs :

Sont définis par leur aptitude à corriger rapidement l'obstruction bronchique. D'une façon générale, ils sont capables de soulager la dyspnée, voire la toux, du malade en crise. Ils ont en commun d'améliorer le trouble ventilatoire obstructif : la réversibilité du VEMS est le critère le plus communément admis pour comparer leur efficacité. Les β_2 -mimétiques sont les bronchodilatateurs les plus puissants de la pharmacopée. Administrés par aérosol, ils sont la pierre angulaire du traitement symptomatique. Ils sont administrés à la demande (ce qui permet de quantifier la gravité de l'asthme par le nombre de prises journalières) ou de manière régulière pour offrir une efficacité bronchodilatatrice aussi stable que possible. Les effets secondaires sont essentiellement les tremblements, qui s'estompent au cours du traitement, les

palpitations et la tachycardie en général sans gravité. La théophylline est moins puissante que les β_2 -mimétiques. Ses effets secondaires sont les nausées, vomissements, tremblements, tachycardie, convulsions, troubles du rythme cardiaque. Enfin, les atropiniques de synthèse sont également moins puissants que les β_2 -mimétiques et peuvent entraîner bouche sèche et irritation pharyngée.

12.1.2 Anti-inflammatoires :

L'asthme est caractérisé par une inflammation bronchique particulière et complexe. Les anti-inflammatoires de choix pour le traitement de l'asthme sont les corticoïdes et le cromoglycate.

12.1.3 Traitements antiallergiques :

Ils consistent en l'éviction des allergènes, l'utilisation du cromoglycate de sodium et la désensibilisation.

12.1.4 Les corticoïdes systémiques :

Ils peuvent être utilisés en cure brève ou au long cours pour le contrôle des cas les plus sévères. (Grangaud, 2001, p. 32)

12.2 Psychologique :

Depuis des décennies, les psychologues ont étudié et traité les asthmatiques. La traditionnelle recherche de causes "psychologiques" à l'asthme a été remplacée par la quête de facteurs psychologiques qui influencent son décours.

Le traitement psychothérapeutique de l'asthme inclut les programmes psycho-éducatifs de self management, les thérapies de relaxation, les thérapies par biofeedback et les thérapies familiales. Tous ces traitements ont un rôle certain mais n'ont pas encore été assez étudiés. Trois approches

psychothérapeutiques majeures de l'asthme peuvent être distinguées Le premier est :

La thérapie psychanalytique : qui a dominé de 1920 à 1950. La seconde est l'approche comportementale, appliquée de 1950 à 1980, date à partir de laquelle une troisième approche, les programmes d'autogestion, a été introduite. L'approche psychanalytique postule que :

- tous les asthmatiques ont un caractère psychologique similaire.
- les asthmatiques ont une relation problématique avec leur mère.
- la crise d'asthme est un cri d'appel à l'aide réprimé (**Alexander**, 1950). La recherche n'a pas réussi à établir les affirmations psychanalytiques. Créer (1979) conclut que "c'est la triste conclusion qu'une conceptualisation psychosomatique n'a rien ajouté au traitement et à la gestion des patients, surtout ceux qui souffrent d'asthme ou d'autres troubles respiratoires chroniques. En fait, il semble qu'un tel modèle ait plus contribué à la détresse et à l'angoisse des patients, surtout en nourrissant des mythes à propos de leur maladie, qu'il ne leur a fourni un bénéfice durable". L'approche comportementale utilise essentiellement trois techniques dans le cas des troubles respiratoires. La première est l'entraînement à la relaxation. Dans une revue sur l'efficacité de l'entraînement à la relaxation chez des adultes asthmatiques, Richter et Dahme (1982) concluent que cette technique ne produit ni une amélioration importante à court terme de la fonction pulmonaire, ni une amélioration à long terme comme une réduction des scores de symptômes ou de la sévérité de la médication. La relaxation peut exacerber l'asthme à court terme, dans la mesure où elle abaisse l'excitation b ta sympathique. A long terme, elle peut donner une protection contre l'asthme induit par l'émotion, surtout lorsque les exacerbations d'asthme sont déclenchées par des réponses émotionnelles avec un composant alpha sympathique prédominante (comme la colère),

ou lorsque un rebond parasympathique survient. Enfin, la relaxation peut être particulièrement bénéfique en présence de panique "générale" ou d'anxiété. Elle peut dans ce cas réduire la fréquence et/ou l'intensité des symptômes de panique, ce qui peut améliorer les comportements de soins de santé et réduire l'incidence de l'hyperventilation et de la sur médication (**Lehrer**, 1998). La seconde technique est le biofeedback de la fonction respiratoire. **Kotses** et **Glaus** (1981), dans une revue du statut du biofeedback dans le traitement de l'asthme, concluent que le feedback des muscles faciaux et des résistances pulmonaires produit une amélioration de la fonction pulmonaire à court terme chez les asthmatiques. Toutefois, les effets du traitement à long terme sont inconnus. La troisième technique est constituée par la désensibilisation systématique. (Muriel Delvaux, 2002, pp.78-80)

Chapitre III

L'alexithymie

Préambule

1-Historique de l'alexithymie.

2-Définition de l'alexithymie.

3-Epidémiologie de l'alexithymie.

4-Approche neurocognitive de l'alexithymie.

5-Etiologie de l'alexithymie.

6-Les signes cliniques de l'alexithymie.

7-Les caractéristiques de l'alexithymie.

8-Les formes d'alexithymie.

9-L'alexithymie dans ses rapports avec la pensée opératoire.

10-L'alexithymie et les troubles psychosomatiques.

11-L'alexithymie et les troubles de personnalités

12-Les thérapies et le traitement de l'alexithymie

Conclusion

Préambule:

Vers la fin des années 1950, quelques psychanalystes français emmenés par **Pierre Marty** (connus sous le nom de « l'école de Paris ») publièrent une série d'observations cliniques sur des patients atteints de maladies organiques. Ils postulèrent l'existence d'une structure de personnalité caractérisée par des carences rendant l'individu incapable d'une élaboration adéquate des émotions, qui s'exprime alors essentiellement dans le somatique. Tandis que les patients névrotiques possèdent des défenses psychiques en mesure de réduire la tension anxiogène produite par les conflits inconscients, le patient psychosomatique serait dans l'usage du symbolisme en utilisant plutôt le corps pour décharger les tensions internes.

1. Historique du concept alexithymie :

Les années 50, Les premières descriptions de l'alexithymie ont été faites par des cliniciens chez des personnes atteintes d'affections organiques chroniques à forte composante psychosomatique et des troubles psychosomatiques. A cette époque, les difficultés psychiques reconnues à la source des troubles psychosomatiques étaient majoritairement conceptualisées.

Selon l'approche psychanalytique et le modèle freudien des pathologies névrotiques et des conflits inconscients. Ces théories psychanalytiques postulaient principalement que lorsque des conflits intrapsychiques ne peuvent s'exprimer verbalement, ils s'expriment par des canaux somatiques et mènent à différents troubles physiques (Sifneos, 1996).

Cela dit, les résultats mitigés de la psychanalyse auprès de patients atteints des troubles psychosomatiques et d'autres affections médicales chroniques ont conduit certains praticiens à chercher, en parallèle, une autre explication aux troubles psychosomatiques. **Ruesch** (1948) s'est ainsi intéressé à la personnalité chez les patients que la psychanalyse ne donnait pas des bons résultats. Il a alors noté qu'ils présentaient une « personnalité infantile », caractérisée par une déficience ou carrément un arrêt du développement des capacités d'expression verbale et symbolique de l'affect. Ces patients ne sont pas capables d'apaiser leurs tensions internes via l'expression verbale ou symbolique et ils demeurent aux prises avec cette charge affective, qui s'exprimera finalement par des canaux somatiques, les seules voies disponibles. À un point extrême, certains patients atteints de troubles psychosomatiques sont même qualifiés « d'illettrés émotionnels », tellement ils ont peu de mots pour s'exprimer leurs émotions.

À Paris, au début des années 60, deux psychanalystes (**Pierre Marty** et **Michel de M'Uzan**) font le premier vrai pas vers la notion d'alexithymie en proposant le concept de « pensée opératoire » pour décrire les styles affectif et cognitif particuliers des patients présentant un trouble psychosomatique ou une affection physique chronique. Ce sont principalement la pauvreté de la vie imaginaire, des fantaisies et des rêves, ainsi que le caractère concret, utilitaire et orienté vers le présent de la pensée de ces patients qui constituent les caractéristiques saillantes de la pensée opératoire. Les auteurs attribuaient ces caractéristiques cognitives à des déficits dans l'organisation de la personnalité.

Dans les années 70 à Boston, **Peter E. Sifneos** et **John C. Nemiah**, les psychiatres et les chercheurs dans le domaine de la médecine

psychosomatique, s'intéressent sérieusement au concept de pensée opératoire. Dans une étude visant à comprendre l'expression des émotions et le contenu des pensées chez 20 patients présentant un trouble psychosomatique, ils étudient les verbatim d'entrevues psychiatriques conduites de façon à stimuler les associations libres et l'expression des fantaisies chez ces patients. Ils observent une restriction marquée de l'expression des émotions et une difficulté majeure à trouver des mots pour décrire les émotions, de même qu'une nette diminution de la vie fantasmatique, chez 16 des 20 patients. Également, ils relèvent chez plusieurs patients des « explosions » émotionnelles intenses et rapides, par exemple des crises de larmes, qui commencent et s'arrêtent brusquement. Les patients s'avèrent incapables de préciser la cause de ces accès émotionnels, ni d'élaborer en pensées ou en fantaisies sur leur nature.

Sifneos 1973 énonce alors l'expression alexithymie, qui provient de termes grecs signifiant « l'absence de mots pour décrire ses émotions », pour rendre compte de cette constellation des facteurs. Il importe de noter que la signification clinique de l'alexithymie n'est pas une absence de mots telle que supposée par le sens étymologique du terme, mais bien un syndrome dont la caractéristique centrale est une difficulté à mettre en mots ses émotions. Telle que conceptualisée par Sifneos, la définition de l'alexithymie regroupe quatre caractéristiques affectives et une caractéristique cognitive :

- les difficultés à identifier et à verbaliser les émotions et les sentiments.
- les difficultés à faire la distinction entre les émotions et les sensations corporelles liées à l'activation émotionnelle.

- la pauvreté de la vie imaginaire et des fantaisies.
- le mode de pensée orienté vers l'extérieur et les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs.

C'est donc à partir d'observations cliniques et phénoménologiques provenant des mondes de la psychanalyse et de la psychologie développementale et de la psychologie cognitive qu'est né le concept d'alexithymie. La conceptualisation de l'alexithymie comme un trouble de la régulation de l'affect, telle que soutenue par le groupe d'experts canadiens (**Drs Taylor, Bagby et Parker**), regroupe ces aspects en une théorie qui nous apparaît intéressante par l'intégration qu'elle propose, et également par l'instrument d'évaluation, la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), qui en découle. La **TAS-20** est d'ailleurs reconnue comme empiriquement valide et est utilisée par plusieurs groupes de recherche sur l'alexithymie.

Avant d'expliquer leur conception théorique de l'alexithymie, les sections suivantes exposent d'abord brièvement le développement normal des fonctions liées à la régulation de l'affect.

1.1 Perspective et recherche actuelles sur l'alexithymie :

Le développement affectif normal et la régulation de l'affect, l'enfant doit d'abord apprendre à les reconnaître, à les identifier et à les interpréter en acquérant des représentations mentales. La construction des représentations mentales des émotions dépend de la capacité de mentalisation, qui réfère à la capacité de reconnaître qu'une personne vit des états émotionnels/psychologiques.

Dans la petite enfance, les émotions innées (ex ; la joie, la tristesse, la peur et la colère), sont vécues sous forme de sensations physiologiques et corporelles intenses par l'enfant. Au plan subjectif expérientiel, les émotions innées sont mentalisées de façon primitive selon deux états, soit la satisfaction ou la détresse, que l'enfant exprime de manière motrice expressive ou comportementale, via des sourires, des rires, des pleurs, des cris, des torsions du corps,... etc.

Pendant l'enfance, au fil de son développement, l'enfant construit son monde affectif en fonction de la mentalisation qu'il fait de ses états émotionnels. La socialisation et la cognition jouent des rôles majeurs à cet égard, et les premières relations de l'enfant sont cruciales dans le développement des représentations mentales. Lorsqu'il vit une sensation physiologique intense ou une tension, l'enfant ne sait pas s'il s'agit de douleur, d'une émotion ou d'une réponse à un danger. Le parent (ou un autre proche) doit lui dire s'il s'agit d'une émotion et ensuite nommer cette émotion, de façon à ce que l'enfant se fasse une représentation mentale de cette sensation physiologique et lui donne le nom approprié (ex ; peur). Également, via la réassurance et l'explication de l'origine et des conséquences de cette émotion, l'enfant apprend des façons adéquates de la réguler et de faire baisser la tension tout en étant approprié socialement. L'idée de régulation des émotions réfère aux pensées et aux actions que l'on pose de façon à influencer quelles émotions nous avons, comment nous les vivons et comment nous les exprimons. La régulation n'est pas une tentative de contrôle des émotions, il s'agit plutôt de l'ajustement qui se fait en fonction des influences réciproques des trois composantes du système émotionnel (physiologique, motrice expressive et cognitive expérientielle).

De façon plus précise, on sait que la régulation normale des émotions repose sur l'interaction réciproque de trois systèmes principaux, soit :

1- neurophysiologique (notamment les systèmes nerveux autonome et endocrinien), qui produisent les aspects physiologiques internes de l'émotion.

2- moteur-expressif (ex : expressions faciales, changements du ton de la voix et de la posture) qui produit les manifestations physiques observables de l'émotion.

3- cognitif expérientiel (introspection, autocritique et capacité d'expression verbale des émotions), qui permet le traitement supérieur des émotions et leur association à une humeur.

Les interactions sociales de l'individu l'informent également sur la régulation adéquate de ses émotions et sur la façon de bien se comporter lors de situations interpersonnelles. Donc, les interactions sociales, le langage, les rêves, les fantaisies, les jeux, les pleurs, les mécanismes de défense, de même que la rétroaction afférente des systèmes autonome et musculo - squelettique, jouent tous un rôle dans la régulation des émotions.

Au cours de l'enfance, la combinaison du processus de maturation avec la rétroaction des autres et les activités exploratoires de l'enfant permet une évolution des deux états de base (satisfaction et détresse) vers une étendue plus grande et spécifique d'émotions reconnaissables par l'enfant. Cette évolution des émotions implique la « dés somatisation », la différenciation et la mentalisation progressives des précurseurs émotionnels et des sensations physiologiques. Le développement du langage se fait en parallèle au développement cognitif, qui permet la construction de

représentations symboliques des émotions (schémas cognitifs), et fera en sorte que l'enfant pourra graduellement communiquer verbalement ses états émotionnels. La communication verbale des états émotionnels et mentaux est importante dans la régulation des émotions, puisqu'elle permet à l'enfant de parler de ce qu'il ressent et d'être compris et réconforté en retour. Également, la rétroaction ainsi obtenue le renseigne sur les manières socialement acceptables d'exprimer ses émotions. De la même façon, la capacité de symbolisation est non seulement essentielle à la mentalisation des émotions, mais elle est aussi importante dans la régulation des émotions car elle permet l'évacuation des tensions via le jeu, les rêves, les fantaisies et la vie imaginaire.

Lane et Schwartz (1987) conceptualisent les étapes du développement cognitif et émotionnel selon leur modèle de la conscience émotionnelle. Ce modèle nous semble intéressant car il propose une intégration des théories de Piaget, qui stipule que le développement de l'affect s'effectue parallèlement et de façon complémentaire au développement cognitif, et de Werner et Kaplan, sur le développement concomitant de la capacité de symbolisation et du langage chez l'enfant. Ce modèle est également utilisé par le groupe de chercheurs canadiens pour asseoir la base théorique de l'alexithymie. Lane et Schwartz élaborent une séquence de cinq étapes où l'émergence de la capacité de symbolisation, simultanée à l'apprentissage du langage, mène à la formation de schémas cognitifs verbaux et non-verbaux des émotions. Progressivement, ces schémas cognitifs des émotions font passer l'expérience émotionnelle de la simple conscience des manifestations somatiques périphériques à la conscience élargie d'un mélange d'émotions

mentalises et subtilement différenciables, dont la personne peut décrire verbalement les facettes multidimensionnelles.

Selon le stade de conscience émotionnelle, les auteurs indiquent comment l'émotion est vécue subjectivement, jusqu'à point elle est différenciée, ainsi que l'habileté de la personne à la décrire verbalement. Ils indiquent également à quels niveaux de conscience émotionnelle se situent certaines psychopathologies ou dimensions de la personnalité, telle l'alexithymie.

L'alexithymie en tant que trouble de la régulation des émotions **Taylor** et ses collègues ont recensé plusieurs études récentes qui suggèrent que l'alexithymie reflète un déficit du traitement cognitif intervenant dans la régulation des émotions, déficit principalement associé à la composante cognitive expérientielle de la régulation affective, Ce déficit proviendrait en partie d'un arrêt dans le développement de la capacité de mentalisation des émotions lors des premières années de vie.

Dans le modèle de **Lane** et **Schwartz** (1987), l'alexithymie est située au niveau préopérateur d'organisation et de conscience émotionnelle. Ainsi, au plan subjectif, l'émotion est ressentie comme intense, prenante et envahissante. Elle est peu différenciée et difficilement mentalisée, et elle est associée à un registre émotionnel restreint où les émotions sont simples, extrêmes (ex. peur, colère, joie, tristesse). Peu d'émotions complexes ou nuancées sont reconnues (ex : l'envie, l'amour, la honte, l'altruisme, l'anticipation), L'émotion est décrite de façon pauvre, sans trop de mots, sans trop de facettes; elle est unidimensionnelle. Elle demeure ainsi traitée faiblement, et à un niveau primitif.

L'impact de l'alexithymie sur la régulation des émotions est indéniable, Incapable de reconnaître ses émotions, la personne alexithymique ne peut ni les identifier ni les communiquer verbalement aux autres. Les émotions sont exprimées de façon comportementale et quelques fois « explosive » (ex : des éclats de colère, des crises de larmes), et l'incapacité de les expliquer est handicapante pour la personne qui les vit et pour l'entourage.

Conséquemment, la personne alexithymique n'obtient pas l'aide ou le réconfort dont elle aurait besoin pour mieux vivre ses états affectifs, qui peuvent s'intensifier et peuvent même devenir sources d'anxiété, voir des troubles de santé, et son fonctionnement social peut s'appauvrir. Ce manque de partage des émotions peut en retour contribuer aux difficultés à les identifier, et une sorte de cercle vicieux peut s'installer. La présence d'alexithymie a été mise en évidence chez un certain pourcentage de la population normale et chez certaines personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique, de dépression, de douleur psychogène, d'alcoolisme et d'abus de substances, de troubles alimentaires, de sida, de troubles de la personnalité, de sociopathie et de schizophrénie. Elle est considérée comme une dimension de la personnalité, soit un trait, et elle est de nature transnosographique. (Rosalie Ouellet 2011,pp.6-11)

2. Définition d'alexithymie:

Si l'incapacité à exprimer ses émotions ou sentiments par des mots correspond à l'étymologie du terme alexithymie, de nombreux auteurs ont cherché à préciser la définition de manière opérationnelle. (G.loas, 2010, p. 02)

L'alexithymie : (Privatif, grec lexis : « mots », thumos, « affectivité » littéralement « pas de mots pour l'affectivité »).

Sifneos 1972 définit l'alexithymie comme un déficit de l'affect : « une vie fantasmatique pauvre comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments ».

L'alexithymie consiste en une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent. (G.loas, 2010)

Incapacité à exprimer verbalement ses émotions ce terme a été proposé par **E.Sifneos** (Bosten 1973) pour désigner la difficulté éprouvée par certaines personnes à faire part de leurs sentiments, pour celles-ci, l'agitation de l'âme se distingue mal des sensations physiques, de ce fait leurs émotions se traduisent en maux corporels. (En d'autres termes, il y a somatisation des affectes).

Selon les psychanalystes « JOYCE Mc Dougall » (1982)

L'alexithymie correspondrait à un mécanisme de défense de moi portant sur des sentiments jugés dangereux, il y aurait rejet (ou forclusion) de la représentation de l'affect, on la rencontre fréquemment chez des

patients souffrant de maladies psychosomatique, mais elle n'est pas rare dans l'autres affections (toxicomanie, perversion...).

On la trouve aussi chez les personnes ayant du subir de cruelle épreuves (camp de concentration par exemple : elle remplit alors une fonction d'adaptation. (sillamy, 1999, p. 16)

Selon le dictionnaire de la psychologie : n.f (Alexithymia) Incapacité de pouvoir exprimer ses émotions.

Le terme d'alexithymie apparu aux Etats-Unis vers 1973 (**Sifneos**), s'applique à la description de la personnalité de certains malades psychosomatiques se caractérisant par une grande difficulté à verbaliser leurs sentiments et émotions, une vie fantasmatique particulièrement pauvre et une activité de pensée vers des cours essentiellement concrètes.(psychosomatique) et c'est uniquement a travers de leurs plaints somatiques que de tels patients peuvent laisser apparaitre leurs état émotionnel.ils éprouvent en effet de grandes difficultés à distinguer leurs mouvements affectifs de leurs sensations corporelles.

Ce tableau clinique est souvent associé à une symptomatologie somatique importante il se rencontre fréquemment chez les sujets à statut socio-économique et culturel bas, chez certaines toxicomanes et après des événements traumatiques graves .dans des maladies psychosomatiques comme l'asthme, les patients alexithymiques présentent une évolution nettement plus défavorable que ceux qui ne le sont pas.ils sont peu sensibles à la psychothérapie. Certains cliniciens pensent même que l'alexithymie est la conséquence d'une malformation cérébrale, et en particulier d'un défaut

de connexions interhémisphérique (agénésie du corps calleux, séquelles de commissurotomie tenhouten et Hope). (Larousse, 2000, p 44)

3. Épidémiologie :

Sur le plan épidémiologique, la prévalence de l'alexithymie en population générale varie entre 17% et 23 % lorsqu'on utilise comme instruments de mesure les échelles de Toronto. Il n'existe pas de différence selon le sexe, l'âge ou le niveau socio-économique.

Dans les populations des sujets malades, des prévalences importantes ont été observées dans les troubles des conduites alimentaires et les dépendances à l'alcool avec des taux de 35% à 80%.

Ces taux élevés s'expliquent en partie par le lien entre alexithymie et dépression puisque la prévalence de l'alexithymie dans les dépressions est élevée avec un taux de plus de 50 % chez les déprimés majeurs. Des études récentes utilisant les notions de stabilité absolue et relative ont montré que l'alexithymie constituait une dimension stable, indépendante de la dépression. En dehors de la dépression et des addictions, des taux élevés d'alexithymie ont été retrouvés dans les états de stress post-traumatiques et dans les troubles anxieux. Dans les pathologies organiques et notamment dans les troubles psychosomatiques, des taux de 30 % à 60 % ont été rapportés dans l'HTA essentielle, la polyarthrite rhumatoïde, l'asthme, la rectocolite hémorragique, les spasmes coronariens, les dysplasies cervicales et l'ulcère gastroduodéal. Dans toutes ces pathologies se pose la question de savoir si l'alexithymie est primaire, c'est-à-dire pouvant exister avant l'apparition du trouble, ou secondaire, c'est-à-dire étant une conséquence de la maladie. Dans le premier cas, les études prospectives permettent de tester

l'hypothèse que l'alexithymie serait un facteur de risque pour certaines pathologies organiques ou psychiatriques. (G. Loas, 2012, p 06)

4. Approche neurocognitive de l'alexithymie :

Les travaux de recherche sur l'alexithymie dans le domaine de la neuropsychologie sont étroitement liés aux modèles étiopathogéniques issus des sciences cognitives et s'étayent sur les données issues de la neuro-imagerie.

L'approche cognitive tend à installer l'alexithymie dans le cadre plus général du déficit émotionnel. Selon **Sifneos** les sujets alexithymiques seraient incapables de lier leurs images mentales et pensées avec leurs émotions. L'affect est un état interne possédant à la fois des composantes biologiques et psychologiques ; il est un produit de l'émotion et du sentiment. Les manifestations somatiques de l'émotion seraient présentes, mais le sujet alexithymique ne peut ni les reconnaître, ni les nommer, ni les verbaliser. Il serait atteint d'une « aphasie émotionnelle », ne pouvant se servir du langage pour exprimer les sentiments qu'il éprouve. Par analogie avec la cécité corticale, **Lane** considère l'alexithymie comme une « cécité émotionnelle » : les sujets alexithymiques présenteraient les manifestations neurovégétatives et comportementales lors de stimulations émotionnelles mais en auraient une conscience appauvrie. Enfin **Bermond** distingue l'alexithymie de type **I** et l'alexithymie de type **II**. La première se caractérise par une absence de conscience de l'éprouvé émotionnel et des cognitions qui lui sont attachées tandis que la seconde se définit par la présence d'une perception des éprouvés émotionnels mais par l'absence de sa composante

cognitive. Deux grands modèles neuroanatomiques ont été décrits, le premier fut le modèle vertical rejoint ensuite par le modèle horizontal.

Dès 1949, le neurophysiologiste **Maclean** a émis l'hypothèse de l'existence, chez les patients atteints de maladie psychosomatique, d'un déficit cérébral fonctionnel dans les échanges entre le rhinencéphale et l'aire néocorticale du langage. L'école de Boston évoque également la possibilité d'une connexion inadéquate entre le système limbique (lieu des émotions) et le néocortex. Selon **Lane** l'absence de conscience émotionnelle dans l'alexithymie serait liée à un dysfonctionnement du cortex cingulaire antérieur en situation émotionnelle, structure qui avait été impliquée à l'époque dans l'orchestration et la régulation des réactions neurovégétatives, neuroendocriniennes et comportementales aux émotions.

La constatation du phénomène alexithymique chez des patients commissurotomies a renouvelé le modèle originaire et a orienté les recherches vers l'hypothèse d'une absence de communication des informations émotionnelles entre l'hémisphère droit et gauche.

Cette défaillance du transfert intérahémisphérique serait associée chez le droitier à un hypofonctionnement de l'hémisphère droit et un hyperfonctionnement de l'hémisphère gauche. Il a été ainsi évoqué une commissurotomie fonctionnelle chez les alexithymiques.

De nombreux auteurs évoquent une « prédominance » de l'hémisphère droit dans la communication non verbale et dans la communication des émotions négatives ainsi que dans l'élaboration des conduites émotionnelles. Communication verbale et communication des émotions positives domineraient dans l'hémisphère gauche. **Bermond** considère que

l'hémisphère droit (chez le droitier) produit une vision globale de l'information émotionnelle, notamment comportementale (reconnaissance faciale des émotions), tandis que l'hémisphère gauche en fournit un traitement beaucoup plus analytique. Les travaux de Montreuil au moyen du test de saisie visuelle parallèle, suggèrent que les alexithymiques privilégient le traitement analytique séquentiel de l'information (lié à l'hémisphère gauche ou « dominant » chez les droitiers) au détriment d'un traitement global de l'information (lié à l'hémisphère droit ou « mineur »).

Dans cette même optique, Bermond relie l'alexithymie de type II à un dysfonctionnement du corps calleux avec une mauvaise transmission interhémisphérique des cognitions attachées aux émotions. Ces auteurs s'appuient sur les travaux de **Gazzaniga** et **Ledoux**. Selon lesquels la composante cognitive des stimuli serait transmise de l'hémisphère droit à l'hémisphère gauche via le corps calleux, tandis que la composante émotionnelle serait projetée sur le système limbique puis gagnerait l'hémisphère gauche au travers de la commissure antérieure. Dans le type **II**, sur le modèle de la commissurotomie fonctionnelle, la composante émotionnelle des affects serait présente tandis que la composante cognitive serait absente. Enfin dans le type **I**, ni la composante émotionnelle ni la composante cognitive des affects ne seraient perçues du fait d'un dysfonctionnement dans le cortex droit se caractérisant notamment par une incapacité à pouvoir reconnaître les émotions à partir des expressions faciales.

Ces modèles anatomocliniques restent schématiques. Le passage entre système limbique et cortex droit ainsi que le transfert hémisphère droit-

gauche pourraient être tous les deux mis en cause. (Grégory Monnier, 2011, p. 62)

5. Etiologie :

Lors des premières observations de l'alexithymie, les théoriciens et cliniciens issus du milieu psychanalytique qui travaillent avec ce concept, ont proposé des hypothèses psychodynamiques pour expliquer les difficultés à exprimer verbalement ses émotions. Ces dernières seraient l'expression de conflits intrapsychiques non résolus.

L'alexithymie serait, en ce sens, un mécanisme de défense permettant à l'individu vivant des situations traumatisantes de se protéger des émotions envahissantes et Indésirables Plus récemment, des hypothèses suggèrent que la difficulté de reconnaissance et d'expression des émotions proviendrait d'un Déficit dans l'évaluation cognitive des émotions plutôt que d'un conflit intrapsychique.

Aujourd'hui, il semblerait y avoir évidence que le développement de l'alexithymie soit dû à des facteurs génétiques aussi bien qu'à des facteurs environnementaux, Sifneos (1970) propose l'hypothèse selon laquelle l'alexithymie est due à un déficit au niveau de la symbolisation des émotions. Taylor et al (1999) rajoutent que celle-ci est due à un Déficit au niveau du traitement cognitif et de la régulation des états émotionnels.

Chez certaines cliniciens l'alexithymie c'est une malformation cérébrale et en particulière d'un défaut des connexions interhémisphérique (agénésie du corps calleux séquelles de commissurotomie, tenhouten et hop).

En effet, telle que définie, l'alexithymie ne se caractérise pas par une absence de manifestation somatique des émotions mais plutôt par la difficulté de les reconnaître et de les exprimer. (Patricia Eid, 2015, p.9)

5. les formes cliniques d'alexithymie :

Certains auteurs à distinguer dans une approche Catégorielle, une alexithymie primaire et secondaire :

En 1972 **Sifneos** a mentionnait l'existence d'une deux types de l'alexithymie.

5.1 L'alexithymie primaire :

Pour **Sifneos** l'alexithymie primaire renverrait à un modelé génétique et neuropsychologique prédisposant constituant un facteur de vulnérabilité à l'expression des désordres psychologiques à expansion somatique, il s'agitait d'un trouble de développement, c'est-à-dire un trouble de l'apprentissage des états émotionnels qui pourrait être un facteur de vulnérabilité.

5.2 L'alexithymie secondaire :

Tandis que le caractère secondaire serait liée soit à un traumatisme, avec un développement pathologique de mécanismes de défense psychologiques marqués par l'usage majeur et prévalant du déni et de la répression des affects.

L'alexithymie secondaire constituerait selon certains auteurs une « stratégie de coping » face à des événements de vie stressants ou à des affects traumatiques. (Bungenr, 2006, p. 64).

Nous ne pensons pas quant à nous qu'il y ait une distinction radicale à opérer entre alexithymie primaire et secondaire, mais que ces deux notions devraient s'intégrer dans une optique développementale et adaptative, au sein d'un continu variant du normal au pathologique et cognitiviste univoque, ne doit pas rester sans analyse critique psychodynamique dans ses aspects économique, dynamique, topique et psychogénétiques.

Selon nous il n'y aurait pas de discontinuité réelle existerait, de manière fixée, irréductible, des distorsions cognitives dans le traitement de l'émotion, ou aux faibles capacités de mentalisation et de fantasmatisation. Même si cette dimension génétique est avérée dans une minorité de cas, ces capacités resteraient dépendantes du développement plus ou moins achevé dans l'enfance du système préconscient dans ces deux interfaces avec les systèmes inconscient et conscient qui demeure pour une grande part modulable par le développement relationnel et l'éducation. nous envisageons donc dans ce chapitre, après avoir évoqué les rapports de l'alexithymie avec le concept de pensée opératoire, de proposer une assise métapsychologique à l'alexithymie. (jeammet, 2003, pp. 45-46)

6. Les signes cliniques de l'alexithymie :

- L'incapacité à distinguer entre les émotions, les sentiments.
- Le haut degré de conformité sociale.
- La pseudo-normalité.
- La description sans fin de symptôme physique de brusque accès de décharge émotionnelle.

- La difficulté à comprendre les motivations et les sentiments des autres.
- L'absence de capacité d'introspection.
- L'absence de créativité.
- La peine a différencié un état émotionnel d'un état physique.
- Ils ne sont pas capable de dire s'ils sont tristes ou en colère surpris ou joyeux.
- Peu de paroles spontanées.
- Minimisation des affects et des manifestations émotionnelles lors des conflits.
- Absence des fantasmes.
- Les crises de larme.
- Relation ennuyeuses, pauvres et chaleur avec le thérapeute.
(Bungener, 2006, pp. 63-64)

7. Les caractéristiques et le critère diagnostique selon DCRP de l'alexithymie :

7.1 Les caractéristique d'alexithymie :

Il existe actuellement un consensus pour définir l'alexithymie à partir de quatre caractéristiques :

1-difficulté à identifier et distinguer les états émotionnels.

2-difficultés à verbaliser les états émotionnels à autrui.

3- l'existence d'une vie fantasmatique réduite.

3- un mode de pensée tourné vers l'extérieur traduisant une pensée opératoire. (G.loas, 2010, p 02)

Les différentes recherches cliniques progressivement conduites sur le concept d'alexithymie ont permis d'approfondir les caractéristiques des sujets alexithymiques, dans une revue de 1990 (Taylor), ont identifié une série d'éléments appartenant au noyau central du concept.

- Incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles.

Selon **Sifneos**, les sentiments correspondraient à l'aspect psychobiologique de l'affect et seraient la somme des émotions et des images, fantasmes, pensées, associés à celle-ci. Les sujets alexithymiques auraient des émotions mais seraient incapables d'exprimer leurs sentiments. Dans l'alexithymie, prédomineraient les réponses physiologiques et comportementales au détriment des autres réponses.

- Limitation de la vie imaginaire :

Les sujets alexithymiques rêveraient peu. Le contenu de leurs rares productions oniriques est souvent pauvre, factuel et réaliste. Les rêveries diurnes, comme les fantasmes, seraient peu fréquentes. Si le souvenir, le récit ou la fréquence des rêves et des fantasmes paraissent perturbés, leur existence paraît sujette à caution. C'est en fait la nature des productions imaginaires et surtout le rapport que le sujet entretient avec elles qui sont altérés.

- Recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions le recours à l'agir de manière impulsive, devant la situation de conflits ne constitue pas un critère obligatoire.

Dans le cas de l'alexithymie, plusieurs situations se rencontrent :

- Sujets présentant une pathologie caractérisée par le passage à l'acte.
- Sujets décrivant plutôt des actions que les conséquences affectives des situations qui les ont provoquées (la particularité porte sur le discours, non sur le comportement)
- Sujets qui, à propos d'une situation, évoquent les actes plus que les émotions ou les sentiments qui les accompagnent :
- Sujet réalisant des actes sans qu'apparaisse une manifestation émotionnelle alors que la situation semblerait la situation de deuil).
- Pensée à contenu pragmatique :

Les sujets alexithymiques s'expriment de manière très descriptive, mais ils abordent plus volontiers des aspects triviaux et inconséquents qu'ils détaillent sans véritable élaboration. Les plaintes somatiques sont nombreuses et sans fin. Elles ne sont pas obligatoirement reliées à une maladie physique, elles sont de types de tension, d'irritabilité, de nervosité ou de douleur vague. Parfois s'expriment une frustration, un ennui, un sentiment de vide.

Chez certains patients, il existe non seulement une description détaillée de la sensation physique, mais cette description prend place dans une relation ou un autre type de discours, une autre thématique pourrait être attendue. Ainsi le sujet aborde-t-il ses relations avec les autres, ou de ses réactions dans certaines situations difficiles. Lorsque les sentiments sont

abordés, les mots semblent faire défaut et peu ou pas de manifestations émotionnelles sont exprimées, inversement, parfois ces sujets ont des affects apparemment inappropriés, ils pleurent abondamment sans que les pleurs ne semblent liés à un sentiment de tristesse ou de colère. (jeammet, 2003, pp. 118-119)

Dans certains cas, les traits alexithymiques peuvent être accompagnés d'aspects névrotiques (hystériques ou obsessionnels) en présentant des situations moins typiques. En général donc, il est possible d'attribuer différentes aspects typiques aux patients névrotiques.

7.2 Les caractéristiques des patients alexithymiques et névrotiques :

| | | |
|-----------------|--|---|
| Plaintes | Description sans fin de symptômes physiques, parfois sans relation avec une maladie physique sous-jacente. | Moins de plaintes somatiques, description élaborée de difficultés psychologiques (symptômes et ou problèmes interpersonnels). |
| Autres plaintes | Tension, irritabilité, frustration, douleurs, ennui, sentiment vide, agitation, fébrilité. | Anxiété décrite en termes de fantasmes et de pensée plutôt qu'en termes de sensations physiques, dépression décrite en termes de sentiments de rien, de |

| | | |
|--------------------|--|--|
| | | culpabilité, de nuits sans sommeil, etc. |
| Contenus de pensée | Absence frappante de fantasmes et description élaborée de détails triviaux de l'environnement (pensée opératoire). | Vie fantasmatique riche, capacité importante à décrire les sentiments en des termes éloquents. |
| Langage | Difficultés significatives dans la recherche de mots appropriés pour décrire les sentiments. | Mots appropriés pour décrire les sentiments. |
| Pleurs | Rares, parfois importants, mais ne semblent pas en relation avec un sentiment appropriés, tel que la tristesse ou la colère. | Appropriés à un sentiment spécifique. |
| Rêves | Rares | Fréquents |

L'alexithymie

| Affects | Inappropriés | Appropriés |
|---|---|---|
| Activité | Tendance à l'acte impulsif, agir semble constituer un mode de vie prédominant | L'action est appropriée à la situation. |
| Relations interpersonnelles | Habituellement pauvres avec tendance à la dépendance pour la solitude, évitement des relations. | Conflits spécifiques avec les personnes, mais généralement de bonnes relations interpersonnelles. |
| Traits de personnalité | Narcissique, réservé, passif agressif ou passif dépanadant, psychopathique. | Souple |
| Posture | Rigide | Souple |
| Contre-transfère | L'interviewer ou le thérapeute est généralement plongé dans l'ennui par le patient qu'il trouve terriblement « lourd ». | Communication facile avec le patient qui est considéré comme « intéressant ». |
| Relations au social, à l'éducatif, à l'économique, à la culture générale. | Aucune | Considérable |

7.3 Les critères diagnostiques pour la recherche en psychosomatique : (diagnostic criteria for use psychosomatic research ou DCPR)

A- Trois critères doivent être au moins présents parmi les six suivants :

1. Incapacité à utiliser des mots appropriés pour décrire les émotions.
2. Tendance à décrire les détails plus que les états d'âme. (exemple : circonstances d'un événement plutôt que les sensations)
3. Absence d'un monde imaginaire riche.
4. Le contenu de la pensée est plus associé à des événements extérieurs qu'aux fantasmes ou aux émotions.
5. Inconscience des réactions somatiques courantes qui accompagnent l'expérience de nombreux états d'âme.
6. Éclatement occasionnels mais violents, et souvent inappropriés, de comportements affectifs.

B- l'alexithymie n'est pas seulement présente lors d'un désordre de l'humeur, de phobie social ou d'un désordre mental organique.

Spécifié le type :

1. Pervasivo
2. De situation (limité à l'inhibition de la colère et/ou d'un comportement affirmé). (Giancarlo trombini et Franco Baldoni 2005, pp 68-70)

8. L'alexithymie dans ses rapports avec la pensée opératoire :

Pour comprendre la notion de pensée opératoire, il faut partir d'un principe freudien simple : les activités fantasmatiques et oniriques permettent d'intégrer, dans la subjectivité même, les tensions pulsionnelles, et protègent la santé somatique de l'individu en lui permettant de « transférer » sur l'activité psychique les excitations tant internes qu'externes.

Dans cette conception, la pensée opératoire met en évidence une carence fonctionnelle des activités de pensée fantasmatique et onirique. La pensée consciente, cognitive et factuelle est sans liaison avec des mouvements fantasmatiques, ce défaut de l'activité de penser selon le mode imaginaire, illogique et fantasmatique (auto associatif) n'est pas, d'après la « loi de compensation », sans avoir des répercussions négatives sur les fonctions organiques : celles-ci hériteraient-elles de ces activités illogiques (fantasmes inconscients) inhibées aux étages supérieurs. Sur le plan clinique, le contact que le thérapeute peut ressentir dans son contre-transfert avec les sujets opératoires est celui d'une relation blanche.

Le sujet parle de choses « concrètes » mais rarement de ses émotions et sentiments, en particulier lorsqu'ils touchent sa vie relationnelle. Cette pensée opératoire a la forme d'une pensée utilitariste, factuelle, tournée vers l'objet, la matière, la technique : elle est du côté de l'autoconservation de l'individu et n'utilise pas de mécanismes mentaux névrotiques ou psychotiques qui relèvent d'une pensée sexualisée. On y trouve une relative phobie de la « vie intérieure », des souvenirs, sentiments, émotions, etc. L'isolement de l'inconscient (refoulé) ne paraît pas de type obsessionnel puisqu'il ne procède pas d'une distanciation par manifestation mentale ou

verbale du matériel psychique. En fait, la PO apparaît dépourvu de valeur libidinale. Elle ne permet pas l'extériorisation de l'agressivité sadomasochiste.

Chez ce type de patients, un témoin du mauvais fonctionnement de la première topique (conscient [Cs], préconscient [Pcs], et inconscient [Ics]) est la pauvreté ou l'absence de la vie onirique. La présence de rêves « crus » ou désespérément concrets n'évoque que la vie de travail, sans grande manifestation des mécanismes de déplacement, condensation ou dramatisation : une forme de « pensée blanche » ou, chez l'enfant hyperkinétique, une difficulté d'attention et de concentration sont au premier plan. Il manque, à cette forme de pensée qui devient opératoire, la référence à un objet intérieur. Cette pensée opératoire, portée sur la concrétude des choses et perceptions, sert en fait de contenant cognitif à un psychisme sans bon objet interne (d'où la dépression essentielle, cf. infra).

Il faut relever que dans une étude menée à la fois par des psychosomaticiens de l'IPSO et des cancérologues en (1990) purent montrer, selon un protocole très strict, les éventuelles corrélations entre des facteurs psychologiques liés au fonctionnement mental (selon la pensée théorique de Marty) et la nature bénigne ou maligne d'une tumeur mammaire. Le cancérologue Jasmin a ainsi écrit que chez les patientes porteuses de tumeurs malignes « l'augmentation du risque relatif à ces paramètres [structure mentale fondamentale, moi-idéal prédominant, disposition hystérique et deuil récent non élaboré], est impressionnant (en moyenne de sept à cinquante fois, alors que les facteurs de risque classique de cancer du sein multiplient ce risque par deux à huit fois). L'absence du cancer du sein chez

les patientes considérées comme bien mentalisées (environ 25 % de la population initiale) apparaît aussi comme très remarquable.

En 1972, lors d'un symposium à Londres, puis à la 9ème Conférence Européenne sur la Recherche en Psychosomatique à Vienne, Sifnéos propose alors le mot alexithymie qui signifie donc : « pas de parole pour les émotions ». La définition donnée par Sifneos est la suivante : « patients se plaignant sans fin et en termes vagues de symptômes physiques divers, sans activité fantasmatique notable, ayant des difficultés à trouver les mots appropriés pour décrire leurs émotions, un discours caractérisé par des détails répétitifs, peu d'activité onirique, et des relations interpersonnelles marquée par une forte dépendance sous une apparence de détachement... »

Alors que la pensée opératoire se situe dans la perspective métapsychologique de la clinique psychanalytique, l'alexithymie s'élargit à la clinique psychiatrique, par l'approche étiologique, neurophysiologique et neuroanatomiques, ainsi qu'à la psychopathologie quantitative, par des modélisations et des tentatives d'objectivation psychométriques. (Grégory Monnier, 2011, pp 56-57).

Schématiquement, on peut concevoir que la régulation des émotions par l'être humain s'orienterait selon trois axes :

- Répression : selon patrimoine génétique et les effets de l'environnement sur son développement (de l'alexithymie jusqu'au négativisme psychotique, en passant par tous les mécanismes névrotiques : refoulement, isolation, annulation, focalisation phobique et archaïques : déni, clivage forclusion).

- Décharge : des passages à l'acte psychopathiques, jusqu'au frayage psychosomatique en passant par l'impulsivité-des conduites addictives.
- Dépression : des formes réactionnelles et situationnelle névrotiques, jusqu'à la dégressivité antidépressive.

La notion de pensée opératoire renvoie à une carence de la mentalisation des conflits avec un risque de décharge de ceux-ci au niveau somatique. Ce monde de fonctionnement favoriserait. En cas d'avènement d'une dépression essentielle (avec un effacement du monde de fonctionnement mental et un corps amorphe proche de l'épuisement vital).un risque de retour de la pulsion vers l'inanimée.il s'agirait donc plus d'un épuisement de la poussée vitale que de l'intervention d'une hypothétique pulsion de mort.

L'alexithymie ne représente qu'un composant de la pensée opératoire à savoir l'incapacité à son monde interne et un style cognitif caractérisé par une pensée accrochée au factuel. Dès le début des années soixante-dix **Krystal** (1988) (et les études de ces dernier années le confirment) retrouve une association fréquente de l'alexithymie avec les troubles de l'empathie caractérisé par l'incapacité à se figurer les émotions d'autrui.

Cette composante relationnelle du fonctionnement opératoire a donc parfois été trop vite oubliée par des approches essentiellement génético-biologiques et neurophysiologiques, basées sur des modèles médicaux et qui éludaient l'importance de l'impact de la dimension relationnelle et sociale de tout être humain. A ce titre, mesurer l'alexithymie d'un patient avec une

échelle est bien sur problématique et n'est pas assimilable a un entretien clinique ou a fortiori a une écoute psychanalytique qui met en exergue la sensibilité à l'étayage, les mouvement internes, la place de la relation transférentielle et contre-transférentielle.cliniquement « les patients opératoires » développent des « relation blanches » à l'objet , avec ce singulier caractères pragmatique , monocorde, statique peu pulsionnel , comme si l'activité consciente était sans lien organique avec un fonctionnement fantasmatique . Le système de relation à l'égard de l'objet, qu'il s'agisse de la représentation plus ou moins importante de l'affect. Dans les cas les plus sévères, le patient tend à répandre mécaniquement, sans attendre semble-t-il autre chose qu'un jeu automatique de stimulations et de réponses .Bien plus, il paraît inconsciemment animé par un besoin de « ravalé l'interlocuteur au plan de sa somaticité ».

Le type de relation d'objet est ainsi marqué par la réduplication projective ou l'autre est mal perçu dans sa singularité et sa différence. (Jeammet, 2003, pp. 46-47)

9. Alexithymie et troubles psychosomatiques :

Pour considérer que le fonctionnement alexithymique a une influence sur le déclenchement d'une affection physique, il faut s'assurer de son antériorité par rapport à l'exacerbation ou la survenue de la maladie à composante psychosomatique, à savoir qu'il y a une relation temporelle permettant d'inférer un lien causal entre les deux. Cependant, il n'existe pas à notre connaissance d'études prospectives ayant montré que l'alexithymie constituait un facteur de risque psychosomatique. La seule étude ayant suivi 189 patients sains sur 1 an, dont un certain nombre ont présenté une maladie

somatique à l'issue de l'étude, n'a pas retrouvé l'alexithymie comme facteur prédictif d'un risque de morbidité accru. Il est à noter que cette étude utilisait l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI-A) pour évaluer l'alexithymie, échelle dont les qualités métriques restent relativement médiocres. Une étude épidémiologique transversale finlandaise de 2 297 sujets montre que l'alexithymie est un facteur de risque de mortalité et de morbidité accru, même après ajustement sur les facteurs sociodémographiques et les facteurs de risque médicaux. Même si l'alexithymie ne semblait pas liée spécifiquement au risque de maladies à composante psychosomatique, elle n'en constituait pas moins un facteur de risque pour la santé.

Les études transversales retrouvent une prévalence élevée d'alexithymiques dans plusieurs maladies à composante psychosomatique :

- Maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle essentielle, coronaropathie).
- Troubles respiratoires (asthme, insuffisance respiratoire chronique).
- Affections gastroentérologiques (rectocolite ulcérohémorragique et maladie de Crohn et ulcères gastroduodénaux et gastrites érosives).
- d'autres affections telles que la polyarthrite rhumatoïde.
- certaines lésions dysplasiques précancéreuses.

C'est dans le cadre de l'hypertension artérielle que les taux d'alexithymie les plus élevés ont été retrouvés et de manière répétée.

Néanmoins, ces résultats sont loin d'être spécifiques puisque l'on retrouve une fréquence de distribution de l'alexithymie souvent plus importante dans certaines pathologies psychiatriques (conduites addictives :

toxicomanie, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires ; attaque de panique ; état de stress post-traumatique, etc.) en l'absence de maladies psychosomatiques.

Les données de prévalence de l'alexithymie dans la population générale objectivent des résultats qui dépendent étroitement des échelles utilisées. Ainsi, avec la BIQ la prévalence en population générale avoisine 5 à 10 %, avec la TAS, elle varie entre 10 et 20 %.

La composante alexithymique peut se voir chez des sujets sains, en particulier dans des situations de stress (forte connotation positive alexithymie anxiété). Enfin, un fonctionnement alexithymique pourrait être transitoire et ne concerner que certains secteurs et moments de la vie relationnelle. Ces données nous invitent à considérer l'alexithymie comme dépendante étroitement du moment d'évaluation et s'intégrant dans une échelle du normal au pathologique.

9.1 Alexithymie, stress et dépression

Des études ont montré des liens entre alexithymie, vulnérabilité au stress, dysfonctionnement du SNA et axe neuroendocrinien voire système immunitaire.

Des expérimentations chez l'animal ont ainsi souligné les effets du stress sur la vitesse de croissance des tumeurs.

Plus précisément, et comme nous l'ont appris les études neuroendocrinologiques, la réaction de stress sollicite la branche orthosympathique du SNA (réaction d'urgence de Cannon) et l'axe corticotrope (syndrome général d'adaptation de Selye).

Cette activation du système sympathique puis corticotrope, à la suite d'un stimulus stressant, provoque des désordres neurophysiologiques et immunitaires. L'axe corticotrope vise à supprimer ou à atténuer les effets du stress aigu, notamment ceux induits par les catécholamines. L'un des principaux systèmes responsables de la restauration de l'homéostasie est en effet le système hypothalamo-pituitaire-adrénal (HPA) qui, en réponse à des stress, orchestre la production du corticotrophin-releasing factor (CRF) et de la vasopressine (VP) à partir des noyaux para ventriculaires de l'hypothalamus, de l'ACTH (corticotrophin) à partir de l'hypophyse, et des corticoïdes à partir des surrénales. Lorsque la sensation de stress persiste, le sujet a l'impression d'être sans maîtrise sur la situation, il y a continuation de l'hypercortisolémie.

L'impact des réactions de stress sur l'organisme offre un modèle expérimental reproductible, qui ne relève pas stricto sensu du modèle psychosomatique, mais permet toutefois de mieux comprendre l'impact des facteurs psychologiques ou sociaux sur le corps (réponses neurophysiologiques, endocriniennes, répercussion sur l'immunité).

Dans ce contexte, l'alexithymie a été progressivement considérée comme un facteur psychique de vulnérabilité au stress. Plusieurs études ont retrouvé une modification de signes physiologiques (fréquence cardiaque, réactivité cutanée, consommation d'oxygène) en faveur d'une perturbation de la réactivité sympathique chez les sujets alexithymiques : il existe ainsi une augmentation du tonus sympathique de base chez les sujets alexithymiques avec un manque de réactivité physiologique lors des réactions de stress. En fait, le déficit de régulation des affects serait associé à une modification basale du tonus du SNA (qui renvoie à la notion de tonus vital chez Marty,

cf. supra) mais aussi du profil cortisolique constituant un facteur de vulnérabilité au stress Ceci, s'ajoute aux études démontrant une perturbation du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (hypercortisolémie) dans la dépression comme dans le stress chronique.

Dans la dépression, le taux de CRF dans le liquide céphalorachidien est en effet augmenté significativement par rapport aux témoins et corrélé positivement à l'hypercortisolémie. Cette hypercortisolémie est de plus non freinable par le test à la dexaméthasone autant chez les sujets déprimés et alexithymiques que chez les déprimés non alexithymiques.

Ainsi, par incapacité à réguler leurs affects du fait d'une augmentation du tonus du SNA et de l'axe adrénocorticotrope, ces patients se trouvent vulnérables au stress et exposés à des troubles physiologiques. Il y aurait chez eux une sorte de « dissociation » psychophysiologique/soma-psyché : les manifestations neurovégétatives de stress ne pourraient être perçues subjectivement dans des manifestations émotionnelles adaptées (ce qui renvoie à la notion de pensée opératoire).

L'alexithymie, et surtout son facteur "difficultés à identifier les émotions», est très révélatrice d'un large éventail d'état au niveau de la psychopathologie chez les patients psychiatriques. Dans les échantillons de patients, les caractéristiques alexithymiques ont été particulièrement associées aux troubles dépressifs, l'alcoolisme, et troubles de la personnalité du cluster C. à long terme l'alexithymie a été constamment associée à la dépression et divers symptômes psychopathologiques évalués avec le SCL-90 lors d'un suivi de 6 ans. De même, dans les études de population de

différents pays, l'alexithymie a été associée à l'humeur dépressive et les symptômes dépressifs.

Néanmoins, les désaccords existent dans les études concernant la stabilité de l'alexithymie et sa capacité à prédire de nouveaux cas de troubles psychiatriques. Une récente étude de suivi chez les patients hémodialysés (n= 230) a constaté que la dépression a été associée à l'alexithymie et que l'aggravation de la dépression après 6 mois pourrait être prédite par Alexithymie. Parmi des patients alcool-dépendants suivis pendant une période d'abstinence de 2 semaines, le score alexithymie a été beaucoup plus stable que les scores de mesure de la dépression et de l'anxiété et De même, chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, les scores d'alexithymie ont été relativement stables, même dans le contexte d'une menace élevée à l'intégrité physique et psychologique. Cependant, les études sur la capacité de l'alexithymie à prévoir les troubles psychiatriques sont rares. Dans une étude, les symptômes dépressifs et les caractéristiques alexithymiques ont diminué ensemble au cours des suivis auprès de l'échantillon étudié. Des études antérieures ont suggéré que l'alexithymie chez les patients déprimés pourrait être atténuée lors de la rémission de la dépression. De même, une étude récente chez les femmes enceintes a montré que les scores à l'échelle d'Alexithymie (TAS) n'a pas permis de prédire la dépression, ils ont augmenté au cours de la dépression et diminué après la rémission. Les études confirment aussi que plus un patient déprimé n'est alexithymique et plus la dépression n'est sévère. Ainsi, le caractère interdépendant de l'alexithymie et de la dépression nécessite une enquête supplémentaire à la fois sur la population générale et sur des échantillons de patients déprimés.

Ainsi le statut de l'alexithymie (trait de personnalité : alexithymie primaire, ou état transitoire : alexithymie secondaire) reste peu clair. On a vu que certaines études montrent que l'alexithymie est stable au cours du temps (trait de personnalité), tandis que d'autres travaux concluent à une fonction " défensive " de l'alexithymie contre la détresse émotionnelle engendrée par le deuil d'un être cher ou la dépression.

9.2 Alexithymie et troubles de la personnalité :

L'alexithymie est une construction qui comprend différentes facettes, à savoir les difficultés d'identification des sentiments et les distinguer des sensations somatiques, les difficultés à décrire ses sentiments à autrui; limitation des processus imaginaires, et une pensée, un style orienté vers l'extérieur. Des études ont montré un lien dans le fonctionnement social avec des facultés affaiblies et des distorsions dans les relations. L'alexithymie semble être en corrélation avec les tendances relationnelles telles que l'évitement des conflits, un rapport détaché vis-à-vis de l'autre et un moindre engagement dans le processus psychothérapeutique. Ces patients évitent les relations sociales proches, et ils ont tendance à former des liens superficiels avec autrui. Vanheule et al. ont constaté que l'alexithymie est liée à une sorte d'indifférence interpersonnelle : peu d'attente par rapport à l'autre et un intérêt limité dans la réalisation des attentes de l'autre. Dans une autre étude Vanheule a constaté que l'alexithymie a été corrélée de manière positive avec le trait de personnalité froid / distant et le style non assertif. La mauvaise régulation émotionnelle semble être associée à l'alexithymie. Par exemple, le mauvais contrôle des impulsions a été positivement corrélé avec l'alexithymie dans un échantillon de patients impulsifs-agressifs chez des vétérans. Fossati a pu apprécier combien la difficulté à identifier les

sentiments et une faible capacité à penser les émotions étaient des composantes essentielles de l'agressivité impulsive. Une étude sur les troubles alimentaires fournit des données cohérentes en indiquant que la mauvaise conscience émotionnelle est liée à une faible possibilité de régulation émotionnelle.

En résumé, l'Alexithymie est liée à une combinaison toxique de dysfonctions interpersonnelles, un large éventail de symptômes et une mauvaise régulation des pulsions. Tous ces problèmes sont le sceau de troubles de la personnalité. Il est donc raisonnable de supposer que l'alexithymie est une caractéristique typique des personnes souffrant de nombreux troubles de la personnalité. Les résultats de ces études soutiennent l'idée que l'alexithymie n'est probablement pas une réaction à des stressseurs, mais plutôt un trait stable de la personnalité. Grabe a exploré les associations entre alexithymie et le tempérament : c'est-à-dire le fondement biologique de la base de la personnalité et son caractère. Ils ont constaté que certaines dimensions du modèle psychobiologique de la personnalité de Cloninger retrouvent une détermination faible, une dépendance à la récompense faible, et à un moindre degré l'évitement du danger étaient significativement corrélés avec la présence de l'alexithymie.

Beaucoup de travaux ont suggéré des déficits de base dans la mentalisation ou de métacognition. Les difficultés de traduire en mots son ressenti corporel donne l'hypothèse que ce serait une caractéristique essentielle du trouble de la personnalité état limite. Les troubles de la personnalité évitant, obsessionnelle-compulsive ou narcissique ont été décrites en termes de conscience émotionnelle pauvre. Cela suppose l'idée que les personnes qui présentent ce type de trouble de la personnalité

peuvent avoir plus de difficultés à utiliser le langage pour communiquer ses émotions aux autres. Dans les études de cas unique, les patients présentant le trouble de la personnalité évitant ou narcissique ont montré une capacité limitée à comprendre les causes de leurs propres émotions.

En dépit de la plausibilité du lien entre l'alexithymie et les troubles de la personnalité, il y a encore peu d'études sur ce sujet. Dans une étude Bach a constaté que sur le Toronto Alexithymie Scale (**TAS-20**), 17% des patients avaient des caractéristiques alexithymiques. Les dimensions de personnalité schizotypique, dépendante et évitant, ainsi que le manque de fonctionnalité histrionique, a émergé comme facteurs prédictifs significatifs de l'alexithymie. Honkalampi a analysé un échantillon de patients souffrant de dépression majeure et a constaté que l'alexithymie a été plus prononcée chez les patients présentant un trouble de la personnalité du cluster.

Ils ont également constaté que l'alexithymie persistait après la guérison de la dépression, cela renforçant ainsi l'idée qu'elle est stable et représente un trait de personnalité. Vinamaki a constaté que l'alexithymie et les troubles de la personnalité ont été les principaux facteurs prédisant une mauvaise réponse à court terme dans le traitement de la dépression majeure.

De Panfilis a constaté dans un échantillon de patients parkinsoniens, que la difficulté à décrire ses sentiments aux autres (une des dimensions de la Toronto Alexithymia Scale ou TAS-20) était totalement médiatisée par la relation entre la protection maternelle excessive et le risque d'avoir une maladie de Parkinson. Lawson a pu noter dans un échantillon de femmes présentant des troubles de l'alimentation et des traits de personnalité narcissiques que cela était associé à des difficultés à décrire ses sentiments,

tels que la tendance à contrôler et à critiquer les autres. Spitzer a constaté que le style interpersonnel des individus alexithymiques a été caractérisé par un comportement froid et socialement évitant, correspondant à un modèle d'attachement majoritairement précaire.

En bref, s'il y a des raisons de présumer d'une relation possible entre l'Alexithymie et certains aspects des troubles de la personnalité, il reste beaucoup de travaux à faire pour pouvoir spécifier ce lien. Savoir si l'alexithymie contribue aux troubles et dysfonctionnement de la personnalité peut permettre des implications thérapeutiques importantes. D'une part, l'alexithymie a montré qu'il était un obstacle à la création d'une alliance thérapeutique conduisant à des résultats les plus pauvres en psychothérapie. Une connaissance approfondie des relations entre la faible conscience émotionnelle et les troubles de la personnalité peut conduire à des modifications dans le traitement de ces derniers. (Grégory Monnier, 2011, pp 64-71)

10. Les thérapies et le traitement de l'alexithymie :

Les patients présentant une alexithymie ou d'autres types de déficits dans leurs processus émotionnel posent des problèmes thérapeutiques aux somaticiens aussi bien qu'aux psychiatres. En plus des difficultés dans l'expression et la régulation des affects, ces patients présentent des troubles des représentations objectales et narcissiques, ce qui se traduit dans les liens contre-transférentiels. Leur tendance à la somatisation entraîne de multiples investigations médicales qui ont un effet iatrogène, de plus, la répétition de troubles du comportement tels que la prise d'alcool ou d'autres toxiques entraîne chez les soignants un sentiment de frustration et de découragement.

A partir d'observation cliniques, de nombreux thérapeutes concluent que les patients alexithymique répondent difficilement aux thérapies analytiques ou interpersonnelles. Déjà en 1948 avant même la définition du terme d'alexithymie, Ruesch rapportait des échecs qu'il attribuait à l'incapacité de lier le verbal, le symbolique avec l'expression des affects. **Kristal** (1982-1983) qui a une grande expérience du traitement de patients souffrant de toxicomanie, de PTSD, estime que l'alexithymie est le plus important facteur d'échec des thérapies psychodynamiques. **Sifneos** (1972-1973,1975) ajoute que les patients alexithymiques qui présentent des décompensations somatiques ont une aggravation de leurs états suite à l'anxiété suscitée par les interprétations psychothérapeutiques, aussi Sifneos (1975), Freyberger (1977) et Nemiah (1976) recommandent l'utilisation des psychothérapies de soutien, technique pouvant être partagées entre psychiatres et somaticiens, plutôt que des thérapies analytiques classiques. D'autres conseillent l'utilisation de techniques cognitives et comportementales, pharmacologique ou de thérapies d'inspiration analytique.

10.1 Psychothérapies individuelles :

La mauvaise réponse des patients alexithymiques aux thérapies analytiques classiques est généralement attribuée à leurs difficultés d'introspection (Singer 1977). Miller (1997) précise à partir de comprendre et d'accepter les interprétations du thérapeute.

Plusieurs cliniciens proposés des aménagements aux thérapies psychodynamiques pour les patients alexithymiques.

En général, ces modifications se sont centrées sur le cadre thérapeutique plutôt que sur les modalités interactives de communication entre le patient et le thérapeute. Comme l'a souligné Kristal (1979, 1982, 1983, 1988) il est important que le thérapeute offre des explications décrivant à ces patients alexithymiques leurs difficultés face à leurs vécu émotionnel ainsi que le retentissement corporel et physiologique qui découle. Le thérapeute aidera le patient à reconnaître, à différencier, à aménager et supporter le vécu affectif. C'est un processus long et de les exprimer par des mots plutôt que par des maux. Des observations directes portant sur l'expression comportementale de leurs émotions seront pour ces patients une source importante d'informations qui les aidera à découvrir leurs affects.

Face à la tendance de ces patients à majorer leurs sensations corporelles quand ils sont confrontés à des états émotionnels, il est souvent utile d'associer aux interventions psychothérapeutiques des techniques de relaxation (Stéphanos, Bieble, et Plaum, 1976, Taylor, 1987). Par ailleurs, de nombreux patients apprennent plus sur leurs fonctionnements émotionnel par des thérapeutes qui expriment davantage leurs ressenti que ne le permet le cadre analytique classique, et qui utilisent l'humeur, leurs capacité créative et imaginative au cours des séances, (Kristal, 1982-1983, McDougall, 1985, Taylor, 1987).

Cependant, ces aménagements de la psychothérapie (classification et interprétation des déficits affectifs et cognitifs, conseils éducatifs,...) entraînent chez le patient un risque de dépendance majeur vis-à-vis du thérapeute. (Taylor 1987). La recherche d'une relation fusionnelle se traduira dans la relation transférentielle mais sera difficilement interprétable auprès du patient.

En résumé, une approche psychanalytique traditionnelle qui étudierait les liens entre les processus psychologiques et somatiques par l'unique interprétation des symptômes n'est pas adaptée. Ces patients alexithymiques nécessitent une approche thérapeutique qui vise à améliorer la perception de leurs émotions et à atteindre une capacité de représentation de ce vécu affectif (Frosch, 1995, Lane et Schwartz 1987). Pouvoir se représenter ses émotions permet non seulement de les ressentir mais aussi de les contrôler. L'amélioration du contrôle émotionnel permettra de diminuer les décompensations somatiques ainsi que « les décharges » comportementales (prise de toxiques, crise de boulimie ...) (Gross et Munoz 1995). En modifiant ainsi les modalités de psychothérapie individuelle, le thérapeute devient un véritable auxiliaire du moi pour le patient, lui permet de reconnaître ses émotions et l'autorise à vivre des expériences affectives nouvelles (Margulies 1993).

10.2 Thérapie de groupe :

Les thérapies de groupe sont considérées comme une alternative voire un complément des thérapies individuelles pour les patients alexithymiques (apfel-savitz, silverman et Bennet 1977), swiller 1988.

En effet, les groupes permettent au patient de faire l'expérience d'émotion et d'apprendre ainsi sur leur vécu affectif à partir des relations interpersonnelles qui se développent au cours des séances. Cependant, il est important de limiter le nombre des patients alexithymiques dans la composition de groupe (swiller, 1988). En effet, il est essentiel que le groupe reste dans un rôle de soutien auprès d'eux tout encourageant ces patients alexithymiques à exprimer leurs réflexions (le plus souvent agressives) vis-

à-vis des autres membres du groupes ,ce qui les informera sur les conséquences de leurs manque d'empathie vis-à-vis d'autrui.les thérapeutes attirent alors l'attention des patients sur leurs mode de communication entre différents les membres.

L'efficacité sur l'alexithymie des thérapies de groupes a été évaluée par (fukunishi 1994).A partir d'une étude antérieure montrant l'existence de fonctionnement alexithymie parmi les membres des familles alcooliques (fukunishi 1992) les investigateurs ont proposé 14 familles alcooliques de bénéficier de thérapie de groupe. Il choisirent dans chaque famille , le membre le plus proche du patient alcoolique .Dans la majorité des cas ,il s'agissait de l'épouse, parfois l'enfant voire un parent....Les sujets étaient repartis en trois groupes, chaque groupe comprenant 4à5 membres .les séances duraient deux heures et étaient hebdomadaire .Au début de l'étude ,chaque sujet avait complété le questionnaire d'alexithymie TAS20 et un questionnaires de fonctionnement familial (family Environnement Scale).Ces questionnaires ont été remplis à nouveau après 6 mois de ce type thérapie et les effets de traitement ont été mesurés à partir des différences scores. La moyenne du score total de la TAS 20 était significativement abaissée après 6 mois de thérapie .Toujours a partir des résultats de la TAS, 7 sujets étaient considères comme alexithymiques (50%)en début de traitement contre 3 (21,4%) après 6 mois .par ailleurs la cohésion familiale était plus importante, les conflits et l'anxiété pouvaient s'exprimer plus facilement .Cependant, (fukunishi) ne précisa pas ni les techniques thérapeutiques utilisées au cours des séances ,ni la persistances de bénéfices au long cours. (Bersnevaité, 1995) a évalué dans une étude conduite en Lituanie, l'efficacité de thérapie de groupe sur l'alexithymie chez les

patients ayant présenté un infarctus du myocarde. 20 patients bénéficiaient d'une thérapie de groupe constituée d'une séance 90 minutes chaque semaine pendant 4 mois. Différentes techniques étaient utilisées au cours de ces séances (relaxation de Jacobson, jeu de rôle, utilisation de communication non verbale, utilisation du dessin et de la musique pour faciliter l'expression de leur rêve, de leurs imaginations, gestalt – thérapie) chaque séance se concluait par une séance d'hypnose. Les patients devaient réutiliser les techniques apprises dans leur vie courante. Le groupe témoin était constitué de 17 patients ayant suivi deux réunions à visée éducative sur une période d'un mois. Les patients complétèrent la TAS -26 au moment d'entrer dans l'étude, puis après 4 mois, 6, 12 mois et deux ans. Tout événement somatique en lien avec une complication cardiaque était signalé. Dans le groupe ayant bénéficié d'une thérapie de groupe, les moyennes des scores de la TAS baissèrent de façon significative et restèrent significativement plus basses aux évaluations suivantes. Au bout d'un an de traitement, les patients qui présentèrent les chutes les plus basses de leur score à la TAS furent ceux qui eurent la meilleure évolution sur le plan somatique. Inversement, ces résultats se confirmèrent avec deux ans de recul (Bersnevaite, 2000). Le groupe ayant suivi les réunions à visée éducative ne présenta pas de différences significatives des moyennes des scores à la TAS 26 au cours des différentes évaluations. Les résultats de cette étude rendent nécessaire des études identiques menées par d'autres investigateurs afin d'étudier leur reproductibilité.

10.3 Association psychothérapie-Pharmacologie :

L'éthiopathogénie des troubles de la régulation des émotions reposant sur des interactions complexes entre des facteurs neurobiologiques et

psychosociaux une approche purement pharmacologique n'est pas envisageable.une grande variété de psychotrope a été utilisée dans le traitement des troubles de la régulation des émotions comme benzodiazépines ,les antidépresseurs tricycliques, les IMAD ,les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les thymrégulateurs et les neuroleptiques .Les indications sont liées à des symptômes spécifiques : anxiété ,attaque de panique , dépression ,instabilité de l'humeur ,irritabilité ,impulsive ...Ces traitements médicamenteux offrent une rapide amélioration mais aussi des rechutes fréquentes à l'arrêt de leurs prises .Cependant en réduisant l'instabilité affectives, les comportements impulsives et agressifs , cela permet à de nombreux patients de bénéficier davantage d'une prise charge psychothérapeutique (Friedman,1988,soloff 194) . La sérotonine est certes impliquée dans la Dysrégulation de l'émotion et est source d'une variété importante de symptôme. Mais comme le précisent (Dobrovsky et tomas 1995) il est impensable d'envisager une théorie explicative reposant sur un seul neurotransmetteur.

Il existe un grand nombre d'études évaluant l'efficacité de différents psychotropes sur un type de symptôme en lien avec les troubles de la régulation des émotions mais il est actuellement impossible de désigner un traitement pharmacologique de référence de l'alexithymie (Rosen baum 1995, soloff, 1994, van der kolk ,1994). (jeammet, 2003, pp. 221,225)

Partie pratique

CHAPITRE IV

Méthodologie de Terrain

Préambule

1- Le terrain de la recherche.

2- Echantillon de la recherche.

3- La pré-enquête.

4- La méthode utilisée.

5- Les outils de recherche.

5-1- L'entretien Clinique.

5-2- l'entretien semi-directif.

5-3- Latence du clinicien lors de l'entretien.

5-4- Le guide d'entretien.

Conclusion

Préambule:

Les techniques de recherche d'étude est un outil qui permet de répondre aux questions que nous avons posées dans notre problématique et de confirmer notre hypothèse, à propos de notre thème nous avons opté pour un entretien clinique semi-directif complété par l'échelle Toronto Alexithymia Scale (**TAS 20**), et nous allons présenter la méthode utilisée et le terrain de l'échantillon d'étude.

1. le terrain de recherche :

Pour parachever la création du secteur sanitaire d'amizour qui remonte à l'année 1985, un hôpital de capacité 200 lits, en hommage au Chahid « Benmradi El Mekki », originaire de la région d'amizour, l'hôpital d'amizour a été baptisé par son nom en date du 20 août 1933.

La structure de l'hôpital est composée de deux blocs principaux :

Bloc A couvre les services de l'administration, d'hospitalisation, de l'épidémiologie et la médecine de travail et les consultations de la psychologie. Il est composé de cinq (05) niveaux et un sous-sol.

Bloc B : qu'on appelle le plateau technique, comprend :

Un pavillon consacré aux urgences médico-chirurgicales qui se compose :

Une unité d'accueil (consultations médicales), l'espace réservé à l'observation, l'une est réservée aux enfants comprenant 03 lits et l'autre est réservée aux adultes comprenant 06 lits). Une unité d'hospitalisation pour la réanimation médicale, pour les malades nécessitant une assistance accrue et une salle réservée au déchoquage, une salle opératoire consacrée aux interventions chirurgicales d'urgence.

- Un bloc opératoire, (04) salles opératoires, une salle consacrée aux petites chirurgies (circoncision...), une unité de réanimation chirurgicale comprenant (05) lits.
- Un service de radiologie.
- Un service de laboratoire d'analyses médicales.
- un service pharmacie.
- Une banque de sang dotée d'un poste de transfusion sanguine.
- Un bureau des entrées.
- une surveillance générale.
- Service pédiatrie composé de 22 lits.
- service maternité et gynécologie composé de 30 lits.
- service médecine interne composé de 56 lits.
- service chirurgie générale composé de 60 lits.
- service Oncologie composé de 36 lits.

1.2 Description de service de la médecine interne :

La médecine interne comprend plusieurs hospitalisation et soins de plusieurs maladies (pneumologie, cardiologie diabète,...)

Le service médecine interne comprend : 20 chambres qui composé de (3) médecins généralistes, et un seul médecin interne et (02) pneumologues, endocrinologue, (01) néphrologue et (01) neurologue.

Il comprend Aussi (03) infirmières de chaque coté (femme et homme) , une équipe de nuit qui contient(02) infirmiers de chaque coté. Et une pharmacie au sien de service interne.

2. Echantillon de la recherche :

L'échantillon de la recherche est composé de (03) cas, (02) filles et (1) homme, de différents d'âges entre (23 ans et 59 ans), qui nous allons présenter dans ce tableau suivant :

Tableau N° : présentation de l'échantillon de la recherche :

| Échantillon | Prénom | Age | Sexe | Sa durée d'hospitalisation | Profession |
|----------------------|-----------|--------|-------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 ^{er} cas | Makhelouf | 59 ans | Homme | 10 jours | Chef d'établissement distributeur |
| 2 ^{ème} cas | Farida | 34 ans | Fille | 4 jours | Femme au foyer |
| 3 ^{ème} cas | Akila | 23 ans | Fille | Une semaine | Les cours de soutien |

3. La pré-enquête :

C'est l'étape la plus importante dans la recherche scientifique, et dans l'objectif à la connaissance du terrain d'étude, et la population des personnes atteints des différences maladies psychosomatiques.

Dans notre recherche, la pré-enquête est déroulée au sein de l'hôpital Amizour « Benmradi El Mekki », au service médecin interne dans le but de savoir les malades qui atteints de l'asthme.

Dans notre pré-enquête, on a abordé l'observation pour comprendre l'état des personnes asthmatiques et leurs attitudes, après d'avoir utilisée l'entretien

avec les trois personnes qui est permettre assembler quelques formations sur la maladie.

En effet, on a réalisé notre pré-enquête sur les trois cas le premier cas une asthmatique depuis l'enfance qui est âgée de 23 ans, et le deuxième cas Mrs Makhelouf homme marié et père de trois enfants chef d'établissement distributeur, il est asthmatique depuis 36 ans, et Mlle Farida, fille de 34 ans femme de foyer qui atteinte de l'asthme récemment, tous ces cas nous avons posé les questions sur leurs états physiologiques et psychologiques, ces malades depuis leurs maladies d'asthme sa vie changé complètement, ils trouvent souvent dans un état de déficience dans la verbalisation, et la difficulté dans sa vie quotidienne .

D'après ces malades, on a pu connaître les difficultés de la maladie et les troubles psychiques qui touchent ces personnes et d'avoir l'influence le côté psychologique sur le côté physique d'un malade.

4. La méthode utilisée :

La méthode clinique est méthode plus efficace qui permet à profonds dans l'observation, et recueillir des divers données, connaîtront le contenu des cas, et la compréhension des conflits psychologiques chez l'individu à partir de son histoire antérieure, arrivant à sa vie actuelle, et cela se fait par l'intermédiaire de tout ce que on a appelé « étude de cas ».

L'étude de cas :

Elle consiste en observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas naturellement au cœur de la méthodologie clinique est les cliniciens font souvent référence, par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire

de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanisme de défenses, ...etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issus des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignage des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet d'un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveau d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation de l'environnement et avec l'entourage, événement présents et passés.

De l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraine la situation problématique. (Khadija Charaoui et Hervé Brouny, 2003, pp, 125-126).

5. les outils de recherche :

Les outils utilisés dans notre recherche :

Nous avons utilisé en premier lieu, l'entretien clinique semi-directif, ensuite nous avons adopté pour la passation de l'échelle mesurant le degré de l'alexithymie chez les personnes asthmatiques.

5.1 L'entretien clinique :

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales : il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème. Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique, c'est terme « clinique » qui renvoie à un champ de pratiques spécifiques qui intéressent le domaine des soins en général ; ainsi l'entretien clinique est-il plus spécifiquement utilisé par les

psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes. Il peut avoir des objectifs différentes ; une visée de recherche et ou une visée thérapeutique. Selon les objectifs, la manière d'aborder l'entretien peut varier mais, quelles que soient ses modalités, un certain nombre de règles techniques restent stables, par exemple le style de conduite de l'entretien (non directivité et semi-directivité) et l'attitude du clinicien (attitude clinique : respect, neutralité et empathie). (Hérvi Bénony et Khadija Charaoui, 2013, p, 9)

L'entretien clinique est défini par Alexandre B. et ses collaborations comme « une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation ». (Alexandre B. et coll., 2005, p, 381)

5.1.1 L'entretien semi directif :

Il est également centré sur le sujet. Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochements de tête, acquiescements, répétition des fins de phrases du sujet..., Les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé ». (Chillet Léa Et Cousin Claire, 2011, p. 20)

5.1.3 L'attitude du clinicien lors de l'entretien :

La non-directivité :

Selon Rogers (2005), la notion est signifiée que le clinicien laisse le sujet s'exprimer sur le thème de l'entretien. Il l'interrompt peu, fait quelques interventions qui manifestent une écoute attentive. Dans tous les cas, il le laisse exprimer ses idées librement sans essayer de l'influencer. Pour ceci, le clinicien établit un climat de confiance : il fait preuve de compréhension, d'empathie, de respect. Cette attitude non-directive « implique que le clinicien ou le thérapeute ait confiance en son patient et dans ses capacités d'auto direction, de changement et dans ses possibilités personnelles ». En adoptant cette attitude, il va aider le patient à prendre une position de sujet : ce dernier va prendre conscience de ses difficultés et trouver par lui-même ce qu'il doit faire ou accepter pour améliorer la situation. Cette attitude est surtout utilisée dans l'entretien non-directif.

L'empathie :

Le clinicien fait preuve d'empathie : il essaye de comprendre le monde intérieur du sujet sans s'identifier à ses sentiments (peurs, angoisses, colère...). Selon Rogers, il s'agit de « sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si »... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire ». Cette compréhension empathique participe à la mise en confiance du patient.

Le respect :

Le clinicien respecte la personnalité du patient, ses valeurs, son histoire, sa culture. Il se doit également de prendre en compte et de respecter certains aménagements défensifs du patient qui ont une valeur protectrice pour lui.

La neutralité bienveillante :

Le terme vient de Freud, il signifie que le clinicien tente de montrer le moins possible ce qu'il ressent : « la neutralité, ce n'est pas seulement ne pas laisser paraître ce qu'on éprouve, c'est prendre conscience de ce qu'on éprouve et n'être pas gouverné par des réactions non contrôlées dans la compréhension du patient et dans la réponse qu'on lui donnera. ». Rogers, dans sa démarche « résolument optimiste » va même plus loin : il préconise une attention positive inconditionnelle au sujet.

L'engagement :

Dans le courant sociologique, certains auteurs abandonnent cette notion de neutralité et adoptent une attitude « d'engagement ». Selon Kaufman (2007), celui qui pose des questions doit s'engager car s'il reste dans une position neutre, son interlocuteur ne se livre pas, il n'ose pas donner son avis, ses opinions profondes. « C'est l'exact opposé de la neutralité et de la distance qui convient : la présence forte, bien que discrète, personnalisée de l'enquêteur. L'engagement peut impliquer que l'intervieweur donne son avis, réponde aux questions.

Pour que l'interviewé accepte de parler librement et sincèrement il faut que l'intervieweur soit à la fois un étranger à qui le sujet peut parler sans que cela ait d'incidence sur sa vie de tous les jours, et une personne très familière (engagement et empathie) à qui il peut tout dire. (Chillet Léa Et Cousin Claire, 2011, p. 20-21)

5.1.4 Le guide d'entretien :

Notre guide d'entretien est constitué de trois Axes :

- Un premier axe qui explore les informations personnelles des malades asthmatiques (le nom, âge, situation personnelle, niveau d'instruction, la fonction).

- Un deuxième axe qui exploré les informations sur la maladie asthmatiques, on a abordé la sante antérieur et la sante actuel de patients et les causes et les signes et les complications et l'observance thérapeutique.
- Un troisième axe nous avons abordé les informations sur le coté émotionnelles de malade asthmatique (ses relations avec l'entourage familial et l'apport d'environnement, et les réactions devant le diagnostique de médecin, et l'adaptation avec sa maladie).

5.1.5 L'échelles d'alexithymie La Toronto Scale (TAS-20)

Dans notre recherche nous avons abordé l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS 20) est un questionnaire qui a été mis au point en 1985 par une équipe canadienne (**Taylor**). La TAS comprend 26 items se répartissant en cinq dimensions qui mesurent l'incapacité à décrire ses émotions, l'incapacité à identifier ses émotions, la baisse des capacités de rêverie et les pensées tournées vers l'extérieur. Cette échelle a fait l'objet de très nombreuses traductions et d'études de validation qui ont notamment montré une reproductibilité de la structure factorielle, une validité interne satisfaisante et une stabilité temporelle (test-retest).

La version française a été mise au point par **Marie-Paule Marchand** puis publiée en 1993 ; elle a fait l'objet de plusieurs études de validation. En 1994 les auteurs ont révisé leur échelle en proposant une version plus courte à 20 items (**TAS-20**).

Confrontée à l'absence d'échelles valides pour évaluer l'alexithymie, une équipe de l'université de Toronto a développé au milieu des années quatre-vingt un programme de recherche systématique qui a permis de construire et valider une échelle à 26 items connue sous le nom de Toronto Alexithymia Scale (**TAS-20**).

Après une revue détaillée de la littérature, **Taylor, Ryan, et Bagby (1985)** ont défini cinq dimensions de l'alexithymie qui faisaient l'objet d'un consensus :

- 1- une difficulté à décrire ses états émotionnels,
- 2- une difficulté à distinguer entre sentiments subjectifs et sensations corporelles
Lors de l'activation émotionnelle.
- 3- un manque d'introspection.
- 4- du conformisme social.
- 5- un appauvrissement de la vie fantasmatique.

Des analyses factorielles ont conduit à l'élimination du conformisme qui n'apparaissait pas comme un facteur indépendant. Des analyses ultérieures ont également montré que la dimension d'appauvrissement de la vie fantasmatique était liée à une désirabilité sociale élevée. Les auteurs ont décidé d'éliminer ce facteur, bien qu'il s'agisse théoriquement d'une des composantes majeures de l'alexithymie. Suit à ces observations, une nouvelle échelle **TAS-20** a été construite.

La **TAS-20** comprend trois dimensions interprétées respectivement comme :

- La difficulté à identifier ses états émotionnels
« Souvent, je ne vois pas très claire dans mes sentiments » ou « quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère ».
- La difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui.
« J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments » ou « on me dit décrire davantage ce que je ressens ».
- La pensée opératoire.

« Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments » ou « Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent ». (Philippe Jeammet, 2003, pp. 186-187)

Il est important de noter toutefois que les corrélations entre les facteurs liés à l'identification et à l'expression verbale des émotions sont beaucoup. Dans leur article de validation de l'échelle, (1994) rapportent des corrélations de 65 et de 72 entre les dimensions de difficulté à identifier les émotions et de difficulté à exprimer verbalement les émotions. Les corrélations entre les dimensions de difficulté à exprimer verbalement les émotions et de pensée opératoire sont comprises entre 36 et 50 et elles se situent à peine entre 10 et 32 entre les dimensions de difficulté à identifier les émotions et de pensée opératoire. (Philippe Jeammet, 2003, pp.186)

6. La méthode de la passation de l'échelle :

La Toronto Alexithymia Scale 20 est actuellement l'instrument de mesure de l'alexithymie qui a fait l'objet des démarches de validation les plus complètes et les plus concluantes. Elle est recommandée à la fois pour des populations normatives et pour des populations cliniques. Elle est utilisée pour évaluer le degré de l'alexithymie chez chaque malade de notre étude. Elle est constituée de 20 items, et la cotation de chaque item se fait de 1 à 5 :

- On cote (1) s'il y a un désaccord complet.
- On cote (2) s'il y a un désaccord relatif.
- On cote (3) s'il n'y a ni accord ni désaccord.
- On cote (4) s'il y a un accord relatif.
- On cote (5) s'il y a un accord complet.

Le score total de la **TAS-20** est la somme des cotations des différents items. Ces items sont classifiés en trois facteurs:

Facteur I : exprimant la difficulté à identifier les sentiments.

Facteur II: exprimant la difficulté à décrire les sentiments.

Facteur III: exprimant la pensée opératoire.

Le facteur I : est représenté par les items suivants: Item1, item 3, item 6, item 7, item 9, item 13, item 18.

Le facteur II : est représenté par les items suivants: Item 2, item4, item11, item12, item17.

Le facteur III : est représenté par les items suivants: Item5, item8, item10, item14, item15, item16, item19, item20. Plus l'individu a un score élevé, plus il a tendance à se focaliser sur le monde extérieur plutôt que son monde interne. Il préfère parler de problèmes concrets, de faits, plutôt que de sentiments. Il n'est pas très intéressé par sa vie émotionnelle ni par celle d'autrui. Le score total correspond à la somme des scores sur les différents Facteurs:

Facteur I + facteur II + facteur III.

Plus le score total est élevé, plus l'individu est dit "alexithymique", Le cut-off clinique est fixé à 56, La moyenne dans la population générale est entre 47 et 49. (Abdelkader Akharras, 2008, pp. 3-4)

7. Procédures de recueil des données :

Dans cette partie nous formulerons les conditions du déroulement de l'enquête ainsi que les étapes qui nous a permis d'aboutir à la collecte des données tout en tenant compte de l'objectif poursuivi.

7.1 Les conditions du déroulement :

Notre stage pratique qui est divisée en deux (02) sciences, pendant la semaine, et pendant cette pratique nous n'avons trouvé aucune difficulté. Sauf l'absence d'un bureau des consultations de psychologue au sien de l'E.P.H

d'amizour, mais nous avons trouvé une salle des médecines, qui ils nous ont permis de continuer notre pratique facilement. La première séance on a mis en place un entretien semi-directif qui nous a permis d'apprendre sur : la maladie d'asthme, l'alexithymie, le coté relationnel familiale, social et la vision de l'avenir.

Dans la deuxième séance on les a consacré pour la passation de l'échelle de l'alexithymie la **TAS-20** en langue kabyle ou français pour faciliter la compréhension au patient.

7.2 Les étapes de déroulement :

Dans notre pratique l'enquête s'est déroulée en trois (03) étapes. La première étape c'est de créer un climat de confiance avec chacune de nos patients, la deuxième étape c'est la passation des entretiens avec eux, la troisième étape était l'application du test de l'échelle de l'alexithymie la **TAS-20**.

7.3 La passation des entretiens :

La première étape de la collecte des données et la passation des entretiens semi-directifs avec chaque cas, pour un objectif de lui préparer pour le test ou l'échelle de l'alexithymie la **TAS-20**.

Conclusion :

La recherche en psychosomatique, comme dans tout des autres travail de recherche scientifique, utilisé des méthodes et des techniques d'investigations qui nous permettent, à nous psychosomaticiens chercheurs de répondre aux questions que nous avons posés, et à vérifier des hypothèses que nous avons abordé tout ce qui concerne le développement de l'être humain, soit développement normal ou pathologie. A propos notre thème de recherche

l'alexithymie chez les personnes asthmatiques, nous avons opté ces techniques dans le but d'atteindre notre objectif principale, celui de vérifier notre hypothèses qu'on a élaboré notre au départ.

CHAPITRE V

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

I- Présentation et analyse des résultats :

-Cas de monsieur Makhelouf.

-Cas de mademoiselle Farida.

-Cas de mademoiselle Akila.

-Synthèse des résultats de l'échelle de l'alexithymie de la Toronto (TAS - 20)

II- Discussion des hypothèses.

Conclusion.

Préambule :

Ce chapitre est réservé pour la présentation des résultats obtenus par L'entretien semi-directif qu'on a effectué et la passation de l'échelle **la Toronto Alexithymia Scale (TAS 20)**, et la fin nous présenterons l'analyse et La discussion des résultats obtenus pour vérifier nos hypothèses.

I. Présentation et analyse des résultats**1. La présentation de l'entretien du premier Cas de monsieur Makhelouf :**

Monsieur Makhelouf est âgé de 59 ans, de grand taille, la peau mate, cheveux châtain, les yeux noisettes, il est le troisième d'une fratrie, de 15 enfants six filles et neuf garçons, homme marié, père de trois enfants (deux garçons, une fille), il a arrêté ses études en troisième année lycée après avoir échoué au BAC, c'est un chef d'établissement distributeur dans la poste.

Pendant l'entretien, Makhelouf se montré souriant, il s'était présenté calme, on a constaté que il est un homme croyant, influencé par la religion mais on a conclu une certaine tristesse quand il parle de sa femme et ses enfants.

2. Analyse du l'entretien**2.1 Histoire de la maladie :**

Monsieur Makhelouf est atteint de la maladie de l'asthme depuis 36 ans (1995), il a commencé a avoir des allergies à (la poussier et la peintureetc.) qui provoquaient des gênes respiratoires notamment en été, les étouffements surtout la nuit « je dormait pas la nuit car j'avais les difficultés a respirer », sa réaction face au diagnostic du médecin était choquante au début « un choc, en

dirait, j' ai reçu une bombe ! », car il n'a pas compris la maladie « je crois un asthme mortelle » mais après les explications des médecins et le suivi de traitement il a adapté avec la maladie « maintenant normal, je suis mon traitement, je travaille».

On a constaté que Le facteur de la maladie été génétique héréditaire de cote maternel « ma mère est atteinte de l'asthme », Makhelouf était hospitalisé a cause de l'asthme trois fois, et plusieurs fois a cause des autres maladies, il était hospitalisé a cause de « Typhoïde 8 jours », il était entré au coma 4 jours a cause de « AVC », paralysie, un an et demi, mais avec la rééducation de kinésithérapie et ses efforts il a pu récupérée ses activités. En plus de l'asthme Makhelouf souffre aussi de la « Thyroïde » suit un Traitement toute sa vie, et le diabète à l'âge de 41 ans.

2.2 L'alexithymie :

Durant l'entretien on a remarqué que Makhelouf est un homme optimiste et confus, le sourire ne quitte pas son visage, il trouve les mots qui correspondent bien à ses sentiments et quand en a entamé les questions de savoir ce qu'il ressent envers sa maladie d'asthme par apport à l'alexithymie, il répond directement avec la conviction que la mort est le sort de tout être humains vivants, il a dit : « nous sommes que des passagers dans cette vie ;il viendra le jour ou on va tous mourir ». Makhelouf a donné beaucoup d'importance a notre sujet de discussion, il arrive facilement a décrire ses sentiment « je rentre dans les débat avec tout le monde ».

2.3 Environnement familiale :

Monsieur Makhelouf avait eu des bonnes relations avec sa famille, surtout sa femme qui le soutien et l'aide à suivre ses traitements « je suis fier d'elle, c'est ma main droit ».

2.4 Les relations sociales :

Monsieur Makhelouf est un homme très sociable, il avait eu de bonnes relations soit avec les proches (les voisins, les cousins) soit avec les collègues.

2.3 La visions De l'avenir :

Monsieur Makhelouf a une vision positive de la vie.

3. Présentation et analyse des résultats obtenus de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) face à le premier cas :

Monsieur Makhelouf

Tableau 01 : résultats de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) face à le premier cas

| Résultats De l'échelle alexithymie cas | La difficulté à identifier Ses états émotionnels | La difficulté à Décrire Ses états émotionnels à autrui | La pensée opératoire | Total | Degré de l'alexithymie |
|--|--|--|----------------------|-------|------------------------|
| Makhelouf | 17 | 13 | 28 | 58 | Elevé |

Les résultats obtenus indiquent que Makhelouf présente une alexithymie élevé 58 degré.

Par apport aux sous échelles, il à obtenu un faible score dans l'échelle de difficulté à identifier ses états émotionnels (17).

Les résultats de Makhelouf montrent le degré faible aussi dans l'échelle de la difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui (13), et le score élevé dans la pensée opératoire (28) par apport à la maladie, comme il a une vision positive de la vie. Par ce que c'est une personne qui a l'espoir de guérir et de vivre encore plus avec sa petite famille.

Résumé du cas

Makhelouf, homme âgé, compréhensif, il est endurant, les résultats qu'on a obtenus pendant l'entretien montrent que Makhelouf souffre d'une Alexithymie élevée, malgré qu'il montre le contraire pendant l'entretien.

2. présentation de l'entretien du deuxième cas Farida :

Farida est une jeune fille célibataire âgée de 34 ans, a la peau brune et les yeux marron, de grand taille, un peu grosse ,elle est l'ainée d'une fratrie de cinq enfants, deux garçons et trois filles, elle a un niveau d'instruction sixième année primaire ,femme au foyer .

Le discours avec Farida était bien élaboré et structuré, elle s'exprime sans complexe.

2. Analyse du l'entretien

2.1 Histoire du la maladie :

Mademoiselle Farida est atteinte de l'asthme depuis 6 mois, d'après elle commence des allergies avec contraction de la cage thoracique, nous avons constate que la patiente Farida n'a aucun problème de sante durant son enfance, sauf quelque angines et la grippe, elle n'a jamais hospitalise avant « la première fois je rentre a l'hôpital, en plus a cause de cette maladie l'asthme », aucun réaction devant l'annonce de diagnostic des médecins.

De plus de l'asthme Farida a développée la tension, mais l'asthme le plus dominant.

2.2 Alexithymie :

Pendant l'entretien on a remarqué que Farida a accepte facilement sa maladie, quand on à entame les questions sur l'alexithymie par apport a sa maladie d'asthme sa réponse « normale, je ne suis pas la seul qui atteint cette maladie », elle décrire ses sentiments a autrui facilement « je parle sons complexe avec tout le monde », mais l'échelle montre le contraire Farida obtenu un score très élevé (63).

2.3 Événement familiale :

Mademoiselle Farida a de bonnes relations avec sa famille, elle est la plus favorite de ses parents surtout a sa maman, comme elle a dit sa maman « je compte beaucoup sur elle en tant que l'innée de fratrie ».

2.4 Relation Social :

Mademoiselle Farida est une fille sociable, elle a de bonnes relations avec ses proches et ses amis et ses voisins surtout sa cousine « je me confie à ma cousine Nadia ».

2.5 La vision De l'avenir :

Farida espère guérir de sa maladie, et de se stabiliser « je suis comme toutes les filles je veux construire une famille ».

3. Présentation et analyse des résultats obtenus de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) face à deuxième cas :

-Mademoiselle Farida

Tableau 01 : résultats de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) face à deuxième cas :

| Résultats de l'échelle De alexithymie | La difficulté à identifier Ses états émotionnels | La difficulté à Décrire Ses états émotionnels à autrui | La pensée opératoire | Total | Degré d'alexithymie |
|---------------------------------------|--|--|----------------------|-------|---------------------|
| Cas | | | | | |
| Farida | 15 | 18 | 30 | 63 | Très Elevé |

D'après les scores obtenus et présentés dans le tableau ci-dessus, Frida a une Alexithymie très élevé 63 degré.

D'après les sous échelles, il a obtenu un score élevé dans l'échelle de pensée opératoire (30) et le score élevé dans l'échelle de la difficulté a décrire ses états émotionnels a autrui (18), et le score faible aussi dans l'échelle de la difficulté a identifier ses états émotionnels (15).

Résumé de cas

Les résultats de mademoiselle Farida montre le degré très élève de l'alexithymie dans sa réaction face a la maladie, malgré ca, elle a une vision positive à la vie, elle veut continuer sa vie normale avec sa famille et ses proches.

1. La présentation de l'entretien du troisième Cas de mademoiselle Akila :

Akila une jeune asthmatique, âgée 23 ans (1994), de taille moyen, maigre, brune avec des yeux marron, et des cheveux noire, elle est la 8 éme de la fratrie, un garçon et 7 filles, elle est fiancée, elle a arrêté ses études en troisième année lycée, après avoir échouée 3 fois dans l'épreuve de BAC, Akila à suivi des formations, (la comptabilité, et éducatrice du crèche), elle fait des cours supplémentaires a la maison.

Pendant notre entretien, elle s'est présentée mystérieuse, calme, elle se montrait malheureuse et triste, mais elle a la difficulté à s'exprimer. Elle répandait selon la question, a eu des épisodes du silence.

2. Analyse de l'entretien

2.1 Histoire du la maladie :

Akila est une patiente de service de médecine interne atteinte de maladie de l'asthme depuis l'enfance à l'âge de 3 ans, la cause de cette maladie c'est l'insuffisance des soins maternels durant son enfance, elle avait souvent la fièvre, la toux et la difficulté de respirer quand il ya un changement du climat, mais avec les soins médicaux elle a guéri.

A l'âge de 11 ans la maladie est revenue à nouveau, après le diagnostic de médecin, elle est asthmatique, elle dit avoir reçu un choc « c'est un choc », on a remarque aussi une inobservance médicamenteuse « je ne prends pas toujours mon traitement, des fois j'oublie de le prendre », a propos de la cause de la maladie c'est héréditaire elle nous a dit que son grand père maternel et sa grand mère paternelle et l'un de ses sœurs avaient eu cette maladie d'asthme.

En plus de l'asthme Akila avait eu le colon, mais l'asthme c'est le plus dominant et gênant « l'asthme me gêne surtout en été pendant la nuit ».

2.2 Alexithymie :

Durant l'entretien mademoiselle Akila paraissait triste et frustrante en racontant son vécu, lorsque en a posé les questions a propos de l'influence de la maladie avec sa relation (ses sentiments) avec son futur marie, elle avait gardé son silence avec la pâleur, elle n'arrive pas a décrire ses sentiments, après quelques minutes elle répondait « des moments... », Elle évite la discussion.

2.3 Événement familiale :

La relation de Akila avec sa famille est perturbée notamment avec sa mère « je me dispute toujours avec ma mère ».

2.4 Relation Social :

Akila vit dans un environnement conflictuel, elle avait de mauvaises fréquentations avec ses proches et ses amis, elle trouve les difficultés à communiquer avec les autres, elle préfère rester tout seul

On a remarqué un isolement de la part de mademoiselle Akila envers les autres (sauf son fiancé).

2.5 Vision général de la vie :

Akila avait eu une vision négative de la vie et de l'avenir, « ah, la maladie est un obstacle dans ma vie », « je ne pense pas a vivre une longue vie ! ».

3. Présentation et analyse des résultats obtenus de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) face à troisième cas :

Mademoiselle Akila

Tableau 01 : résultats de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) face à troisième cas

| Résultats Du l'échelle alexithymie cas | La difficulté à identifier Ses états émotionnels | La difficulté à Décrire Ses états émotionnels à autrui | La pensée opératoire | Total | Degré de l'alexithymie |
|--|---|--|----------------------------|-------|---------------------------|
| Akila | 22 | 13 | 38 | 73 | Très élevé |

D'après les scores obtenus et présentés dans le tableau ci-dessus, Akila a une Alexithymie très élevée d'un degré de 73.

D'après les sous échelles, il a obtenu un score très élevé dans l'échelle de pensée opératoire (38) et le score faible dans l'échelle de la difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui (13) et le score élevé dans l'échelle de la difficulté à identifier ses états émotionnels (22).

Résumé de cas

Les résultats de mademoiselle Akila montre le niveau très élevé de l'alexithymie dans sa réaction face à la maladie, à cause de cette maladie elle a une vision négative à la vie, elle ne croit pas vivre une longue vie.

II. Discussion des hypothèses :

Pour parvenir à similaire nos résultats obtenus, on a utilisé deux outils d'investigations à savoir les résultats de l'échelle **Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) de Taylor, Ryan, Bagby, Parker (1994)**, et l'entretien clinique semi-directif, avec notre hypothèses

La première hypothèse partielle

Notre première hypothèse partielle était :

Certaines personnes asthmatiques ont la difficulté à identifier leurs états émotionnels.

La deuxième hypothèse partielle était : Certaines personnes asthmatiques ont la difficulté à décrire leurs états émotionnels à autrui.

La troisième hypothèse partielle était : certaines personnes asthmatiques ont des manifestations significatives des pensées opératoires.

Ces hypothèses peuvent confirmer dans tous les cas que nous avons obtenu, les scores suivent dans le tableau N°4 :

Tableau N°04 : Tableau résumant les résultats de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) de Taylor, Ryan, Bagby, Parker

| Résultats Du l'échelle alexithymie cas | La difficulté à identifier Ses états émotionnels | La difficulté à Décrire Ses états émotionnels à autrui | La pensée opératoire | Total | Degré de l'alexithymie |
|---|--|---|----------------------------|-------|---------------------------|
| Makhelouf | 17 | 13 | 28 | 58 | Elevé |
| Farida | 15 | 18 | 30 | 63 | très élevé |
| Akila | 22 | 13 | 38 | 73 | Très élevé |
| Le moyen | 18 | 14,66 | 32 | 64,66 | Très Elevé |

D'après ce tableau, on a remarqué que les résultats obtenus concernant l'alexithymie se diffère d'un cas l'autre le score plus élevé est marqué par le cas Akila (73), et le score d l'alexithymie élevé celui de Makhelouf (58) et Farida (63).

En effet les trois cas sont présentés à l'hôpital avec un asthme, et les difficultés à décrire et identifier leurs émotions est remarquable chez ces patients et les résultats obtenus de la passation de l'échelle de l'alexithymie le niveau très élevé de l'alexithymie notamment chez mademoiselle Akila.

Toutes les personnes atteintes d'une maladie somatiques notamment l'asthme, n'ont pas la même capacité à décrire et identifier leurs états émotionnels, donc l'alexithymie ce diffère d'un malade asthmatique a l'autre.

Effectivement nos trois (03) cas ont confirmés notre hypothèse, ils ne sont pas dotés de même niveau d'alexithymie, à partir de l'entretien et notamment à partir du **Toronto Alexithymia Scale (TAS 20)**, on les résume comme suit :

Monsieur Makhelouf : A propos de l'hypothèse de l'alexithymie de Makhelouf, il est atteint d'une alexithymie élevée, apparue dans les réponses de l'échelle « **TAS 20** », Malgré que Makhelouf durant l'entretien décrit facilement leurs états émotionnels, le discours était bien élaboré et structuré, et montre aussi la richesse de la qualité de mentalisation et les rêves, mais l'échelle de **TAS-20** montre le contraire que Mr Makhelouf utilise le mécanisme de refoulement ses sentiments internes, et les mécanismes d'annulation ses états émotionnels et ses pensées négatives à propos de leurs maladies, et montre aussi une certitude carencée, ses activités fantasmatisques et ses représentations qui apparaissent dans la désorganisation progressive suivent plusieurs maladies.

Il avait une réactivation des pensées opératoire « Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments ».

Mademoiselle Farida : concernant l'hypothèse de l'alexithymie de Melle Farida est confirmée, elle est dotée d'une alexithymie très élevée apparue premièrement au cours de l'entretien et du contenu de l'échelle de « **TAS-20** », Malgré que Farida vit dans un environnement favorable et la prise en charge médicale et la qualité de mentalisation incertaine et une certaine richesse fantasmatisque et ses rêves, mais elle est atteinte d'une alexithymie très élevée, Farida avait une réactivation moyenne dans la difficulté à identifier et décrire leurs états émotionnelles « souvent je ne vois pas très clairement dans mes sentiments, et quand je suis bouleversée je ne sais pas si je suis triste, effrayée, ou en colère », et bon réactivation de pensées opératoire « je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments », « cherche le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir ils procurent ».

Mademoiselle Akila : relatif à l'hypothèse confirme d'alexithymie Akila montre une alexithymie très élevé, qui est apparue au cours de l'entretien, on a remarqué qu'elle possède le mécanisme d'évitement ses conflits interne, et le mécanisme de refoulement car Akila avait eu la difficulté à décrire ses états émotionnels, même n'avait pas à trouver les mots correspondant pour exprimer leurs sentiment interne « car elle avait un blocage des mots », « elle répondait par des mimique ou bien par (oui ,non) », et la qualité de mentalisation est mauvaise qui montre dans la vision a l'avenir, Akila possède aussi un mécanisme d'isolement qui apparait dans les mauvaises fréquentations soit avec la famille soit avec ses proches, une faible réactivation émotionnelle « je retrouve beaucoup de difficultés a parler de mes sentiments ». Et la haut réactivation des pensées opératoire.

Effectivement nos trois (03) cas ont confirmé notre hypothèse, le cas Akila et Farida, présentent une alexithymie très élevée, et le cas Makhelouf présente une alexithymie élevée.

Sur la base de nos hypothèses partielles nous avons confirmé l'hypothèse générale qui est « Certaines personnes asthmatiques ont des manifestations significatives de l'alexithymie »

D'après tous les cas on a obtenue un score global très élevé de (64,66), ce qui signifie que notre hypothèse est confirmée.

Cette dernière est confirmée par les manifestations significatives des patients pendant l'entretien, (refoulement, évitement, isolement, ...etc.), notamment les sous échelles de notre instrument de mesure, telle que la pensée opératoire, le cas qui atteint le score très élevé sont mademoiselle Akila et mademoiselle Farida.

Le malade asthmatique commence à manifester de nouveaux comportements et réactions qui sont adaptés à son état, on peut dire que le malade peut avoir des sentiments qui affectent ses pensées, leurs croyances et comportements, réciproquement les pensées et les comportements affectent la nature des émotions.

En parallèle tous les phénomènes respiratoires normaux et l'alexithymie manifestent un conflit pour chaque être humain dans le monde (le cri d'exprime, la respiration l'apaise, il appelle alors la mère le cordon aérien).

Les situations observées chez les personnes asthmatiques qui retrouvent alexithymie dans les manifestations anarchiques respiratoire signifiant toujours vital-biologique-psychique d'expression particulière puisque phénomène de blocage, gênant précisément la libération de l'expression émotionnel.

Tableau N°5: Confrontation des résultats obtenus à partir de l'échelle Toronto Alexithymia Scale (TAS 20) et les entretiens avec l'hypothèse.

| Cas résultats obtenus | Makhelouf | Farida | Akila |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Niveau de L'alexithymie | Confirmé | Confirmé | Confirmé |

Dans ce tableau ci-dessous, on a montré les résultats obtenus de nos cas asthmatiques et aussi le niveau remarquable de l'alexithymie, on a constaté qu'il y a un rapprochement entre le degré de l'alexithymie.

Tous les cas qui présentent un niveau d'alexithymie très élevé est celui de « Akila et Farida » et le niveau élevé est celui « Makhelouf » ce qui confirme notre hypothèse.

Pour conclure, le résultat obtenu par nos outils de recherche nous a aidé à confirmer que les patients asthmatiques présents à l'hôpital d'Amizour présentent une alexithymie et que son niveau diffère d'un patient à l'autre selon sa situation personnelle, les fonctionnements mentaux, l'observance médicale, le côté somatique et aussi selon leurs environnements favorable au défavorable peuvent augmenter le niveau d'alexithymie.

CONCLUSION

GENERALE

Conclusion :

Dans notre travail de recherche nous avons abordé l'un des troubles majeurs qui touche les malades qui sont atteints d'une maladie asthmatique qui est l'Alexithymie.

La maladie d'asthme est une maladie respiratoire chronique multifactorielle (psychologique, environnementale, génétique...etc.) Qui montre des différents symptômes (les toux, les difficultés à respirer, sifflement...etc.) et qui apparait en plusieurs formes cliniques (asthme à dyspnée continue, instable, nocturne, saisonnier, asthme émotionnel et psychique...etc.), qui a besoin d'une meilleure rééducation et prise en charge médicale et psychologie précoce et vigilante. Pour la diminution de mortalité et éviter le développement d'autres complications.

A partir des résultats obtenus à travers l'analyse des trois cas, de différents âges entre (23 ans,59 ans) qui constituent l'échantillon de notre étude, on a pu retenir que l'alexithymie chez les personnes asthmatiques, caractérisée par de divers degrés qui se manifestent par ; une alexithymie très élevée et alexithymie élevée, ses manifestation regroupées en trois axes; la difficulté à identifier ses états émotionnels et la difficulté à décrire ses états émotionnels à autrui, et la pensée opératoire, on a remarqué l'absence des cas qui illustrent un degré moyen et faible et très faible, car le nombre de cas étudié et très limité « trois cas ».

Afin de réaliser notre recherche, on a suivi une méthode et on a abordé des instruments de recherche qui correspondent aux informations recherchées. Dans notre recherche on a utilisé la méthode clinique et l'étude de cas.

Pour la collecte des données, on à utilisé l'entretien semi-directif et l'échelle Toronto « **TAS 20** » de **Taylor** pour mesurer le degré d'alexithymie chez les personnes asthmatique au sein de l'E.P.H d'Amizour.

D'après l'analyse des données, on a trouvé que la majorité de nos cas (02) ont un niveau d'alexithymie très élevé, et une (01) à un niveau élevé, Ce qui confirme notre hypothèse qui suppose que certaines personnes asthmatiques ont un niveau d'alexithymie très élevé.

L'objectif de notre recherche, c'est de savoir si les personnes asthmatiques présente une Alexithymie et à quelle niveau se trouble peut influencer sur le côté somatique et psychique de ses patients. Malgré que nos hypothèses sont confirmés à propos l'alexithymie chez les patients qui atteints d'une maladie asthmatique mais reste toujours le sujet de recherche de plusieurs chercheurs en psychosomatique, car l'alexithymie chez les malades asthmatiques porte une nouvelle vision dans le monde psychosomatique.

Bibliographie

La Liste Bibliographique

La Liste Des Ouvrages

1. Akharraz Abdelkader, (2008), « **Alexithymie, Depression, Dans Les Dermatoses** », Thèse De Doctorat De Médecine Et Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech.
2. B Alexander, (2005), « **Psychologie Clinique Et Psychopathologie** », Bruxelles, Edition Bréal.
3. Besche Richrd-, Buncener Catherine (2006) « **psychopathologies, émotions et neurosciences** » Ed Belin, Paris.
4. Bousquet Jean, GODARD Philippe, François-Bernard MICHEL, (1993), Edition Marketing, Paris.
5. Charaoui Khadija, Hervé Bénony, (1999), « **L'entretien Clinique** », Ed Dunod, Paris.
6. Charaoui Khadija, Hervé Bénony, (2003), « **Méthodes Evaluation Et Recherches En Psychologie Clinique** », Ed Dunod Paris.
7. D. Aid Patricia (2015), « **Alexithymie Et Perception De La Satisfaction Conjugal Et De La Violence Entre Partenaires Intimes** » thèse De Doctorat En Psychologie, Université Du Québec À Montréal.
8. Dr. Gilles Darneau, (2015), « **l'asthme** », Article De Pneumologie, France.
9. Dutau Guy Didier, Alain, (2005), « **L'asthme Sévère** », Editions John Libbey Eurotexte, Paris.

10. Delvaux Muriel, (2002), « **Hyperventilation, Anxiété Et Perception De La Dyspnée Chez Les Asthmatiques Légères à Modérés** », Thèse De Doctorat, Université de Liège.
11. Étienne Parizo-François, (1835), « **L'asthme** », Thèse De Doctorat En Médecin, Faculté De Médecine De Paris.
12. Grangaud, P. (2001), « **Santé Et Environnement** », Revue De Santé-N°05, Alger.
13. Géraldine Moulin Therdnnd Béatrice, (2011), « **L'ENTRETIEN CLINIQUE : Un nouvel outil au service de la pratique orthophonique** », Université Claude Bernard Lyon 1, paris.
14. .Jeammet Philippe, (2003) « **Psychopathologie De L'alexithymie** » Ed Dunod, Paris.
15. Loas, G (2010) « **L'alexithymie** », Revue, Psychiatrique, Elsevier Masson, France.
16. Loas, G (2012) « **L'alexithymie** », Revue, Psychiatrique, Elsevier Masson, France.
17. Monnier Grégory, (2011), « **Dépression, Alexithymie Et Personnalité** », Thèse De Doctorat, Université De Limoges, Faculté De médecine.
18. Marty P. (2004), « **La Psychosomatique De L'adulte** », Paris, Edition PUF.
19. Ouellet, Rosalie (2011), « **Caractérisation De L'alexithymie Chez Les Personnes Atteintes De Schizophrénie En Début D'évolution** », Thèse De Doctorat En Psychologie, Université De Laval, Québec.

20. Poveromo Céline, (2002), « **Les Patients Asthmatiques Et Leur Prise En Charge Ontologique** », Thèse De Doctorat En Chirurgie Dentaire, Université Henri Poincare - Nancy 1.

21. Ph.D (2011) « **Caractérisation De L'alexithymie Chez Les Personnes Attient De Schizophrénie En Début D'évolution** », Thèse De Doctorat En Psychologie, Université Laval, Québec.

22. Pham Van Linh, (2010), « **De La Vie Et De La Santé** », Thèse De Doctorat En Science, Université De Paris Pescartes.

23. Pr Janine Brun, Dr V. Fontaine, (2012), « **La revu Du Praticien** », Paris.

24. Trombini, Giancarlo, Baldoni Franco (2005) « **La Psychosomatique** » Ed In Press, Paris.

Liste Des Dictionnaires :

25. Jeuge-Maynard I. Et al. (2010), « **Le Petit Larousse De La Médecine** », Paris, Édition, Larousse.

26. Larousse, (2000), « **Grand Dictionnaire de la psychologie** », Edition Larousse, Paris.

27. Quevauvilliers Jacques, (2003), « **Dictionnaire Médical** ».

28. Sillamy, Norbert (1999), « **Dictionnaire De Psychologie** », Edition Larousse, Paris.

Les Sites Internet :

29. (<http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/>). Consulté Le 28/04/2018) A 14 :38.

ANNEXES

Guide d'entretien

AXE 1 : les informations personnelle

Nom :

Prénom :

Âge :

Situation personnelle : marié célibataire divorcé veuf /veuve

Nombre des frères et des sœurs :

Fonction :

AXE 2 : les informations sur la maladie asthmatique

- Pouvez- vous me dire depuis quand vous êtes asthmatiques ?
- Avez-vous souvent des bronchites ?
- Vous vous soufflez facilement ou à l'effort ?
- Avez-vous des crises d'étouffement pendant la nuit ?
- Avez-vous déjà hospitalisé ?
- Avez-vous quelqu'un dans votre famille atteint de cette maladie ?
- Avez-vous d'autre maladie que l'asthme ?
- Est-ce-que vous avez utilisé l'appareil Aérosol ?

Axe 03 : l'information sur la cote émotionnelle

- Quelle est votre réaction lorsque vous avez entendu le diagnostic de médecin ?
- Cette maladie vous fait-elle peur ?

- Si, oui, pourquoi ?
- Avez-vous un membre de la famille ou un ami qui prend soin de vous ?
- Est-ce-que votre l'asthme vous dérangez dans votre communication ?
- Si, oui, pourquoi ?
- Sentez-vous un changement dans votre vie ?
- Est-ce-que l'asthme vous gêne dans votre relation avec (la famille, les amis, l'entourage) ?
- Est-ce-que il y'a un changement d'attitude des membres de la famille et des amis ?
- Y'a-t-il un soutien psychologique de la part de la famille ? et vos amis ?
- Avez-vous un projet à l' avenir ?

Questionnaire TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)

Nom : Prénom : Scor total :

DIF : DDF : OEF :

| | Date de passation le test : / / /2018 | 1 Désaccor d complète | 2 Désaccor d relatif | 3 ni accord ni désaccord | 4 Accord relatif | 5 Accord complet |
|---|--|--|---|---|---|---|
| 1 | Souvent je ne vois pas très claire dans mes sentiments. | | | | | |
| 2 | j'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments. | | | | | |
| 3 | J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux même ne comprennent pas. | | | | | |
| 4 | J'arrive facilement à décrire mes sentiments. | | | | | |
| 5 | Je préfère analyse les problèmes plutôt que de me | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | contenter de les décrire. | | | | | |
| 6 | Quand je suis bouleversé(e) par des sensations ou niveau de mon corps. | | | | | |
| 7 | Je suis souvent intrigué(e) par des sensations ou niveau de mon corps. | | | | | |
| 8 | Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pour quoi elles ont pris ce tour. | | | | | |
| 9 | J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier. | | | | | |
| 10 | Etre conscient de ses émotions est essentiel. | | | | | |
| 11 | Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens. | | | | | |
| 12 | On ne dit de décrire d'avantage ce qui je ressens. | | | | | |
| 13 | Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi. | | | | | |
| 14 | Bien souvent, je ne sais pas pour quoi je suis en colère. | | | | | |
| 15 | Je préfère parler aux gens de leurs activités. | | | | | |
| 16 | Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des filme dramatiques. | | | | | |
| 17 | Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | proches. | | | | | |
| 18 | Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence | | | | | |
| 19 | Je trouve outil d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels. | | | | | |
| 20 | Recherche les sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent. | | | | | |

Résumé :

L'asthme est une maladie respiratoire chronique multifactorielle montre des différents symptômes qui apparait en plusieurs formes clinique, a besoin d'une meilleure rééducation et prise en charge médical et psychologie précoce Cette maladie provoque des troubles psychologique et des diverses maladies psychique telle que l'anxiété, la dépression, l'alexithymie.

Notre travail de recherche est déroulée au sein de l'hôpital « Ben Mrad el maki » Amizour au service de médecine interne étude sous le thème «alexithymie chez les personnes asthmatiques ».

Réaliser le cadre pratique relatif à notre objet de recherche, nous avons utilisé la méthode clinique qui nous permettons à profonde dans notre observation et recueillir des diverses données. Ensuite nous avons adopté l'entretien clinique semi-directif et la passation de l'échelle d'alexithymie la Toronto Scale (**TAS-20**) pour mesurer le degré de l'alexithymie chez certains personnes asthmatiques.