

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/325664680>

# Personnalité et troubles somatiques

Article in L Encéphale · June 2018

DOI: 10.1016/j.encep.2018.02.002

---

CITATIONS  
0

READS  
46

---

1 author:



jean-michel darves-bornoz  
Paris University Hospital, France

34 PUBLICATIONS 641 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

 Project Liaison psychiatry [View project](#)

 Project Ethics in psychiatry [View project](#)



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Revue de la littérature

## Personnalité et troubles somatiques

*Personality and somatic disorders*

J.-M. Darves-Bornoz

Unité ambulatoire de psychiatrie de liaison, hôpital Beaujon (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), 100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France



### INFO ARTICLE

*Historique de l'article :*  
Reçu le 17 juillet 2017  
Accepté le 12 février 2018  
Disponible sur Internet le 8 juin 2018

*Mots clés :*  
Personnalité  
Alexithymie  
Trouble somatique  
Psychosomatique  
Dissociation somatoforme

### RÉSUMÉ

Depuis quarante ans, un courant de pensée a attiré l'attention des cliniciens avec pertinence sur les particularités psychiques de malades somatiques graves. Cependant, le renouveau du champ ancien des relations entre corps et psychisme (Briquet, Charcot, Janet et jeune Freud) conduit à réévaluer le sens des observations. Ce réexamen est balisé par plusieurs assertions. Deux fonctionnent comme des préliminaires d'argumentation : 1. les blessures existentielles peuvent générer des altérations durables de la personnalité ; 2. les blessures existentielles peuvent générer des troubles somatoformes. Deux thèses émergent dès lors : 1. les maladies somatiques peuvent générer des altérations durables de la personnalité ; 2. à ce jour aucune personnalité pré morbide prédisposant de manière univoque aux troubles somatiques n'a pu être isolée. Cette dialectique conduit au rapprochement de deux assertions corolaires : 1. la « pensée opératoire » ou « alexithymie » des malades somatiques pourrait ne représenter qu'un effet de l'annonce de la maladie organique ou de sa chronicité ; 2. la vieille « hysterie dissociative » avec manifestations somatiques trouve son substrat dans des blessures existentielles et non dans une personnalité prétraumatique. Malgré leurs différences, symptôme psychosomatique et conversion partagent dès lors la propriété d'être une réponse primitive à des blessures existentielles dans lesquelles le sujet ne peut produire aucune réponse appropriée – psychique ou comportementale – à sa détresse.

© 2018 L'Encéphale, Paris.

### ABSTRACT

*Keywords:*  
Personality  
Alexithymia  
Somatic disorder  
Psychosomatics  
Somatoform dissociation

In the title of this text, by somatic disorders we mean those physical illnesses clearly related to a non-psychiatric medical field, frequently termed psychosomatic illnesses and somatoform disorders. For forty years, a trend of thought has focused with pertinence on the psychological peculiarities in patients with severe somatic diseases. Moreover, causality was often supposed in the regularly mentioned association between personality features and somatoform disorders. However, the revival of the study of the earlier field of relationships between mind and body by Briquet, Charcot, Janet and Freud in his first period has led to the reassessment of the meaning of these observations. This reexamination is marked out by several assertions. Two of them work as preliminaries to argumentation: 1. existential wounds may produce long-lasting personality alterations; 2. existential wounds may produce somatoform disorders. These phenomena have been rediscovered over the last few years among assaulted subjects as well as war veterans in whom a frequent occurrence of somatizations has been, in addition, closely linked to the incidence of behavior or personality disorders. Two theses then emerge: 1. somatic diseases may produce long-lasting personality alterations; 2. until now no premorbid personality univocally predisposing to somatic diseases could be found. Indeed, during the 1980s a growing body of negative results coming from retrospective and prospective studies as well as anatomical comparisons have accumulated upon the potential role of certain personality factors in the incidence of somatic illnesses. This dialectic leads to the connection of two corollary assertions: 1. "pensée opératoire" and "alexithymia" in patients with

somatic diseases may represent only an effect of the announcement or chronicity of the organic disease; 2. the old “dissociative hysteria” with somatic manifestations finds its substratum in existential wounds and not in pre-trauma personality. Indeed, on the one hand, recent publications do not allow the assertion to be confirmed that alexithymia and “pensée opératoire” predispose to somatizations. On the other hand, personality disorders in subjects with “dissociative hysteria” as well as their somatoform symptoms appear mainly as an effect of an existential wound and express in fact the Janetian concept of “a drop in Psychological Tension”. Then, in spite of their differences, conversion and psychosomatic symptoms share the property of being a primitive response to existential wounds in which the subject cannot produce any appropriate psychic or behavioral response to his distress. Light is shed on these phenomena when put alongside the field of “fixed ideas” thought of by Pierre Janet as the recourse to archaic automatisms. Indeed, the experience which contradicts the vision of existence provokes an “unspeakable terror”. It is mentally unrepresented or represented in too slight a way. In such cases, no previous personality prevails, but the resulting personality often appears modified, including when the breakdown of vision of the existence results from the diagnosis of an illness or its protracted course.

© 2018 L'Encéphale, Paris.

Dans le titre de ce texte, nous regroupons sous le vocable de troubles somatiques, les maladies physiques clairement revendiquées par une discipline médicale non psychiatrique, les maladies réputées avoir une importante valence « psychosomatique » et les troubles somatoformes. Ces derniers sont délimités et dénommés de manière variable selon les auteurs et les classifications : « troubles somatoformes » pour une part et « troubles dissociatifs [de conversion] » pour une autre part pour l'Organisation mondiale de la santé [OMS] [1]; uniquement « troubles somatoformes » pour la nosologie américaine [2]. Le terme historique de conversion rappelé pour mémoire en sous-titre des catégories de l'OMS, s'il présente l'avantage de représenter une réalité sémiologique bien connue des cliniciens, suggère par contre un mécanisme étiologique contesté par de nombreux spécialistes [3].

L'association de troubles somatiques ou somatoformes à des dysharmonies de la personnalité est régulièrement évoquée depuis P. Briquet [4], J.-M. Charcot [5] et P. Janet [6]. Le désir d'attribuer une valeur de causalité à cette association a souvent été fort [7].

Depuis les premières études de Pierre Marty et Michel de M'Uzan [8], il est habituel de voir opposer les conversions aux symptômes psychosomatiques pour deux raisons. D'abord, la conversion regorgerait parfois de symbolique [9], là où le symptôme psychosomatique semblerait le plus souvent dépourvu de sens. Ensuite, la conversion ressortirait d'une personnalité prédisposée, la “personnalité hystérique” (ou “structure hystérique”), là où le symptôme psychosomatique résulterait d'une autre prédisposition, la “pensée opératoire”, catégorie très proche de l’“alexithymie” de Sifneos [10]. Notre texte contourne la question du sens du symptôme physique et met en avant la question de savoir si cette psychosomatique ne serait pas une « science » sans objet. Freud [9] n'écrivait-il pas de manière définitive « qu'un traumatisme peut provoquer une dissociation des systèmes de représentation ».

Dans ce texte, deux thèses documentées sont exposées :

- les maladies somatiques peuvent générer des altérations durables de la personnalité ;
- à ce jour aucune personnalité pré morbide prédisposant de manière univoque aux troubles somatiques n'a pu être isolée.

Deux assertions étayées par des études multiples serviront de préliminaires pour l'argumentation de ces thèses :

- les blessures existentielles peuvent générer des altérations durables de la personnalité ;
- les blessures existentielles peuvent générer des troubles somatoformes.

Par des recherches sur des facteurs tiers entre troubles somatiques et personnalité, au premier rang desquels les blessures existentielles, nous avons donc été amenés au bout du compte, dans deux résultats, d'une part à promouvoir jusqu'à leurs conséquences ultimes les conceptions historiques de Briquet, Charcot, Janet et de Freud dans sa première période et d'autre part, à réinterpréter la clinique de Pierre Marty :

- la vieille « hystérie dissociative » avec manifestations somatiques trouve son substrat dans des blessures existentielles et non dans une personnalité prétraumatique ;
- la « pensée opératoire » ou « alexithymie » chez des patients atteints de maladies somatiques pourrait ne représenter qu'un effet de l'annonce de la maladie organique ou de sa chronicité.

## 1. Les blessures existentielles peuvent générer des altérations durables de la personnalité

La genèse d'altérations durables de la personnalité chez des sujets impliqués dans des adversités existentielles a été si bien établie par des études récurrentes, confirmées ultérieurement en France avec des rescapés de prise d'otages [11] ou d'inceste [12], que la classification internationale des troubles mentaux [1] retient des catégories de modification durable de la personnalité après une expérience existentielle d'effroi ainsi que de deuil, de douleur chronique ou de maladie psychiatrique. Vivre des blessures existentielles, notamment lors d'expériences de terreur, favorise l'apparition de traits d'alexithymie [13–16]. Ces altérations durables de personnalité diffèrent de l'impact généralement réversible des réponses émotionnelles ou comportementales intercurrentes de détresse – de l'ordre de la peur, de la tristesse, de la colère ou de la violence par exemple – sur les modes habituels de pensée, de ressenti et d'action du sujet. En effet, ces réponses transitoires révèlent fréquemment, au contraire, une volonté du sujet et une capacité de l'être d'élaborer une nouvelle conception du monde incluant les adversités existentielles qui l'ont blessé.

## 2. Les blessures existentielles peuvent générer des troubles somatoformes

L'idée d'une psychogenèse de troubles somatoformes, y compris ceux classiquement dénommés « conversions » ou décrits comme « psychosomatiques », recouvre des observations anciennes, souvent oubliées, qui mentionnèrent des antécédents adverses en grand nombre chez des sujets ayant des manifestations somatoformes dénommées “hystérie” (chez Briquet), “hystérie traumatique” (chez Charcot), “dissociation hystérique” (chez

Janet), "neurotica" (chez Freud) ou "névrose de guerre" (chez Ferenczi). Ferenczi qui dirigeait un service de neurologie d'un hôpital militaire pendant la première guerre mondiale, avait été confronté à des malades qui souffraient de manière évidente de troubles émotionnels dus à la guerre. Dans son article deux types de névroses de guerre (Hystérie), il ne pouvait que constater que les pseudoparalysies observées chez les soldats résultaient « de la fixation traumatique de l'investissement psychique sur un côté du corps, c'est-à-dire d'hystérie » [17]. Ces expériences de la « grande guerre » furent si mémorables qu'en France, pendant plusieurs décennies, les psychiatres militaires maintinrent actif le champ du trauma [18,19] qui tombait en déshérence dans le domaine civil. Des intrications psychosomatiques s'instaurèrent aussi de manière presque universelle chez les rescapés des camps nazis [20]. Ces phénomènes ont été redécouverts ces dernières années parmi les sujets maltraités physiquement ou sexuellement aussi bien que parmi les anciens combattants chez qui la fréquente survenue de somatisations était, de plus, étroitement associée à l'émergence de troubles de conduite ou de personnalité [21–23].

### 3. Les maladies somatiques peuvent générer des altérations durables de la personnalité

Certaines maladies somatiques peuvent générer des altérations durables de la personnalité par action directe de la maladie sur le système nerveux central et non par l'impact affectif du danger ou du mal-être persistant dans un processus somatique pathologique. Ainsi, chez des sujets parkinsoniens, il avait pu être noté au début du vingtième siècle une "importunité assidue", manifestation de caractère proche de la "glyschroïdie" rapportée dans la tradition à certaines épilepsies. Chez les épileptiques précisément, des travaux récents suggèrent qu'une épilepsie focalisée dans un lobe temporal rendrait vulnérable au développement d'altérations de personnalité. Ces changements seraient en outre d'autant plus marqués que les crises sont mal contrôlées, se généralisent fréquemment et ont commencé tôt à la puberté ou avant [24]. D'autres particularités sont notées dans les tumeurs cérébrales et les accidents vasculaires cérébraux qui relèvent notamment du « syndrome psycho-organique ». Des modifications de personnalité surviennent aussi après des traumatismes crâniens ; certains d'entre eux suscitent même des spéculations du fait qu'étaient en cause des localisations dans le cortex préfrontal [25]. On connaît aussi des modifications psychiques dans la maladie de Biermer, l'hypo- ou l'hyperthyroïdie et dans d'autres endocrinopathies. Dans le cas de la sclérose en plaques, de l'agénésie du corps calleux et des callostomies chirurgicales, la dissociation entre le vécu du sujet et son atteinte somatique a même promu un des modèles organiques d'alexithymie [26–29]. Enfin, les sujets souffrant de dystonies ont longtemps vu leurs troubles qualifiés de « pithiatisme » tant ces sujets exhibaient des particularités psychiques. Pour ces situations, la classification américaine [2] a délimité une catégorie de modification de la personnalité due à une affection médicale.

Dans d'autres cas, les altérations durables de la personnalité secondaires à des maladies somatiques se constituent indirectement. Elles suivent l'épreuve émotionnelle de leur diagnostic ou de leur cours prolongé et naissent sur le mode commun à toutes les situations d'adversités existentielles. Dans la classification américaine des troubles mentaux [30] ces expériences furent d'ailleurs étalonnées comme des facteurs de stress de niveau 5 sur une échelle qui va de 1 à 6. À titre d'exemple, on peut se référer au caractère souvent difficile des enfants souffrant d'un diabète précoce ou d'une transplantation hépatique. Ces jeunes malades sont en effet particulièrement menacés parce que, à leur âge, leur identité se trouve précisément en formation. Ainsi, Kuttner et al. [31] conceptualisèrent les relations entre la personnalité en

développement des enfants diabétiques et leur maladie selon le modèle de « l'impuissance apprise ». De manière voisine, souffrir d'une acné engendre souvent une image négative et une mauvaise estime de soi-même clairement secondaire à leur affection physique [32]. D'ailleurs, quand fut examinée l'association entre des facteurs de personnalité et cette maladie, seuls des traits d'anxiété et de colère liés à la sévérité de la dermatose purent être retenus [33].

Cependant, les questions que nous couvrons ici sont complexes car si les modifications psychiques semblent parfois définitives, dans d'autres cas elles régressent avec la guérison de la maladie somatique et un diagnostic de trouble mental intercurrent les prendrait mieux en compte que la catégorie de trouble de la personnalité. Ces détresses psychiques intercurrentes furent souvent catégorisées comme trouble de l'adaptation [34] et marquent la difficulté pour le sujet de créer une représentation du monde qui inclue l'adversité existentielle actuelle comme composante du monde et non comme sa fin.

### 4. À ce jour, aucune personnalité pré morbide prédisposant de manière univoque aux troubles somatiques n'a pu être isolée

Les études effectuées jusqu'à ce jour n'ont pu isoler aucune personnalité pré morbide prédisposant aux troubles physiques. Au-delà, il semble en fait que les troubles physiques, qu'ils relèvent clairement d'une dissociation somatoforme [de conversion] au sens de l'Organisation mondiale de la santé ou de ce que certains appellent « psychosomatose », puissent en fait survenir chez tout un chacun quel que soit son type de personnalité.

Des traits de personnalité, au demeurant variés, ont été faussement associés à des maladies physiques. Dans le champ des maladies cardiaques coronariennes, on a cru dans les années cinquante du vingtième siècle isoler un profil de personnalité prédisposant, le profil de comportement de type A, qu'on pouvait décrire comme associant des traits particuliers dans les domaines sociaux (ambition, recherche de réussite sociale...), comportementaux (impatience, sentiment permanent d'urgence, impétuosité, flux verbal accéléré...) et affectifs (dominés par l'agressivité qu'elle soit exprimée ou contenue). Cependant, au cours des années quatre-vingt, ces idées ont été contredites par des études rétrospectives et prospectives [35,36] y compris angiographiques [37,38]. Dans le domaine de la cancérologie, la personnalité de type C marquée par la répression des affects (sujets coopératifs, manquant d'assertivité, inhibant leurs sentiments négatifs) a été rapprochée des comportements des sujets atteints d'un cancer [39] mais les études épidémiologiques n'ont pas confirmé le lien entre la répression émotionnelle et la survenue ou l'issue fatale de cancers [40]. En définitive, aucun argument fort n'a étayé non plus l'hypothèse que des traits de personnalité différencieraient les cancéreux des non-cancéreux [41]. En gastro-entérologie, on a souvent dit que les patients souffrant d'ulcères, de maladie de Crohn ou de colopathie fonctionnelle inséreraient leur identité dans un rapport singulier à la dépendance et l'indépendance [42]. Il a été dit la même chose pour les asthmatiques [43]. Pourtant, les études récentes n'ont pas décelé chez ces sujets plus d'atypies de personnalité que dans la population générale [44]. De même, aucun facteur de personnalité ne semble associé à l'aggravation physique de patients atteints de SIDA [45].

À l'inverse, des théories ont essayé de dégager des personnalités prédisposées aux troubles physiques en général, mais les études empiriques n'ont pas permis de les confirmer. Pour ce qui concerne l'hystérie, Thérèse Lempérière et al. [46] avaient montré dans leur rapport que les conversions n'étaient pas l'apanage des personnalités histrioniques. D'un autre côté, la personnalité opératoire

ou alexithymique a été définie pour des sujets qui présentent un déficit dans la capacité à différencier les états émotionnels des états physiques et à identifier et décrire les sentiments, ainsi qu'une préférence pour une pensée utilitaire et tournée vers l'extérieur plutôt que pour les rêveries et l'introspection. Malgré les premiers résultats, les publications récentes ne permettent pas d'étayer l'assertion que l'alexithymie et la pensée opératoire prédisposent aux somatisations [47,48].

## **5. La vieille « hystérie dissociative » avec manifestations somatiques trouve son substrat dans des blessures existentielles et non dans une personnalité prétraumatique**

Argumenter cette proposition, c'est réinterpréter aujourd'hui les faits cliniques recueillis par Briquet et Charcot au siècle dernier. La clef gît dans l'œuvre de Janet et les premiers travaux de Freud. L'hystérie dissociative prend ses racines dans des blessures existentielles. Ces dernières années, des études ont indiqué que les expériences majeures d'adversité – pouvant être d'ailleurs vécues par toutes sortes de patients [49,50] – entraînent plusieurs syndromes psychiatriques fortement liés entre eux [51]. Il s'agit d'un ensemble clinique pour la survenue duquel les sujets ne sont pas égaux [52,53]. Il comprend un syndrome de reviviscence des événements adverses, des troubles dissociatifs au sens de Pierre Janet [21,54–57] y compris somatoformes [23,58–62], des phobies sans rapport avec l'événement initial [59] et des transformations de la personnalité [63]. Ces dernières sont souvent marquées par une dysrégulation des affects et une impulsivité, dimension qui suscite par ailleurs de nombreuses recherches actuellement [64]. L'ensemble clinique ainsi décrit ressemble comme deux gouttes d'eau à la vieille névrose hystérique avant son démembrément. Dans le sillage de la féconde psychiatrie française du dix-neuvième siècle quant au champ du traumatisme, avec au premier rang Pierre Janet, Freud écrivait : « L'hystérique souffre de réminiscences » [9]. Nous pouvons dire un siècle plus tard, à l'inverse : « le traumatisme structure l'hystérie chez tout un chacun ». Les troubles de la personnalité des sujets souffrant d'une « hystérie dissociative » apparaissent comme un effet de la blessure existentielle. Dès lors, on ne peut plus prétendre que la « personnalité hystérique » est le substrat des conversions. Il semble raisonnable, au contraire, d'affirmer que les blessures existentielles sont le substrat commun de la « personnalité hystérique » – c-à-d. une dissociation structurale de la personnalité – et des conversions – mieux dénommées dissociations somatoformes. Ces dernières révèlent aussi une baisse de la « tension psychologique » [65] et finalement rarement un choix actif de l'appareil psychique, fût-il involontaire ou inconscient, comme semble le suggérer le terme de conversion.

## **6. La « pensée opératoire » ou « alexithymie » des malades somatiques pourrait ne représenter qu'un effet de l'annonce de la maladie organique ou de sa chronicité**

Avec ce corollaire des thèses ici exposées, nous tentons de repérer de quelle manière l'observation clinique pertinente de Pierre Marty concernant le caractère opératoire ou alexithymique de certains patients souffrant de troubles somatiques chroniques est passée du statut de cooccurrence inexpliquée à celui de cause. Le lieu de ce glissement pourrait résider dans le caractère rétrospectif des diagnostics de fonctionnement opératoire chez ces malades somatiques. En fait, le caractère opératoire d'une pensée apparaît beaucoup moins souvent un antécédent de la maladie somatique que son effet [66–70]. L'impact du diagnostic d'une maladie grave produit souvent une blessure vive et la persistance de l'affection engendre un épuisement psychique [71,72] et un désespoir devant un non-sens : une sorte de punition sans cause. En

guise d'évitement de l'idée suicidaire si prévalente dans certains syndromes [73,74] attachés à ces expériences psychiques, le sujet malade répond au « sentiment d'absence d'avenir » habituel après un vécu d'effroi en réorganisant son fonctionnement, éventuellement sur un mode opératoire. De fait, sans avenir, il n'y a guère de place pour projeter une rêveerie.

Cette réinterprétation de la genèse d'une « pensée opératoire » n'exclut pas que son installation comme état chronique chez un malade rende le pronostic de la maladie somatique plus sévère que pour un sujet qui continuerait à chercher le plaisir de l'existence y compris le plaisir de penser et de rêver.

## **7. Conversion et symptôme psychosomatique ont en commun d'être des modes de réponse primitifs à des blessures existentielles**

La distinction entre la conversion et le symptôme psychosomatique correspond bien à une clinique, mais la compréhension de leur genèse pourrait être unifiée. Cette opinion a été défendue avant nous par Joyce Mc Dougall. Elle n'hésite pas à considérer le symptôme psychosomatique comme la manifestation d'une « hystérie archaïque » et elle affirme avoir souvent pu déceler un « éclat de signifiant » dans le symptôme psychosomatique chez des sujets exempts du biais d'une chronicité. Elle propose « d'envisager le symptôme psychosomatique, aussi, comme un langage du corps primitif, une grammaire pour laquelle le système nerveux est programmé phylogénétiquement chez tout un chacun » [75]. Que ce soit sous la forme de conversions ou de symptômes psychosomatiques, la régression vers ce langage du corps primitif – et nous avons attiré l'attention sur sa nature dissociative dans ce texte – est souvent une réponse à des blessures existentielles et parfois la seule possibilité d'y répondre pour un sujet qui ne sait produire une réponse appropriée – psychique ou comportementale – à sa détresse. Ces phénomènes s'éclairent aussi s'ils sont mis en parallèle avec le champ des « idées fixes » conçu par Pierre Janet comme le recours à des automatismes archaïques.

En effet, l'expérience qui bouleverse la conception de l'existence suscite une « terreur sans nom » comme disait Wilfred R. Bion. Elle est irreprésentée psychiquement ou représentée de manière trop ténue. Dans de tels cas, aucune personnalité antérieure ne prévaut, mais la personnalité résultante y apparaît souvent altérée, y compris quand la remise en cause de la vision de l'existence découle de la découverte d'une maladie ou de son cours prolongé.

## **Déclaration de liens d'intérêts**

J.-M. D.-B. Essais cliniques sur les traumatismes psychologiques : en qualité de co-investigateur pour SmithKline-Beecham et Servier entre 1998 et 2001.

## **Remerciements**

Nous pensons à André Féline pour nos échanges préliminaires à ce travail ; Jean-Pierre Olié nous a permis de rester dans ce champ par la suite, nous en gardons une dette ; nous remercions vivement aussi Michel Lejoyeux et Candice Germain pour leur hospitalité.

## **Références**

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Troubles Mental. 2<sup>e</sup> ed. Paris: Masson; 1992.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. V<sup>e</sup> ed. Washington DC: APA; 2013.
- [3] Sartorius N. Is pain a somatic symptom? Croat Med J 2001;42(2):127–9.
- [4] Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris: Baillière; 1859.
- [5] Charcot JM. L'hystérie. Textes choisis (1870-1889). Toulouse: Privat; 1971.

- [6] Janet P. L'État mental des hystériques. Paris: Alcan; 1911 [Deuxième édition : Marseille, Lafitte ; 1983].
- [7] Fritz Zorn F M., Kindler Verlag GmbH M. Traduction française. Paris: Gallimard; 1979.
- [8] Marty P, de M'Uzan M. La pensée opératoire. Rev Fr Psychanal 1963;27:345–56.
- [9] Freud S. Les mécanismes psychiques des phénomènes hystériques. In: am Main F, Fischer Verlag S, editors. Études sur l'hystérie. Paris: Presses Universitaires de France; 1956 [1893].
- [10] Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973;22:255–62.
- [11] Bigot T. Victimologie de la prise d'otages [thèse de doctorat en Médecine]. Paris: Université Paris-Sud; 1991.
- [12] Darves-Bornoz JM. Problématique féminine en psychiatrie. Paris: Collection Gynécologie Obstétrique, Masson; 2000 [270 p].
- [13] Fukunishi I, Chishima Y, Anze M. Post-Traumatic Stress Disorder and Alexithymia in burn patients. Psychol Rep 1994;75:1371–6.
- [14] Hyer L, Woods MG, Summers MN, et al. Alexithymia among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1990;51:243–7.
- [15] Yehuda R, Steiner A, Kahana B, et al. Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. J Trauma Stress 1997;10:93–100.
- [16] Zeitlin SB, Mc Nally RJ, Cassiday KL. Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? Am J Psychiatry 1993;150:661–3.
- [17] Ferenczi S. Deux types de névrose de guerre (Hystérie). In: Dupont J, Viliker M, editors. Œuvres complètes (1916). Paris: Payot; 1994. p. 238–52 [Avec la collaboration de P. Garnier].
- [18] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [19] Briole G, Lebigot F, Lafont B, et al. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Rapport de psychiatrie à la 92<sup>e</sup> session du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 1994.
- [20] Fisch RZ. Alexithymia masked depression and loss in holocaust survivors. Br J Psychiatry 1989;154:708–10.
- [21] Darves-Bornoz JM, Berger C, Degiovanni A, et al. Similarities and differences between incestuous and non-incestuous rape in a French follow-up study. J Trauma Stress 1999;12(4):613–23.
- [22] Emerson J, Pankratz J, Joos S, et al. Personality disorders in problematic medical patients. Psychosomatics 1994;35:469–73.
- [23] Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, et al. Briquet's syndrome, dissociation and abuse. Am J Psychiatry 1993;150:1507–11.
- [24] Trimble MR. Personality disturbance in epilepsy. Neurology 1983;33:1332–4.
- [25] O'Driscoll K, Leach JP. Early observations of personality change after injury to the prefrontal cortex. Br Med J 1998;317:1673–4.
- [26] Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in twelve commissurotomized patients. Psychother Psychosom 1977;28:148–55.
- [27] Montreuil M, Jouvent R. The phenomenon of visual parallel detection. Construction and validation of a test and application to a psychosomatic model. Encéphale 1989;15(4):409–13.
- [28] Montreuil M, Lyon-Caen O. Troubles thymiques et relations entre alexithymie et dysfonctionnement inter hémisphérique dans la sclérose en plaques. Rev Neuropsychol 1993;3:287–302.
- [29] Nkam I, Langlois-Théry S, Dollfus S, et al. Alexithymia in negative symptom and non-negative symptom schizophrenia. Encéphale 1997;23(5):358–63.
- [30] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual III<sup>rd</sup> ed. revised. Washington DC: APA; 1987.
- [31] Kuttner MJ, Delamater AM, Santiago JV. Learned helplessness in diabetic youths. J Pediatr Psychol 1990;15:581–94.
- [32] Rubinow DR, Peck GL, Squiallace KM. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. J Am Acad Dermatol 1987;17:25–32.
- [33] Wu SF, Kinder BN, Trunnell TN. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. J Am Acad Dermatol 1988;18:325–33.
- [34] Senon JL, Sechter D. Thérapeutique psychiatrique. Paris: Hermann; 1995.
- [35] Dembrosky TM, Czajkowski SM. Historical and current developments in coronary-prone behavior. In: Siegan AW, Dembrosky TM, editors. In search of coronary-prone behavior: beyond type A. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1989. p. 21–39.
- [36] Shekelle RB, Hulley SB, Neaton JB, et al. Type A behavior and incidence of coronary heart disease. Am J Epidemiology 1985;122:559–70.
- [37] Krantz E, Conrado DS, Hill RJ, et al. Environmental stress and biobehavioral antecedents of coronary heart disease. J Cons Clin Psychol 1988;56:333–41.
- [38] Matthews K, Haynes SG. Type A behavior pattern and coronary risk: update and critical evaluation. Am J Epidemiology 1986;123:923–60.
- [39] Temoshok L, Heller BW, Sageviel RW. The relationship of psychological factors of prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. J Psychosom Res 1985;29:139–53.
- [40] Persky VW, Kempthorne-Rawson J, Shekelle RP. Personality and risk of cancer: 20-years follow-up of the Western Electric Study. Psychosom Med 1987;49:435–49.
- [41] Bleiker EMA, Van der Ploeg HM, Hendricks JHCL, et al. Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. J Natl Cancer Inst 1996;88(20):1478–82.
- [42] Epstein SA, Wise TN, Goldberg RL. Gastroenterology. In: Stoudemire A, Fogel BS, editors. Psychiatric care of the medical patient. New York: Oxford University Press; 1993. p. 611–25.
- [43] Stoudemire A. Psychological factors affecting medical conditions. Washington DC: American Psychiatric Press; 1995.
- [44] Bauer H, Duijsens JJ. Personality disorders in pulmonary patients. Br J Med Psychol 1998;71:165–73.
- [45] Johnson JG, Williams JBW, Goetz RR, et al. Stability and change in personality disorder symptomatology: findings from a longitudinal study of HIV+ and HIV– men. J Abnorm Psychol 1997;106(1):154–8.
- [46] Lemperiere T, Perse J, Enriquez M. Symptômes hystériques et personnalité hystérique. Rapport de psychiatrie au 63<sup>e</sup> Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 1965.
- [47] Cohen K, Auld F, Brooker H. Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? J Psychosom Res 1994;38(2):119–27.
- [48] Lumley MA, Tomakovsky J, Torosian T. The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. Psychosomatics 1997;38(5):497–502.
- [49] Azorin JM. Management of somatization in depression. Encéphale 1995;21(Spec 7):17–22.
- [50] Hardy-Bayle MC. Psychological factors and life change events in bipolar patients. Encéphale 1997;23(Spec 1):20–6.
- [51] Nemiah JC. Dissociation, conversion and somatization. In: Stoudemire A, Fogel BS, editors. Review of Psychiatry, 10. Washington DC: American Psychiatric Press; 1991.
- [52] Birmele P, Escande M, Gourdy P, et al. Biological factors of post-traumatic stress: neuroendocrine aspects. Encéphale 2000;26(6):55–61.
- [53] Boss V, Dubreuil V, Vaiva G. Naissance et état de stress post-traumatique. In: Goudemand M, Thomas P, Maron M, Bailly D, Codaccioni X, editors. Troubles psychopathologiques de la gravido-puerpératité : Rapport de psychiatrie à la 99<sup>e</sup> session du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Medias Flashes; 2001.
- [54] Danion JM. Une approche cognitive de l'amnésie dissociative. Rev Neurol 2000;156(8–9):721–9.
- [55] Ferreri M. L'amnésie d'identité. Confrontations psychiatriques, 41; 2000. p. 187–233.
- [56] Putnam FW. Dissociation in children and adolescents. New York: The Guilford Press; 1997 [423 pp].
- [57] Van der Kolk B, Van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation. Am J Psychiatry 1989;146:1530–40.
- [58] Burloux G, Forestier P, Dalery J, et al. Chronic pain and posttraumatic stress disorder. Psychother Psychosom 1989;52(1–3):119–24.
- [59] Darves-Bornoz JM, Lépine JP, Choquet M, et al. Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims. European Psychiatry 1998;13:281–7.
- [60] Nijenhuis ERS, van der Hart O. Somatoform dissociative phenomena: a Janetian perspective. In: Goodwin JM, Attias R, editors. Splintered reflections: images of the body. New York: Basic Books; 1999. p. 89–127.
- [61] Tignol J. Hysterical emergencies. Rev Prat 1995;45(20):2563–7.
- [62] van der Hart O, van Dijke A, van Son M, et al. Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: a neglected heritage. J Trauma Dissociation 2000;1(4):33–66.
- [63] Herman JL. Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex Post-Traumatic Syndrome (DESNOS). In: Davidson JRT, Foa EB, editors. Post-Traumatic Stress Disorder DSM-IV and beyond. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992.
- [64] Bayle Fj, Boudet MC, Caci H, et al. Factor analysis of French translation of the Baratt impulsivity scale (BIS-10). Can J Psychiatry 2000;45(2):156–65.
- [65] Janet P. La Tension Psychologique et ses oscillations. J Psychol 1915;XII(mai-juin):165–93.
- [66] Fernandez A, Sriram TG, Rajkumar S, et al. Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. Psychother Psychosom 1989;51(1):45–50.
- [67] Fukunishi I, Numata Y, Hattori M. Alexithymia and defense mechanisms in myocardial infarction. Psychol Rep 1994;75:219–23.
- [68] Fukunishi I, Koyama I, Tobimatsu H. Psychological acceptance and alexithymia in spinal cord injury patients. Psychol Rep 1995;76:475–81.
- [69] Thome A. Alexithymia and acquired immune deficiency syndrome. Psychother Psychosom 1990;54:40–3.
- [70] Wise TN, Mann LS, Mitchell D, et al. Secondary alexithymia: an empirical validation. Compr Psychiatry 1990;31:284–8.
- [71] Poirier MF. Therapeutic antidepressant strategies in a depressed patient presenting with a chronic infectious pathology. Encéphale 1997;23(Spec N5):43–8.
- [72] Razavi D, Allilaire JF, Smith M, et al. The effect of fluoxetine on anxiety and depression symptoms in cancer patients. Acta Psychiatr Scand 1996;94(3):205–10.
- [73] Abbar M, Caer Y, Shenk L, et al. Facteurs de stress psychosociaux et risque suicidaire. Encéphale 1993;19(Spec N1):179–85.
- [74] Castelnau C, Olié JP, Loo H. Subthreshold depressive disorders: description and importance for secondary prevention in psychiatry. Encéphale 1998;24(5):405–14.
- [75] McDougall J. Corps et langage. Rev Fr Psychosomatique 1992;2:69–96.