

G

BF  
149.05  
US  
B435  
2012

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR  
© VICKIE BEAUREGARD 1985 -

ATTACHEMENT, ÉMOTIONS, ET SOMATISATION

26 AVRIL 2012

Composition du jury

Attachement, émotions, et somatisation  
Vickie Beauregard

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Descôteaux, directeur de recherche  
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)  
Lise Gagnon, autre membre du jury  
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de  
Sherbrooke)  
Serge Lecours, autre membre du jury  
(Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal)

## *Sommaire*

La somatisation a une prévalence élevée dans la population. Les médecins n'arrivant pas à bien comprendre les symptômes ni à les traiter, certains facteurs psychologiques sont mis en cause dans le développement et le maintien de cette problématique. Parmi ceux-ci, des déficits au niveau de la régulation émotionnelle et de la mentalisation des états affectifs sont identifiés. Le développement d'un attachement insécurisant (c.-à-d. caractérisé par une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon ou d'évitement de l'intimité) est reconnu comme étant impliqué dans ces déficits. Un examen de la documentation scientifique permet de constater que les mécanismes affectifs susceptibles de contribuer à la somatisation n'ont été explorés que partiellement. Afin de préciser ces mécanismes, nous proposons un modèle original qui distingue deux profils de personnes présentant des symptômes de somatisation en fonction de la dimension d'attachement. Il est postulé que l'évitement de l'intimité implique une inhibition émotionnelle et l'anxiété d'abandon une intensification émotionnelle, et que ces deux profils distinctifs engendrent une plus grande incidence de la somatisation. L'affectivité négative, des déficits au niveau de la mentalisation et l'affectivité positive sont aussi intégrés au modèle; il est attendu que les deux premiers facteurs accroissent la somatisation, alors qu'aucune hypothèse n'est formulée concernant l'affectivité positive. Afin de vérifier ces hypothèses, des questionnaires mesurant ces différentes variables ont été administrés à des personnes présentant des symptômes qui ne sont pas complètement expliqués médicalement. Les résultats montrent que l'évitement de l'intimité va de pair avec une inhibition émotionnelle, mais contrairement à ce qui était

prévu, il n'augmente pas la somatisation via ce style de régulation émotionnelle tel que mesuré dans cette étude. Plutôt, l'évitement de l'intimité accroît la somatisation par le mécanisme de l'anhédonie (faible affectivité positive). L'anxiété d'abandon favorise l'intensification émotionnelle. Elle accroît la somatisation par le biais de l'affectivité négative, qu'elle tend à augmenter directement ou indirectement via l'intensification émotionnelle. L'affectivité négative est le meilleur prédicteur de la somatisation dans le modèle, suivie de près par l'anhédonie. Un déficit au niveau de la capacité à envisager ses propres états mentaux est associé à une augmentation de la somatisation et prédit les préoccupations par rapport à la santé, mais pas les symptômes somatiques et leurs impacts. La capacité à envisager les états mentaux des autres n'ayant pas été mesurée adéquatement, ses relations avec la somatisation n'ont pu être convenablement mises à l'épreuve. Dans l'ensemble, les deux profils, soit évitement de l'intimité-inhibition et anxiété d'abandon-intensification, semblent contribuer à la somatisation. Le profil évitement de l'intimité-inhibition le fait principalement via l'anhédonie, possiblement associée à des mécanismes dépressifs, alors que l'action du profil anxiété d'abandon-intensification s'exerce via l'affectivité négative, sans doute affiliée à des mécanismes anxieux. La mentalisation semble également liée à la somatisation : cette dernière augmenterait en fonction des difficultés vécues sur le plan de la capacité à envisager ses propres états mentaux, en accord avec les hypothèses traditionnelles de la médecine psychosomatique.

Mots clés : somatisation, symptômes physiques médicalement inexplicables, attachement, mentalisation, régulation émotionnelle, affectivité positive, affectivité négative.

## *Table des matières*

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
Hypothèses de recherche.....	35
Méthode.....	38
Participants.....	39
Considérations éthiques.....	42
Instruments de mesure.....	42
Déroulement.....	51
Résultats.....	54
Discussion.....	85
Limites de l'étude.....	108
Pistes de recherches futures.....	110
Conclusion.....	112
Références.....	115
Appendice A : Questionnaire sociodémographique/ Sociodemographic questionnaire.....	131
Appendice B : Formulaire d'information/ Information form.....	138
Appendice C : Positive and Negative Affect Schedule.....	147

Appendice D : Échelle d'affectivité positive et d'affectivité négative.....	149
Appendice E : Experiences in Close Relationships.....	151
Appendice F : Questionnaire sur les Expériences Relationnelles avec les Proches.....	154
Appendice G : Quantification Inventory for Somatoform Syndromes.....	158
Appendice H : Inventaire d'évaluation pour les troubles somatoformes.....	165
Appendice I : Twenty-item Toronto Alexithymia Scale.....	171
Appendice J : Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items.....	174
Appendice K : Interpersonal Reactivity Index.....	177
Appendice L : Indice de Réactivité Interpersonnelle.....	181
Appendice M : The Emotion Amplification and Reduction Scales.....	184
Appendice N : Les Échelles d'Amplification et de Réduction des Émotions.....	187
Appendice O : Emotion Reactivity Scale.....	190
Appendice P : Échelle de réactivité émotionnelle.....	193
Appendice Q : Courtauld Emotional Control Scale.....	196
Appendice R : Échelle de Contrôle Émotionnel de Courtauld.....	199
Appendice S : Associations, groupes Facebook, forums et cliniques ayant diffusé l'annonce de l'étude.....	202
Appendice T : Annonce de l'étude/ Study ad.....	205

*Liste des tableaux*

## Tableau

1	Données sociodémographiques des participants en fonction de la langue d'administration des questionnaires.....	42
2	Fréquence des affections inexplicées ou partiellement expliquées médicalement en fonction de la langue d'administration des questionnaires.....	43
3	Analyse en composantes principales en quatre facteurs avec rotation varimax du QUISS.....	57
4	Scores moyens et écarts types au QUISS et ses sous-échelles, aux échelles du PANAS, du ECR et du TEARS, au ERS, au TAS-20, et au IRI selon la langue d'administration des questionnaires.....	58
5	Corrélations bivariées entre les dimensions du PANAS, le QUISS et ses sous-échelles, les dimensions du ECR, les échelles du TEARS, le ERS, les sous-échelles DIF et DDF du TAS-20, et le IRI.....	60
6	Saturation factorielle du modèle de mesure.....	69
7	Analyse en composante principales en deux facteurs avec rotation varimax du QUISS.....	72
8	Analyse des effets indirects et de médiation par la procédure bootstrap.....	79

*Liste des figures*

## Figure

1	Modèle de la somatisation en fonction de l'attachement, du style de régulation émotionnelle, du type d'affectivité, et du degré de mentalisation.....	39
2	Modèle de prédiction de la somatisation n'incluant pas les mesures de mentalisation (modèle A).....	75
3	Modèle de prédiction de la somatisation incluant les mesures de mentalisation (modèleB).....	76

## *Remerciements*

Plusieurs personnes m'ont soutenu, de diverses façons, dans la réalisation de ce projet, je tiens à les remercier. D'abord, mon directeur de thèse, Jean Descôteaux, a été d'une aide précieuse dans l'orientation de mon projet. Sa disponibilité à chacune de nos rencontres, ses commentaires pertinents qui me poussaient à aller plus loin, et son investissement substantiel pour les analyses statistiques m'ont été d'un grand renfort. J'ai aussi apprécié son sens de l'humour et son authenticité tout au long de cette aventure. Un grand merci aussi à Olivier Laverdière, pour son inépuisable disponibilité au niveau des analyses par équations structurelles.

Je ne peux passer sous silence le soutien considérable de mon père, Richard, qui m'a permis de faire de mes études et de ma thèse une priorité. Merci de toujours avoir été là, dans les moments heureux comme difficiles. Je souhaite aussi remercier mon copain, Julien, qui m'a encouragé et motivé quotidiennement. Notre amour et la solidité de notre relation rend la vie plus légère, ce qui comprend évidemment la tâche colossale que constitue la réalisation d'une thèse! Nos conversations sur l'attachement et la mentalisation m'ont aidé à approfondir mes connaissances et à développer des idées que j'ai pu mettre à profit dans le cadre de ce projet. Un mot pour ma sœur, Maude, qui a été pour moi source d'une grande inspiration et une oreille attentive dans la réalisation de ma thèse. Ta détermination et ta capacité de travail sont un modèle pour moi.

Merci aux membres du GETT, Catherine, Eugénie, Randy, Marie-Ève et Sarah. Vous m'avez épaulé, vous m'avez motivé, vous m'avez écouté, vous m'avez fait rire, bref, vous m'avez donné tous les ingrédients pour réussir! J'adore cette passion/chialage qui nous anime. Lorsque je suis avec vous, je me sens riche (oui, oui!) et libre.

Je remercie aussi mes amies Émilie, Mélissa et Marianne pour m'avoir accompagnée dans tous mes projets depuis mon enfance. Votre présence me reconforte et me donne la confiance nécessaire pour réaliser mes aspirations.

Un merci spécial à ceux qui ont eu la gentillesse de participer à la traduction de plusieurs questionnaires de l'étude en français : Liane Ladouceur, Letitia Alexe, Vu Tran, Felicia Meyer et Nathalie Dinh.

Finalement, je tiens à souligner l'apport significatif de mes superviseurs et collègues du doctorat, du Centre hospitalier de Ste.Mary, et de l'Institut Argyle des Relations Humaines dans mon cheminement académique. Grâce aux enseignements, au savoir-faire, au savoir-être que vous m'avez transmis et à votre soutien, j'ai le bagage nécessaire pour entamer ma vie professionnelle.

J'ai hâte de célébrer l'achèvement de cette grande étape avec vous tous.

## **Introduction**

La prévalence de plusieurs symptômes somatiques (céphalées, vertiges, douleurs articulaires, dorsales, thoraciques et abdominales) dépasse 20% dans la population générale (Kroenke & Price, 1993). En médecine générale, il est estimé qu'entre 30% et 60% des patients présentent des symptômes médicalement inexplicables (Kirmayer & Robbins, 1991; Kroenke, 2003). De plus, les symptômes somatiques sont chroniques ou récurrents dans 20 à 25% des cas (Kroenke, 2003). Ainsi, nombreux sont les patients que la médecine organique traditionnelle n'est pas en mesure de guérir et qui voient leur qualité de vie grandement diminuée par leurs symptômes (Koch et al., 2007). Ceux-ci présentent aussi, dans une grande proportion, un trouble de l'humeur ou anxieux (Kroenke et al., 1994), ce qui témoigne de l'importance de considérer les facteurs psychologiques dans l'étiologie et le traitement de ces symptômes.

La médecine psychosomatique est une discipline qui s'intéresse aux symptômes d'un point de vue bio-psycho-social (Cathébras, 2006). Contrairement à la médecine traditionnelle qui invoque un lien de causalité linéaire pour expliquer l'origine des symptômes physiques, l'approche psychosomatique se détache d'une cause absolue et unique des symptômes et considère que les facteurs biologiques, sociaux et psychologiques s'influencent d'une façon complexe. L'accent est sur le patient plutôt que la quête d'un diagnostic (Cathébras, 2006). Dans le cadre de cette étude, nous explorerons les facteurs psychologiques qui pourraient être impliqués dans la tendance à

développer des symptômes médicalement inexplicables, tendance qui constitue l'essence du concept de somatisation.

Dès les débuts de la médecine psychosomatique, les difficultés au niveau de la mentalisation de ses émotions (Marty & de M'Uzan, 1963; Sifneos, 1973) et la tendance à réprimer et supprimer ses affects (p. ex., Alexander, 1950) ont été identifiés comme étant impliqués dans la somatisation. Plus récemment, l'affectivité négative (p. ex., Watson & Pennebaker, 1989; Wearden, Lambertson, Crook, & Walsh, 2005) et l'attachement insécurisant (c.-à-d. caractérisé par une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon ou d'évitement de l'intimité; Ciechanowski, Walker, Katon, & Russo, 2002; Stuart & Noyes, 1999; Waller & Scheidt, 2006; Waller, Scheidt, & Hartmann, 2004; Wearden, Cook, & Vaughan-Jones, 2003; Wearden et al., 2005) ont été associés à cette problématique.

La théorie de l'attachement offre une perspective nouvelle dans le champ de la somatisation. Notamment, elle permet de mieux comprendre les facteurs développementaux ayant pu contribuer aux autres aspects psychologiques identifiés comme étant associés à la somatisation. En effet, il a été démontré que le développement d'un attachement insécurisant était associé à l'affectivité négative (Bartholomew, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007) et à des déficits de mentalisation (Blumberg, 1998; Buchheim & Mergenthaler, 2000; Hexel, 2003; Montebanocci, Codispoti, Baldaro, & Rossi, 2004; Picardi, Toni, & Caroppo, 2005; Scheidt et al. 1999). De plus, l'inhibition

des émotions impliquée dans la somatisation serait fréquemment utilisée par les personnes ayant un attachement caractérisé par une élévation à la dimension d'évitement de l'intimité. Par contre, nous ne savons pas si l'intensification émotionnelle fréquemment utilisée par les personnes qui démontrent un attachement caractérisé par une anxiété d'abandon (Main, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Pietromonaco & Barrett, 1997; Searle & Meara, 1999; Wei, Vogel, Ku, & Zakalik, 2005) est impliquée dans la somatisation. Certaines études sur l'intensification émotionnelle réalisées en contexte de laboratoire (Demaree, Schmeichel, Robinson, & Everhart, 2004; Demaree et al., 2006; Kunzmann, Kupperbusch, & Levenson, 2005; Lanzetta, Cartwright-Smith, & Kleck, 1976; Vaughan & Lanzetta, 1981) nous portent à penser qu'une telle association est possible.

Afin de vérifier ces associations, nous proposons un modèle qui distingue deux profils de personnes présentant des symptômes de somatisation en fonction de la dimension d'attachement. Il est postulé que l'évitement de l'intimité implique une inhibition émotionnelle (qui comprend la répression et la suppression des émotions) et l'anxiété d'abandon une intensification émotionnelle, et que ces deux profils distinctifs engendrent une plus grande incidence de la somatisation. L'affectivité négative, des déficits au niveau de la mentalisation et la tendance à vivre peu d'affectivité positive (anhédonie) sont aussi intégrés au modèle.

Le modèle proposé est original et constitue une façon nouvelle d'aborder la somatisation, particulièrement en ce qui concerne les liens postulés entre l'anxiété d'abandon, l'intensification émotionnelle et la somatisation, et entre un déficit d'affectivité positive (anhédonie) et la somatisation. De plus, le modèle permet d'intégrer de façon cohérente les facteurs associés à la somatisation selon les théories de l'attachement, des émotions, et de la mentalisation, ce qui permet d'avoir une vision plus complète et globale des facteurs psychologiques impliqués dans la problématique.

## **Contexte théorique**

## **Les différentes conceptions de la somatisation**

### **Présentation somatique**

Selon Cathébras (2006), il existe différentes conceptualisations modernes de la somatisation. La première consiste à considérer la « somatisation comme expression masquée de troubles psychiatriques » (Cathébras, 2006), ce que certains auteurs qualifient de *présentation somatique* (Bridges & Goldberg, 1985). Selon cette approche, les symptômes somatiques inexplicés seraient attribuables à un trouble mental. Le plus souvent, il s'agirait d'un trouble de l'humeur ou anxieux étant donné leur grande prévalence dans la population et le nombre important de manifestations somatiques qu'ils impliquent (p. ex., douleurs thoraciques, abdominales ou musculaires et bouffées de chaleur pour les troubles anxieux, gain ou perte de poids et fatigue pour les troubles de l'humeur; Cathébras, 2006). Parmi les patients présentant des symptômes somatiques inexplicés, 50 à 75% seraient déprimés et 40 à 50% auraient un trouble anxieux (Kroenke et al., 1994). Selon l'approche de la présentation somatique, il s'agit de traiter l'affection psychiatrique sous-jacente pour que les symptômes disparaissent.

### **Troubles somatoformes**

La seconde conception est celle des *troubles somatoformes*, une entité nosologique du DSM IV-TR. La principale caractéristique diagnostique des troubles somatoformes correspond à l'existence de symptômes physiques qui « ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental » (American Psychiatric Association, 2003). L'exclusion d'un autre trouble mental constitue une différence majeure avec la *présentation somatique*.

### **Conduite de maladie**

Il est aussi possible de concevoir la somatisation comme une *conduite de maladie*. Selon cette conception, nombres de symptômes somatiques médicalement inexpliqués ne peuvent s'expliquer par un trouble anxieux, un trouble de l'humeur ou un trouble somatoforme (Cathébras, 2006). La somatisation correspondrait plutôt à un comportement de recherche de soins grandement influencé par les facteurs cognitifs (Cathébras, 2006). Cette conception de la somatisation se distingue du trouble factice, qui implique une « production intentionnelle de signes ou de symptômes » (American Psychiatric Association, 2003, p. 593), par le fait que le patient ressent réellement les symptômes exprimés (Barsky & Borus, 1995).

Étant donné ses différentes conceptualisations, la somatisation peut être un phénomène difficile à étudier. Quoi qu'il en soit, toutes font état de symptômes physiques qui ne sont pas complètement expliqués par la médecine organique. C'est cet

élément fondamental de la somatisation qui sera retenu dans le cadre de cette étude, permettant une vision large et englobante de la problématique.

### **Les « troubles » idiopathiques**

Plusieurs ensembles de symptômes physiques sont reconnus pour être idiopathiques, c'est-à-dire sans cause organique connue. Parmi ceux-ci, nous retrouvons les troubles fonctionnels (dus au fonctionnement anormal d'un organe sans lésion de cet organe). Le syndrome de l'intestin irritable, la dyspepsie non ulcéreuse et le reflux gastro-oesophagien sont des troubles fonctionnels gastro-intestinaux (Drossman, Corazziari, Talley, Thompson, & Whitehead, 2000). La fibromyalgie et l'encéphalomyélite myalgique (syndrome de fatigue chronique) sont aussi des troubles fonctionnels, dont la symptomatologie se recoupe et est essentiellement caractérisée par une grande fatigue et des douleurs diffuses (Friedberg, 2010).

Au nombre des troubles idiopathiques, nous retrouvons aussi la cystite interstitielle, une affection chronique aussi qualifiée de « syndrome de la vessie douloureuse », la polyarthrite rhumatoïde, une maladie auto-immune inflammatoire qui touche essentiellement les articulations (Naudin & Grumbach, 2002) et l'hypersensibilité chimique multiple, une condition chronique « caractérisée par des symptômes récurrents dans différents systèmes organiques, en réponse à l'exposition à plusieurs substances chimiques non-relées, à des doses très inférieures à celles établies dans la population

générale pour avoir des effets nuisibles » (Cullen, 1987, p. 655; traduction libre), en l'absence d'un dysfonctionnement physiologique (Cullen, 1987).

La douleur chronique est une entité plus générale qui caractérise plusieurs affections idiopathiques. Dans certains cas de douleur chronique, les causes sont identifiables, c'est plutôt la chronicité de la douleur malgré les traitements ou sa forte intensité par rapport à ce qui est attendu qui est difficile à expliquer (Selby, 2011).

Les troubles idiopathiques précédemment mentionnés ont été associés à une incidence élevée de troubles psychologiques (Asmundson & Katz, 2009; Caccappolo-Van Vliet, Kelly-McNeil, Natelson, Kipen, & Fiedler, 2002; Isik, Koca, Ozturk, & Mermi, 2007; Mathieu, 2009) et sont considérés comme relevant du domaine de la somatisation dans le monde de la recherche (p. ex., De Gucht & Heiser, 2003; Oemler, Grabhorn, Vahlensieck, Jonas, & Bickeböller, 2006). Par conséquent, ils seront tous pris en considération dans le cadre de la présente étude.

### **Les différents aspects de la somatisation**

En plus des symptômes physiques médicalement inexplicables, la somatisation comprend plusieurs aspects émotionnels, cognitifs, comportementaux et psychosociaux. Parmi ceux-ci, nous retrouvons les croyances et inquiétudes par rapport à la santé,

l'utilisation des traitements médicaux et une diminution de la qualité de vie et du niveau de fonctionnement.

### **Croyances et inquiétudes par rapport à la santé**

Les personnes qui somatisent auraient tendance à attribuer les symptômes somatiques à des maladies organiques (Robbins & Kirmayer, 1991) plutôt qu'à des causes environnementales ou psychologiques, qu'elles ont tendance à rejeter (Kirmayer & Robbins 1991). Cette attribution des sensations physiques à la maladie se retrouve dans le concept d'amplification somatosensorielle, qui est reconnu pour être impliqué dans la somatisation (Cathébras, 2006; Duddu, Isaac, & Chaturvedi, 2006; Nakao & Barsky, 2007). L'amplification somatosensorielle correspond à une « tendance à percevoir les sensations physiques comme intenses, nocives et dérangeantes » (Barsky, 1992). Outre une attribution des sensations physiques à la maladie, l'amplification somatosensorielle comprend une hypervigilance aux sensations corporelles, particulièrement celles qui sont désagréables, et une tendance à focaliser sur des sensations peu intenses ou rares (Barsky, 1992).

La somatisation implique dans certains cas des croyances et inquiétudes hypocondriaques. Celles-ci comprennent la peur d'être atteint d'une maladie grave, qui persiste malgré la réassurance du médecin concernant l'absence de maladie, l'attribution des manifestations somatiques à la maladie, une préoccupation pathologique vis-à-vis de

la santé et la tendance à penser que les soins prodigués ne sont pas convenables ou suffisants (American Psychiatric Association, 2003; Cathébras, 2006).

### **Utilisation des traitements médicaux**

Les individus atteints de conditions médicalement inexplicées ont tendance à être de grands consommateurs de soins médicaux et de médicaments (Barsky & Borus, 1995; Katon & Walker, 1998; Smith, Monson, & Ray, 1986). Les personnes ayant un trouble de somatisation en sont l'exemple le plus flagrant, elles recourent aux traitements médicaux dix fois plus que la population générale (Smith et al., 1986), utilisent trois fois plus les services ambulatoires et sont beaucoup plus souvent hospitalisées que les personnes qui ne somatisent pas (Swartz, Blazer, George, & Landerman, 1986). De plus, les personnes qui présentent des symptômes de somatisation, particulièrement celles qui sont atteintes d'hypocondrie, ont tendance à recevoir des services de plusieurs médecins en même temps, à changer fréquemment de médecin et à manquer leurs rendez-vous médicaux (Beaber & Rodney, 1984).

Plusieurs des patients identifiés par les médecins généralistes comme ayant des symptômes médicalement inexplicés sont référés à des médecins spécialistes (Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2002). En conséquence, une proportion importante des personnes qui consultent fréquemment les spécialistes, toutes spécialités confondues, ont des symptômes médicalement inexplicés (Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2001). Ainsi, l'accent mis par la médecine sur l'identification d'une cause organique à tout

symptôme somatique contribue à la surconsommation des soins médicaux par les individus qui somatisent et renforcent leurs incertitudes et leurs conduites de maladie (Cathébras, 2006).

### **Qualité de vie et niveau de fonctionnement réduits**

Les personnes ayant des symptômes médicalement inexplicables ont une faible qualité de vie et un niveau de fonctionnement réduit (Feder et al., 2001; Koch et al., 2007). Elles ont davantage de douleurs sévères invalidantes, d'épuisement au quotidien, de difficultés importantes et fréquentes à réaliser leurs activités sociales, professionnelles et quotidiennes en raison de difficultés physiques et émotionnelles que celles qui n'ont pas de tels symptômes. Également, elles sont moins impliquées dans des relations de couple, et ont plus de difficultés relationnelles et de problèmes d'adaptation sociale (Feder et al., 2001).

### **Conception traditionnelle de la genèse de la somatisation**

Depuis les débuts de la médecine psychosomatique, différents auteurs lient la somatisation à une restriction des affects ou de leur expression. Par exemple, dans les années cinquante, Alexander (1950) associe la non-expression des émotions à une activité physiologique accrue. Selon lui, si les réactions de combat ou fuite en réponse au stress ne sont pas mises en action, une activation physiologique permanente dysfonctionnelle finit par en résulter, donnant lieu à de la somatisation. Plus récemment,

Weinberger, Schwartz et Davidson (1979) font un lien entre un style de coping répressif, soit la tendance à tenir les affects hors de la conscience, et les symptômes somatiques (rythme cardiaque, sudation et tension musculaire accrus). Pennebaker (1989) propose un modèle de l'inhibition stipulant que la non-expression d'expériences frustrantes produit une tension physique qui est susceptible d'augmenter le risque de maladies liées au stress. Gross (2001) stipule quant à lui que la stratégie de suppression émotionnelle, soit l'inhibition consciente d'une manifestation émotionnelle, est associée à une augmentation de l'activation physiologique, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur la santé si elle est utilisée de façon répétée.

En complément aux travaux sur les styles de régulation émotionnelle (essentiellement suppression et répression) impliqués dans la somatisation, les chercheurs se sont intéressés aux états mentaux des personnes qui somatisent. Dans les années soixante, les psychanalystes français Marty et de M'Uzan (1963) ont apporté une contribution significative au domaine en avançant que les personnes qui somatisent présenteraient une activité fantasmatique pauvre et une pensée concrète, sans portée symbolique, qu'ils ont appelé « pensée opératoire ». En 1973, Sifneos introduit le concept d'alexithymie, qui signifie « une absence de mots pour décrire les émotions », pour qualifier le fonctionnement affectif et cognitif des personnes qui présentent des troubles psychosomatiques. Les caractéristiques « alexithymiques » qu'il présente sont une constriction du fonctionnement émotionnel, une vie fantasmatique pauvre et une incapacité à trouver les mots appropriés pour décrire les émotions (Sifneos, 1973). La

section « Déficits dans la capacité à envisager ses propres états mentaux et somatisation » (voir plus bas) présente des travaux concernant l'association entre l'alexithymie et la somatisation.

### **L'attachement : une nouvelle perspective dans l'étude de la somatisation**

Récemment, les chercheurs voulant mieux comprendre la somatisation s'intéressent à l'aborder d'un point de vue développemental. Cet attrait nouveau est attribuable à l'incidence importante de traumatismes vécus durant l'enfance chez les personnes qui somatisent (Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones, & Drake, 1993). En lien avec les expériences infantiles, plusieurs chercheurs (Alan Sroufe, Egeland, & Kreutzer, 1990; Fraley, Vicary, Brumbaugh, & Roisman, 2011; Mikulincer & Shaver, 2007; Owens et al., 1995) affirment que les premières représentations d'attachement constituent la trame de fond de la configuration d'attachement tout au long de la vie (tout en reconnaissant que les expériences d'attachement significatives subséquentes peuvent modifier cette configuration d'attachement, tel que vérifié par Scharfe & Cole, 2006). L'attachement a un impact biopsychosocial (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2009) entre autres au niveau de la réponse au stress (Maunder, Lancee, Nolan, Hunter, & Tannenbaum, 2006) et des comportements liés à la santé (Waller et al., 2004). Qui plus est, l'attachement joue un rôle majeur dans le développement des stratégies de régulation affective (Cassidy, 1994) et de la capacité à mentaliser ses émotions (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Or, des déficits dans ces domaines sont reconnus comme étant

associés à la somatisation (Beutel, Michal, & Subic-Wrana, 2008; Waller & Scheidt, 2006).

### **Conceptualisation de l'attachement**

**Origine des théories actuelles.** Les théories actuelles de l'attachement adulte reposent sur la perspective de Bowlby et son concept de « working models », soit des représentations internalisées des expériences relationnelles précoces qui influencent la perception de soi (modèle du self) et des autres en relation (modèle de l'autre; Bowlby, 1973). Elles dérivent aussi des travaux de Ainsworth (p. ex, Ainsworth, 1973, 1982; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), qui a identifié trois configurations d'attachement (A, B, C) de l'enfant à sa mère dans la situation étrange, une expérience où la réaction de l'enfant est observée en présence de sa mère, à son départ et à son retour, et en présence d'un étranger (Ainsworth et al., 1978). Les configurations d'attachement identifiées par Ainsworth sont demeurées dans les travaux de recherche subséquents; leur appellation et leur conceptualisation a varié selon les chercheurs mais pour des fins de simplification, tous ont pu distinguer un attachement sécurisant, un attachement anxieux et un attachement évitant (Mikulincer & Shaver, 2007).

**Les perspectives théoriques de l'attachement adulte.** Il existe deux approches conceptuelles majeures de l'attachement adulte, soit l'approche développementale/psychodynamique et l'approche de la psychologie sociale/personnalité. Ces approches ont des racines communes, mais elles abordent

l'attachement sous un angle différent. L'approche développementale met l'accent sur les représentations de l'attachement au parent et à la « transmission intergénérationnelle de la configuration d'attachement » (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 107). Les chercheurs adoptant cette approche mesurent l'attachement à l'aide d'entrevues narratives (p. ex., le *Adult Attachment Interview*, George, Kaplan, & Main, 1985) qu'ils analysent en portant une attention particulière à la forme du discours, ce qui leur permet d'accéder aux processus inconscients de la personne (Mikulincer & Shaver, 2007).

L'approche de la psychologie sociale met l'accent sur les relations de couple; on s'intéresse à la dynamique relationnelle et aux aspects cognitifs, sociaux, émotionnels et comportementaux impliqués (Mikulincer & Shaver, 2007). L'attachement est mesuré à l'aide de mesures auto-rapportées portant sur les relations actuelles (p. ex., le *Adult Attachment Scale* (AAS); Collins & Read, 1990) qui accèdent aux évaluations et souvenirs conscients de la personne (Ravitz et al., 2009).

### **Évaluation de l'attachement : approches catégorielle et dimensionnelle.**

L'évaluation de l'attachement permet de déterminer le *style* d'attachement de l'individu ou de déterminer où il se situe sur des *dimensions* d'attachement. L'approche catégorielle (c.-à-d. en styles ou types d'attachement) a été grandement utilisée pour mesurer l'attachement. À titre d'exemple, le *Relationship Questionnaire* (RQ) (Bartholomew & Horowitz, 1991), qui comprend des descriptions prototypiques des styles d'attachement sécurisant, préoccupé, détaché et craintif, a été utilisé dans de

nombreuses études. Cependant, il est apparu qu'une approche dimensionnelle (c.-à-d. qui utilise les dimensions d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité) permettait de maximiser la cohérence interne et la puissance statistique, et prenait davantage en considération les différences individuelles (Fraley & Waller, 1998; Mikulincer & Shaver, 2007; Ravitz et al., 2009). À titre d'exemple, le *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998) a été conceptualisé avec une approche dimensionnelle.

Les deux dimensions de l'attachement adulte sont l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. Ces dimensions seront définies dans les sections subséquentes. Les personnes ayant un score élevé sur les deux dimensions auraient tendance à alterner entre l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité, ou à devenir désorganisées et désorientées. Leur dynamique ressemblerait à celle des personnes décrites par Bartholomew (1990) comme ayant un style d'attachement craintif (Mikulincer & Shaver, 2007). Les individus présentant un score faible aux deux dimensions auraient un attachement qui correspond au style d'attachement sécurisant tel que décrit par Batholomew et Horowitz (1991). Un score élevé à la dimension d'anxiété d'abandon et faible à la dimension d'évitement de l'intimité correspondrait au style d'attachement préoccupé, et un score faible à la dimension d'anxiété d'abandon et élevé à la dimension d'évitement de l'intimité correspondrait au style d'attachement détaché selon la classification de Batholomew et Horowitz (1991).

### **Évitement de l'intimité et inhibition émotionnelle**

Les individus qui auraient un attachement sécurisant auraient interagi avec une figure d'attachement disponible émotionnellement et capable de leur refléter adéquatement leurs états affectifs, ce qui aurait contribué à développer chez eux une expression flexible et ouverte des émotions (Waller & Scheidt, 2006).

Par ailleurs, les individus ayant un score élevé à la dimension d'évitement de l'intimité auraient vécu de l'indifférence ou du rejet dans leur histoire relationnelle (Ainsworth et al., 1978). Pour se protéger de cette indifférence tout en maintenant un lien avec les figures significatives (Cassidy, 1994), ils ont développé une tendance à minimiser l'importance de ces figures et « désactivent » leurs comportements d'attachement. Ils se montrent indépendants et invulnérables devant les autres, et ils évitent l'intimité (Mikulincer & Shaver, 2007; Ravitz et al., 2009).

Pour atteindre ces fins, les individus ayant un score élevé à la dimension d'évitement utilisent plusieurs stratégies de régulation émotionnelle qui sont souvent non-adaptatives. Ils répriment leurs émotions (Mikulincer & Shaver, 2007), c'est-à-dire qu'ils les gardent hors de leur conscience (American Psychiatric Association, 2003). Également, ils évitent intentionnellement d'exprimer leurs émotions conscientes (Mikulincer & Shaver, 2007), ce qui correspond à de la suppression (American Psychiatric Association, 2003; Freud, 1966; Morris, Greer, Pettingale, & Watson, 1981;

Valiant, 1990; Watson & Greer, 1983) ou de l'inhibition (Mikulincer & Shaver, 2007). De plus, ils détournent leur attention des contenus émotionnels et se dissocient de leurs effets (Mikulincer & Shaver, 2007). Lazarus et Folkman (1984) regroupent ces stratégies émotionnelles sous le concept de « *distancing coping* ». Les émotions négatives sont particulièrement visées par ces stratégies, car elles sont plus susceptibles d'activer le système d'attachement, de traduire de la vulnérabilité (sauf la colère) et une implication dans la relation, ce qui va dans le sens contraire des objectifs préconisés par les personnes ayant un score élevé à la dimension d'évitement de l'intimité (Mikulincer & Shaver, 2007).

### **Évitement de l'intimité : associations entre l'inhibition émotionnelle et la somatisation**

Certaines études ont associé l'attachement caractérisé par un évitement de l'intimité à la somatisation (Waller & Scheidt, 2006; Waller et al., 2004; Wearden et al., 2003). Les chercheurs (Waller & Scheidt, 2006; Waller et al., 2004) expliquent ce lien entre autres par une inhibition des émotions (voir le trajet fait de très fins pointillés entre l'évitement de l'intimité, l'inhibition émotionnelle et la somatisation dans la figure 1, qui présente un modèle de la somatisation en fonction de l'attachement, de la régulation émotionnelle, du type d'affectivité et de la mentalisation), en particulier les émotions négatives. Chez les personnes ayant un score élevé à la dimension d'évitement de l'intimité, la tendance à somatiser résulterait ainsi d'une « sur-régulation » des émotions

négatives, en accord avec la « conception traditionnelle de la genèse de la somatisation » (voir la section ci-haut). La tension générée dans le corps suite à cette sur-régulation en viendrait à la longue à engendrer des symptômes physiques idiopathiques.

### **Anxiété d'abandon et intensification émotionnelle**

Les individus ayant un score élevé à la dimension d'anxiété d'abandon auraient eu des parents qui ne répondaient que minimalement ou de façon inconsistante à leurs besoins. Ils auraient donc des préoccupations par rapport à la disponibilité de leurs figures d'attachement, ce qui les porterait à « hyperactiver » leurs comportements d'attachement afin d'attirer leur attention et d'augmenter les chances qu'elles s'occupent d'eux. Ainsi, ils se montreraient vulnérables et dépendants de leurs figures d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007; Ravitz et al., 2009).

Une stratégie de régulation émotionnelle utilisée à ces fins consiste à intensifier l'expression des émotions, particulièrement celles indiquant la vulnérabilité et le besoin de protection ou d'attention (qui sont souvent des émotions négatives telles que la tristesse, la honte ou la colère; Mikulincer & Shaver, 2007). Plusieurs études ont démontré que les individus qui ont un attachement caractérisé par une anxiété d'abandon auraient une réactivité et une intensité émotionnelle élevée (p. ex., Pietromonaco & Barrett, 1997; Searle & Meara, 1999; Wei et al., 2005). Ils auraient aussi tendance à porter une attention sélective aux aspects menaçants de l'environnement ou à interpréter

comme dangereux des stimuli inoffensifs (Main, 1990). Ils porteraient une attention particulière aux signaux internes de détresse, seraient pessimistes quant à leur capacité à la gérer et seraient hypervigilants aux changements physiologiques associés aux émotions (Mikulincer & Shaver, 2007). Ces stratégies émotionnelles et cognitives correspondent au concept de « coping centré sur les émotions » de Lazarus et Folkman (1984).

### **Anxiété d'abandon : associations entre l'intensification émotionnelle et la somatisation**

Plusieurs études mettent en évidence une corrélation entre la somatisation et l'attachement anxieux dans ses diverses variantes (Ciechanowski et al., 2002; Stuart & Noyes, 1999; Wearden et al., 2005). Selon ces études, cette association s'explique par le fait que les personnes présentant une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon rapportent plusieurs symptômes somatiques afin d'exprimer leur détresse et d'obtenir du soutien, de façon congruente à leurs objectifs d'attachement. Cependant, il est possible que les personnes qui ont une tendance à l'anxiété d'abandon aient des scores élevés de somatisation non seulement en raison de leur rapport élevé de symptômes physiques, mais aussi en fonction de l'utilisation de leur stratégie de régulation émotionnelle privilégiée, soit l'intensification émotionnelle, qui pourrait créer une tension physiologique qui serait susceptible d'engendrer, à la longue, des symptômes physiques médicalement inexpliqués.

D'ailleurs, il est surprenant de constater que dans la documentation scientifique portant sur la régulation émotionnelle, la sous-régulation (c.-à-d. l'intensification) des émotions est rarement étudiée. Les résultats des quelques études s'y étant intéressées suggèrent que l'intensification de l'affect a un effet semblable à celui de l'inhibition de l'affect sur l'activité autonome, soit essentiellement l'augmentation de la pression sanguine et de la conductance de la peau (Demaree et al., 2004; Demaree et al., 2006; Kunzmann et al., 2005; Lanzetta et al., 1976; Vaughan & Lanzetta, 1981). Ces résultats soutiennent le modèle de l'effort de Gross (2001), suggérant que la modulation d'une réponse émotionnelle constitue un travail demandant pour le corps, nécessitant une augmentation de l'activité autonome. Même si le style de régulation affective des personnes présentant une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon ne se limite pas à l'intensification consciente et volontaire en situation de laboratoire impliquée dans ces études, les résultats obtenus soulèvent la possibilité qu'il puisse entraîner un accroissement nocif de l'activation physiologique qui pourrait mener à la somatisation (voir le chemin indiqué par les flèches en gras dans la figure 1).

### **Affectivité négative, attachement et somatisation**

L'affectivité négative est une « dimension générale de détresse subjective et d'engagement déplaisant qui sous-tend une variété d'états émotionnels aversifs » (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Elle comprend diverses émotions telles que la colère, le dégoût, l'anxiété, la dépression, la culpabilité ou la frustration (Cathébras, 2006). Elle

constitue une caractéristique distinctive des troubles anxieux et dépressifs (Tellegen, 1985). L'affectivité négative, lorsqu'elle est mesurée en tant que trait stable, correspond à la dimension de personnalité « névrotisme » du modèle des cinq facteurs (*big five*, Costa & McCrae, 1985; Tellegen, 1985; Watson & Clark, 1984). Les personnes ayant un fort trait d'affectivité négative ont une tendance à être introspectifs, à avoir un modèle négatif de soi et des autres, et à porter une attention sélective aux aspects négatifs de l'existence (Watson & Clark, 1984).

Les individus ayant un score élevé à la dimension d'anxiété d'abandon ou d'évitement de l'intimité présentent souvent une plus grande propension à l'affectivité négative que ceux ayant un faible score à ces deux dimensions, car leurs interactions précoces les auraient prédisposés au développement d'une tendance à la détresse et de modèles de soi ou de l'autre négatifs (Bartholomew, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; voir les flèches minces unidirectionnelles allant des deux dimensions d'attachement à l'affectivité négative dans la figure 1). Les personnes ayant une tendance à l'anxiété d'abandon ou à l'évitement de l'intimité réguleraient respectivement leur affectivité négative en utilisant leurs stratégies émotionnelles privilégiées : amplification pour l'un et inhibition pour l'autre (voir les sections précédentes). Or, l'utilisation de ces stratégies renforcerait l'affectivité négative (Mikulincer & Shaver, 2007; voir les flèches faites de tirets dans la figure 1).

Les études rapportent que l'affectivité négative est plus fortement et plus fréquemment associée avec un attachement caractérisé par une anxiété d'abandon (corrélations significatives obtenues dans toutes les études recensées par Mikulincer & Shaver (2007), d'une taille moyenne de 0,4) qu'avec un attachement caractérisé par un évitement de l'intimité (corrélations significatives obtenues dans deux études sur trois, d'une taille moyenne de 0,2; Mikulincer & Shaver, 2007).

L'affectivité négative est reconnue pour être fortement associée à la somatisation (p. ex., Watson & Pennebaker, 1989; Wearden et al., 2005); et pour constituer le meilleur prédicteur de la somatisation (p. ex., Deary, Scott, & Wilson, 1997; De Gucht, Fischler & Heiser, 2004; se référer à la flèche double curvilinéaire dans la figure 1). De plus, elle constituerait un médiateur du lien entre la somatisation et un style d'attachement caractérisé par de l'anxiété (Feeney & Ryan, 1994; Wearden et al., 2005).

L'affectivité négative serait le meilleur prédicteur de la somatisation car elle impliquerait une hypervigilance aux symptômes somatiques (Watson & Pennebaker, 1989), et un faible seuil de détection des symptômes, qu'ils soient psychologiques (anxiété, dépression) ou physiques, en lien avec une forte réactivité du système nerveux autonome (Deary et al., 1997; Hepburn, Deary, Macleod, & Frier, 1994). D'autres chercheurs avancent que l'affectivité négative implique un biais négatif dans la perception des expériences physiques (p.ex., Costa & McCrae, 1987; Stegen, van Diest, van de Woestijne, & van de Bergh, 2001; Watson & Pennebaker, 1989), et une tendance

à être « *self-focused* » ou « *internally-focused* » (Watson & Pennebaker, 1989), ce qui porterait à sur-rapporter les symptômes physiques. Il a aussi été suggéré que la somatisation serait un équivalent somatique de la détresse psychologique et des troubles anxieux et dépressifs (qui impliquent l'affectivité négative; Bridges & Goldberg, 1985), ce qui expliquerait la force importante du lien de prédiction entre l'affectivité négative et la somatisation.

Parmi ces caractéristiques de l'affectivité négative qui prédisposent à la somatisation, l'hypervigilance aux symptômes physiques, l'interprétation erronée négative de ceux-ci et la tendance à être « *internally-focused* » sont des constituants majeurs du concept d'amplification somatosensorielle (Barsky, 1992). De même, ces caractéristiques ont été décrites précédemment (sans l'accent sur les symptômes physiques ajoutée ici) comme étant typiques du « coping centré sur les émotions » (Lazarus et Folkman, 1984), reconnu pour être fréquemment utilisé par les personnes ayant une tendance à l'anxiété d'abandon (Mikulincer et Shaver, 2007). Tel que mentionné précédemment, l'affectivité négative constituerait un médiateur du lien entre la somatisation et un style d'attachement caractérisé par de l'anxiété (Feeney & Ryan, 1994; Wearden et al., 2005). Il est donc possible que l'hypervigilance aux symptômes physiques, l'interprétation erronée négative de ceux-ci et la tendance à être « *internally-focused* », et par le fait même, l'amplification somatosensorielle, jouent un rôle dans ce lien de médiation. Les personnes qui auraient une tendance à l'évitement de l'intimité détourneraient plutôt leur

attention des sentiments de détresse (Waller et al., 2004), stratégie qui serait impliquée dans leur tendance à développer des symptômes de somatisation.

### **Affectivité positive, attachement et somatisation**

L'affectivité positive est un « état d'énergie élevée, de grande concentration et d'engagement plaisant » (Watson et al., 1988). L'affectivité positive est une dimension distincte de l'affectivité négative (Watson et al., 1988), qui ne correspond pas à son pôle opposé. Une faible affectivité positive est caractérisée par de la tristesse, de la léthargie (Watson et al., 1988) et de l'anhédonie (Clark & Watson, 1991), alors que, tel que mentionné précédemment, l'affectivité négative est une « dimension générale de détresse subjective et d'engagement déplaisant qui sous-tend une variété d'états émotionnels aversifs » (Watson, Clark & Tellegen, 1988). L'affectivité positive caractérise la dépression et la discrimine des autres troubles psychiatriques (Clark & Watson, 1991; Tellegen, 1985). Lorsque mesurée comme un trait stable, l'affectivité positive correspond au facteur de personnalité « extraversion » du modèle des cinq facteurs (Costa & McCrae, 1985; Watson et al., 1988).

Barry, Lakey et Orehek (2007) ont associé les deux dimensions d'attachement à une faible affectivité positive (voir les flèches pointillées en gras dans la figure 1). L'affectivité positive est associée au sentiment de sécurité et à la présence et au soutien perçu de la figure d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007). Les personnes présentant

une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon ou d'évitement de l'intimité ont souvent vécu une carence sur ces plans et développé un modèle de soi ou de l'autre négatif (Bartholomew, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007), ce qui défavoriserait le vécu d'émotions positives.

L'association entre l'affectivité positive et la somatisation est controversée. Plusieurs chercheurs n'observent pas une telle association (Beiser, 1974; Bradburn, 1969; Harding, 1982; Watson & Pennebaker, 1989), alors que d'autres l'observent (Adler, Horowitz, Garcia, & Moyer, 1998; Billings, Folkman, Acree, & Moskowitz, 2000; De Gucht et al., 2004). Billings et al. (2000) ont vérifié que le fait d'utiliser des stratégies d'adaptation interpersonnelles (p. ex., demander conseil à un ami) augmente l'affectivité positive, qui réduit les symptômes physiques. De plus, une affectivité positive élevée a été associée à une meilleure immunocompétence (Futterman, Kemeny, Shapiro, & Fahey, 1994; Stone, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf, & Neale, 1987; Watson, 1988), et elle permettrait un retour à la normale plus rapide de l'activité du système nerveux autonome suite à une émotion négative (Fredrickson & Levenson, 1998), ce qui lui prodiguerait un effet protecteur sur la santé.

Une association entre une absence d'affectivité positive et les symptômes médicalement inexplicables a été obtenue dans deux études (Adler et al., 1998; De Gucht et al., 2004; voir la flèche grise curvilinéaire dans la figure 1). Cependant, aucune

d'entre elles ne suggère d'explication sur la façon dont la tristesse, la léthargie et l'anhédonie pourraient être impliquées dans la somatisation.

### **Mentalisation et somatisation**

Une autre variable qui pourrait jouer un rôle important dans le développement de la somatisation est la mentalisation, un processus d'auto-régulation impliqué dans l'établissement d'un lien entre les expériences précoces significatives et leurs représentations (Bouchard et al., 2008). Le concept découle des travaux effectués par Marty & de M'Uzan (1963; voir la section « conception traditionnelle de la somatisation »). Plus récemment, trois approches majeures de la mentalisation correspondant à différentes perspectives théoriques ont été développées.

#### **Les approches majeures de la mentalisation**

**La fonction réflexive.** La fonction réflexive (Fonagy & Target, 1997) est associée à l'approche développementale/psychodynamique. Elle correspond à la « capacité à envisager les états mentaux chez soi et chez l'autre, et éventuellement à développer des modèles internes qui permettent de mieux comprendre les comportements, les pensées et les sentiments tant chez soi que chez l'autre » (Fonagy & Target, 1997, p.679; traduction libre). La qualité de développement de ces modèles internes est grandement influencée par les interactions parent-enfant. Elle dépend de la capacité du parent à se représenter et

à refléter tant ses propres états émotionnels que ceux de son enfant, et à adopter un comportement conséquent avec ceux-ci.

**Les niveaux d'élaboration de l'affect.** L'approche des niveaux d'élaboration de l'affect (Lecours & Bouchard, 1997) est aussi associée à l'approche psychodynamique. La mentalisation selon cette approche consiste en la transformation des excitations physiques et des affects non traités en représentations mentales de plus en plus intriquées et complexes. Elle est mesurée selon le niveau de tolérance et d'abstraction de l'affect, et la modalité d'expression et de représentation de l'affect (Lecours & Bouchard, 1997).

**Les états mentaux.** L'approche des états mentaux (Bouchard, Normandin, & Séguin, 1995; Normandin, 1991) s'inscrit dans la perspective de la psychologie du moi et des relations d'objet. Cette approche s'intéresse particulièrement aux attitudes du moi à l'égard des expériences émotionnelles dans la situation thérapeutique, chez le thérapeute et chez le client. Les états mentaux s'échelonnaient sur un continuum allant de la pensée concrète (état le moins élaboré) à l'état mental réflexif (le plus élaboré) (Bouchard, Audet, Picard, Carrier, & Milcent, 2001; Normandin, 1991).

La fonction réflexive et les niveaux d'élaboration de l'affect sont particulièrement intéressants pour notre étude. En effet, la première est étroitement associée au style d'attachement et est particulièrement inclusive en ce qu'elle englobe la capacité à envisager ses propres états mentaux et ceux des autres. Plus spécifiquement, les

individus qui auraient un attachement insécurisant auraient eu des parents présentant des déficits au plan de la fonction réflexive, ce qui aurait limité le développement de la leur (Fonagy & Target, 1997; se référer aux flèches minces bidirectionnelles allant des deux dimensions d'attachement aux déficits de mentalisation dans la figure 1). L'approche des niveaux d'élaboration de l'affect est très pertinente en raison de son lien conceptuel avec l'alexithymie et la somatisation.

### **Déficits dans la capacité à envisager ses propres états mentaux et somatisation**

L'alexithymie est reconnue pour être associée à la somatisation (p. ex., Cox, Kuch, Parker, Shulman, & Evans, 1994; Todarello, Taylor, Parker, & Fanelli, 1995), quoique certains chercheurs contredisent cette association (p. ex., Bach, Bach, & de Zwaan, 1996; Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001). Une conceptualisation récente de l'alexithymie repose sur trois caractéristiques, soit 1- la difficulté à identifier ses émotions, 2- la difficulté à décrire ses émotions et 3- une pensée tournée vers l'extérieur (Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Les deux premiers facteurs s'apparentent à la partie « difficulté à envisager ses propres états mentaux » de la fonction réflexive. L'alexithymie impliquerait une faible symbolisation des affects, qui auraient alors tendance à s'exprimer via des symptômes somatiques (Cathébras, 2006). De même, selon Lecours et Bouchard (1997), lorsque l'élaboration mentale de l'affect est faible, celui-ci « est exprimé viscéralement par des sensations physiques multiples, des désordres fonctionnels et des lésions somatiques » (p. 855; traduction libre). Ainsi, selon Lecours et Bouchard (1997), et en accord avec les travaux sur l'alexithymie, les déficits

de mentalisation de ses états mentaux, opérationnalisés dans la présente étude au moyen d'une mesure de l'alexithymie, pourraient être impliqués dans la somatisation (voir la flèche pleine discontinuée entre les déficits de mentalisation et la somatisation dans la figure 1).

### **Déficits dans la capacité à envisager ses propres états mentaux, attachement insécurisant, et régulation émotionnelle**

Plusieurs études associent l'alexithymie à l'attachement caractérisé par une élévation à la dimension d'évitement de l'intimité (Blumberg, 1998; Buchheim & Mergenthaler, 2000; Scheidt et al. 1999) et à l'inhibition émotionnelle (Helmes, McNeill, Holden, & Jackson, 2008; Pennebaker & Seagal, 1999) qui est souvent associée à cette dimension d'attachement. L'alexithymie a aussi été associée de façon consistante avec l'attachement caractérisé par de l'anxiété d'abandon (Hexel, 2003; Montebanocci et al., 2004; Picardi, Toni, & Caroppo, 2005). De plus, l'intensification des émotions qui est fréquemment associée à cette dimension d'attachement limiterait la différenciation et l'identification des émotions en raison d'une trop grande activation des contenus émotionnels négatifs (Mikulincer & Orbach, 1995; Mikulincer & Shaver, 2007).

### **La capacité à envisager les états mentaux chez les autres : un aspect à explorer dans l'étude de la somatisation**

Tel que mentionné précédemment, l'hypothèse traditionnelle de la somatisation met l'accent sur la restriction de ses propres affects ou de leur expression. En accord avec

cette hypothèse, la recherche sur la somatisation a porté un intérêt privilégié à la perception et à la régulation de ses propres émotions; une seule étude portant sur les liens entre la somatisation et la capacité à envisager les états mentaux des autres a été recensée. Or, le concept de fonction réflexive propose d'élargir le champ conceptuel en ajoutant la perception des états mentaux des autres, qui incluent leurs émotions, à la perception de ses propres états mentaux. Bien que ces mécanismes soient en principe étroitement reliés, il est possible qu'ils montrent en réalité un certain degré d'indépendance, ce qui permettrait de délimiter l'apport de chacun à la somatisation et de constater à quel point un déficit sur le plan de la mentalisation de l'autre complémente un déficit sur le plan de la mentalisation de soi dans l'explication de la somatisation.

Dans la seule étude recensée portant sur les liens entre la somatisation et la capacité à envisager les états mentaux des autres, Subic-Wrana, Beutel, Knebel, et Lane (2010) observent que des patients somatoformes performant significativement moins bien que des sujets en santé à la tâche d'animation Frith-Happé (Castelli, Happé, Frith, & Frith, 2000). Cette tâche mesure la théorie de l'esprit (c-à-d. la capacité à comprendre et interpréter les pensées, croyances, intentions et émotions chez les autres; et la conscience que les autres ont des états mentaux différents des nôtres, ce qui peut expliquer leurs comportements, Hooker, Verosky, Germine, Knight, & D'Esposito, 2008; Subic-Wrana et al., 2010) d'un point de vue d'avantage cognitif qu'affectif. Cette étude indique que, comme c'est le cas pour un déficit dans la capacité à envisager ses

propres états mentaux, un déficit dans la capacité à envisager ceux des autres pourrait être associé à la somatisation.

**Capacité à envisager les états mentaux chez les autres et empathie.** La capacité à envisager les états mentaux des autres est en relation étroite avec l'empathie. En effet, tant l'une que l'autre nécessitent de comprendre les états mentaux des autres. Hooker et al. (2008) avancent que la capacité à prédire la réponse émotionnelle chez quelqu'un (qui implique la capacité à envisager l'état mental de l'autre, entre autre en activant ses propres représentation affectives en lien avec l'état mental prédit chez l'autre) est associée à une plus grande empathie. Selon eux, plus les régions neuronales impliquées dans la mentalisation des émotions de l'autre sont activées, plus l'empathie risque d'être développée (Hooker et al., 2008), ces deux processus étant en quelque sorte imbriqués.

Preston et de Waal (2002) avancent que la perception d'un état mental chez l'autre active automatiquement, chez le sujet qui le perçoit, une représentation de cet état. Par exemple, lorsqu'une personne envisage un état de tristesse chez quelqu'un d'autre, sa représentation de la tristesse (basée sur ses propres expériences de tristesse) serait activée. Dans cette situation (situation d'empathie), l'état mental et l'activité neuronale du sujet percevant seraient en résonance avec l'état mental de l'autre. On a donné le nom de « neurones miroirs » pour qualifier l'activité des neurones du sujet percevant dans une telle situation de résonance avec l'état mental (et affectif) de l'autre (situation d'empathie; Preston & de Waal, 2002).

Finalement, parmi l'ensemble des éléments considérés comme des états mentaux, notamment les besoins, désirs, émotions et pensées, la présente étude met l'accent sur un en particulier, soit les émotions. En fonction de cette spécificité, la parenté entre perception de l'état mental de l'autre et empathie devient si grande que la seconde peut à toutes fins pratiques être considérée comme un représentant approximatif de la première. C'est pourquoi une mesure d'empathie sera utilisée pour opérationnaliser la partie de la mentalisation qui porte sur la capacité à envisager les états mentaux de l'autre.

### **Hypothèses de recherche**

L'ensemble des liens décrits précédemment a permis de construire un modèle de la somatisation en fonction de l'attachement, de la régulation émotionnelle, du type d'affectivité et de la mentalisation (voir figure 1 ci-dessous). Afin de vérifier partiellement ce modèle, les hypothèses suivantes seront testées : 1) plus le score d'affectivité négative sera élevé, plus la somatisation sera élevée; 2) plus la dimension d'évitement de l'intimité sera élevée, plus l'inhibition émotionnelle sera élevée; 3) plus la dimension d'anxiété d'abandon sera élevée, plus l'intensification émotionnelle sera élevée; 4) plus le score à l'indice d'intensification émotionnelle sera élevé, plus la somatisation sera élevée; 5) plus le score à l'indice d'inhibition émotionnelle sera élevé, plus la somatisation sera élevée; 6) plus les indices de mentalisation seront faibles, plus la somatisation sera élevée; 7) l'intensification émotionnelle exercera un effet de médiation sur le lien entre l'anxiété d'abandon et la somatisation; 8) l'inhibition

émotionnelle exercera un effet de médiation sur le lien entre l'évitement de l'intimité et la somatisation; 9) l'affectivité négative exercera un effet de médiation sur le lien entre l'anxiété d'abandon et la somatisation. En vertu de son aspect controversé dans les résultats de recherche, aucune hypothèse n'est formulée au sujet de l'affectivité positive en lien avec la somatisation.

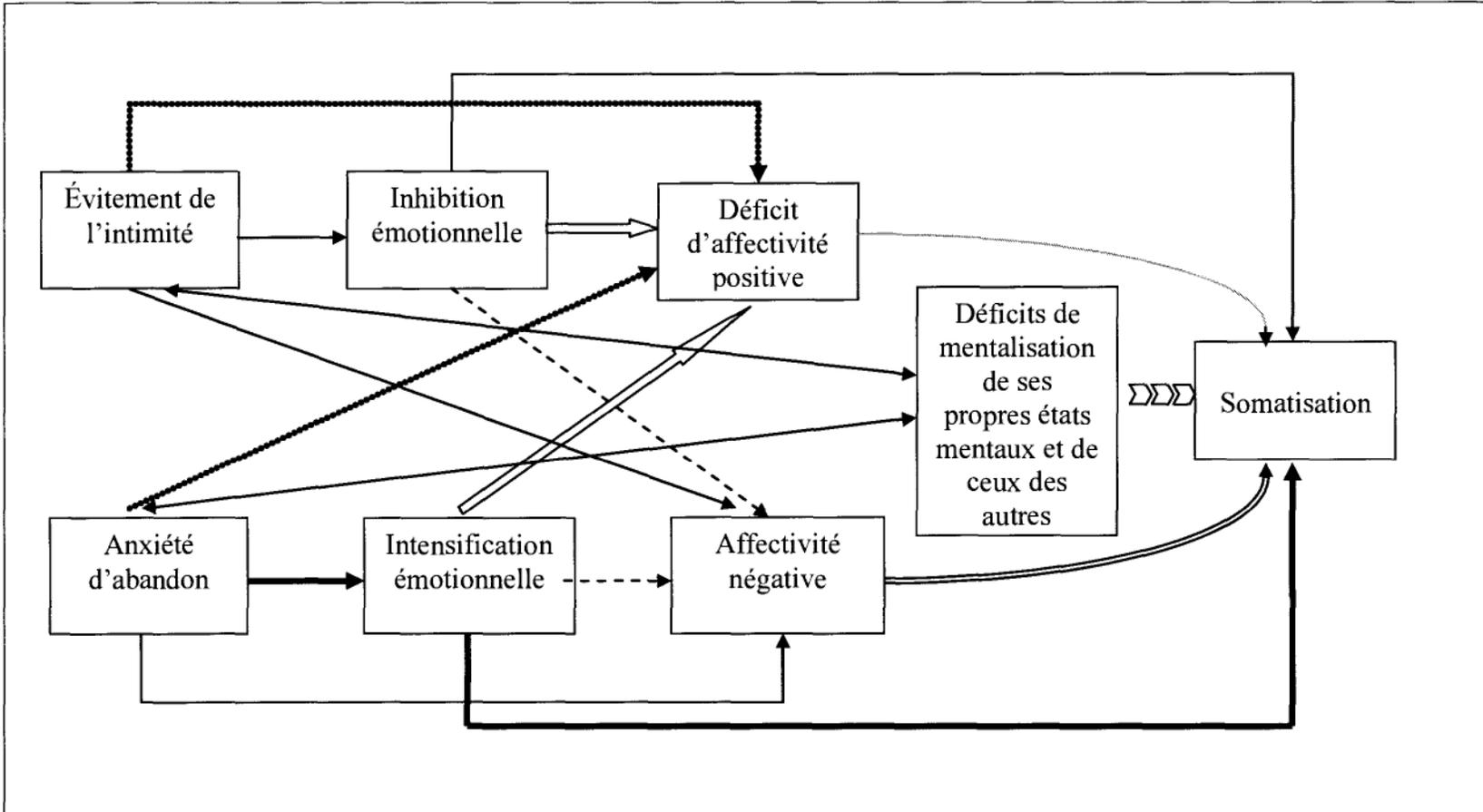


Figure 1. Modèle de la somatisation en fonction de l'attachement, de la régulation émotionnelle et de la mentalisation.

## **Méthode**

## **Participants**

Les participants ont tous rempli un questionnaire sociodémographique (voir appendice A) qui incluait, en plus des informations sociodémographiques de base, des questions portant sur la présence d'une ou de plusieurs affection(s) inexpliquée(s) ou partiellement expliquée(s) médicalement, sur l'identification de l'affection ou des affection(s) présentée(s), sur les traitements suivis, et sur la prise de médicaments psychopharmacologiques. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient avoir rapporté dans ce questionnaire au moins une affection dont la cause est inexpliquée ou partiellement expliquée médicalement. Ils étaient âgés de 18 ans et plus (entre 18 et 77 ans). Ils parlaient français ou anglais. Les participants inclus dans l'étude devaient avoir rempli tous les questionnaires. Les données sociodémographiques en fonction de la langue d'administration des questionnaires sont présentées au tableau 1. Le tableau 2 présente la fréquence des affections inexpliquées ou partiellement expliquées médicalement dans l'échantillon en fonction de la langue d'administration des questionnaires.

Tableau 1

*Données sociodémographiques des participants en fonction de la langue d'administration des questionnaires*

Caractéristique	Francophones		Anglophones		Total	
	<i>n</i> = 156	%	<i>n</i> = 81	%	<i>N</i> = 237	%
<b>Sexe</b>						
Homme	12	7,69	4	4,94	16	6,75
Femme	144	92,31	77	95,06	221	93,25
<b>Statut civil</b>						
Célibataire	25	16,03	16	19,75	41	17,30
Marié/ en union libre	109	69,87	49	60,49	158	66,67
Séparé/ divorcé	22	14,10	16	19,75	38	16,03
<b>Statut d'emploi</b>						
Travailleur	79	50,64	37	45,68	116	48,95
Étudiant	8	5,13	11	13,58	19	8,02
Retraité	24	15,38	7	8,64	31	13,08
Aide sociale/ invalidité/ assurance emploi/ CSST/ arrêt travail ou maladie	45	28,85	26	32,10	71	29,96
<b>Niveau de scolarité</b>						
Primaire	2	1,28	1	1,23	3	1,27
Secondaire	37	23,72	20	24,69	57	24,05
Études professionnelles	40	25,64	12	14,81	52	21,94
Collégial	30	19,23	25	30,86	55	23,21
Universitaire	47	30,13	23	28,40	70	29,54
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Âge	43,8	12,33	39,91	12,34	42,47	12,44

Tableau 2

*Fréquence des affections inexpliquées ou partiellement expliquées médicalement en fonction de la langue d'administration des questionnaires*

Affections	Francophones		Anglophones		Total	
	<i>n</i> =	%	<i>n</i> = 81	%	<i>N</i> =	%
Fibromyalgie	75	48,08	46	56,79	121	51,05
Arthrite (polyarthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique)	25	16,03	25	30,86	50	21,10
Douleur chronique	65	41,67	47	58,02	112	47,26
Encéphalomyélite myalgique (syndrome de fatigue chronique)	37	23,72	28	34,57	65	27,43
Syndrome de l'intestin irritable	52	33,33	44	54,32	96	40,51
Dyspepsie non ulcéreuse	9	5,77	1	1,23	10	4,22
Reflux gastro-oesophagien	31	19,87	11	13,58	42	17,72
Hypersensibilité chimique multiple	12	7,69	16	19,75	28	11,81
Cystite interstitielle	70	44,87	117	20,99	87	36,71
Autre	38	24,36	24	29,63	62	26,16

*Note.* Les participants peuvent indiquer la présence de plusieurs affections. En conséquence, les totaux excèdent 100% et la somme des fréquences totalise plus que la taille de l'échantillon pour chacun des groupes.

## **Considérations éthiques**

Les personnes ayant des symptômes médicalement inexplicables constituent une population vulnérable. Des précautions ont été prises afin qu'elles puissent obtenir un soutien psychologique dans le cas où leur participation à l'étude aurait suscité des émotions désagréables. À cet effet, l'adresse web du répertoire des coordonnées des différents Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) du Québec leur a été fournie dans le formulaire d'information (voir appendice B).

## **Instruments de mesure**

### **Affectivité négative et positive**

Le *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) de Watson et al. (1988; voir appendice C) a été utilisé afin de mesurer les affectivités négative et positive. Pour la version francophone, la traduction de Gaudreau, Sanchez, & Blondin (2006; voir appendice D) a été utilisée. Cet instrument auto-rapporté est composé de 20 adjectifs, 10 décrivant des affects positifs, et 10 des affects négatifs. Il s'administre en cinq minutes ou moins. Le participant doit indiquer à quel point chacun des adjectifs décrit comment il se sent sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 = « très peu ou pas du tout » à 5 = « énormément ». Le questionnaire peut être utilisé avec 7 différentes consignes temporelles allant de « présentement » à « généralement ». Dans le cadre de cette étude, la consigne temporelle « généralement » a été utilisée étant donné que nous voulions

mesurer un trait stable, qui correspond au facteur de personnalité « anxiété-névrotisme » (Watson et al., 1988). Le PANAS donne deux scores dimensionnels: 1) le score d'affectivité positive, qui indique à quel point la personne se sent enthousiaste, active et alerte (un faible score indique de la tristesse et de la léthargie), et 2) le score d'affectivité négative, indiquant dans quelle mesure la personne vit de la détresse subjective, ce qui implique plusieurs émotions et affects désagréables tels que la colère, le mépris, le dégoût, la peur et la nervosité (un faible score indique un état de calme et de sérénité; Watson et al., 1988).

Dans sa version anglophone, le PANAS présente une bonne cohérence interne, le coefficient *alpha* est de 0,88 pour la sous-échelle « affectivité positive » et de 0,87 pour la sous-échelle « affectivité négative ». La fidélité test-retest à un intervalle de huit semaines est satisfaisante ( $r = 0,68$  pour la sous échelle « affectivité positive » et  $r = 0,71$  pour la sous-échelle « affectivité négative »; Watson et al., 1988). La version francophone du PANAS utilisée (Gaudreau et al., 2006) présente une bonne cohérence interne. Le coefficient *alpha* de Cronbach est de 0,90 (échantillon 1) et 0,91 (échantillon 2) pour l'échelle « affectivité positive » et de 0,80 (échantillon 1) et 0,84 (échantillon 2) pour l'échelle « affectivité négative » (Gaudreau et al., 2006).

### **Attachement**

Le *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan et al., 1998; voir appendice E) a été utilisé pour mesurer l'attachement adulte. L'instrument traduit par Lafontaine et

Lussier (2003; voir appendice F) a été utilisé pour la version francophone. Ce questionnaire dimensionnel comprend 36 items concernant différentes façons de se sentir en relation, 18 mesurant l'anxiété face à l'abandon et 18 l'évitement de l'intimité. La cotation se fait sur une échelle de Likert en sept points (1 = « fortement en désaccord », 4 = « neutre/partagé » et 7 = « fortement en accord »). Le questionnaire donne deux scores moyens, un pour chaque dimension de l'attachement : anxiété d'abandon et évitement de l'intimité. Dans sa version francophone, le questionnaire de Lafontaine et Lussier (2003), qui mesure l'attachement amoureux, a été légèrement adapté pour mesurer l'attachement avec les proches (amis, famille, conjoint). Essentiellement, les modifications consistent en un remplacement, dans différents items, de l'expression « mon partenaire amoureux » par « mes proches ».

L'instrument présente une très bonne cohérence interne, les coefficients de la version originale anglophone sont de 0,94 pour l'échelle évitement de l'intimité et de 0,91 pour l'échelle anxiété d'abandon (Brennan et al., 1998). Les coefficients test-retest varient entre 0,50 et 0,75 en fonction de l'intervalle de temps entre les deux mesures et de l'échantillon utilisé (Mikulincer & Shaver, 2007). Dans la version francophone, les coefficients *alpha* sont de 0,88 pour les deux échelles (Lafontaine & Lussier, 2003). La validité factorielle est bonne, les coefficients observés confirment le modèle bidimensionnel de l'attachement (Lafontaine & Lussier, 2003).

## Somatisation

La version auto-administrée du *Quantification Inventory for Somatoform Syndromes* (QUISS; Wedekind, Bandelow, Fentzahn, Trümper, & Rüter, 2007; voir appendice G) a été utilisée dans le but de mesurer la sévérité de la somatisation. La particularité de cet instrument est qu'il permet de mesurer non seulement les symptômes somatiques, mais aussi les composantes cognitives et comportementales des troubles somatoformes. Ainsi, il est un des rares instruments à tenir compte de la complexité et des différents aspects de la somatisation. Le test s'administre en un maximum de 20 minutes. L'instrument est constitué de 18 items, 17 sont à répondre sur une échelle de Likert en cinq points. Pour répondre aux questions, la personne doit se référer à la dernière semaine. L'un des items comprend 41 symptômes somatiques à cocher. Suite à la cotation des symptômes, deux échelles « résumé » doivent être remplies. L'une porte sur le nombre de symptômes (0 = « aucun » à 4 = « plus de 12 »), l'autre considère le nombre de groupes de symptômes (gastro-intestinaux, douloureux, cardiopulmonaires, pseudo-neurologiques, urogénitaux/sexuels et non spécifiques) présentés (0 = « aucun » à 4 = « 6 groupes »). Le QUISS donne un score total variant entre 0 et 76, obtenu en additionnant les scores des 17 items à répondre sur une échelle du Likert et ceux des deux échelles « résumé des symptômes ».

Le QUISS possède une cohérence interne élevée, le coefficient *alpha* de Cronbach est de 0,88. La fidélité test-retest à intervalles de trois jours répétés s'élève à 0,87 ( $p < 0,05$ ) et les corrélations entre les échelles varient entre 0,64 et 0,88 (Wedekind et al.,

2007). La validité factorielle indique la présence de quatre facteurs qui expliquent 64% de la variance des résultats : 1) réduction générale de la qualité de vie et du fonctionnement social et professionnel, 2) dysfonction cognitive et fausses croyances concernant la santé, incluant les croyances hypocondriaques 3) symptômes présentés, 4) sévérité des symptômes et consommation de médicaments (Wedekind et al., 2007). Cependant, les auteurs privilégient une solution à un facteur car ce facteur général explique à lui seul une partie importante de la variance, soit 40% (Wedekind et al., 2007). La fidélité test-retest ( $r = 0,87$ ) est très satisfaisante.

Un processus de double traduction inversée (Vallerand, 1989) a été utilisé pour traduire le QUISS en français. Deux étudiants au doctorat en psychologie clinique bilingues (dont l'auteure de cette thèse) ont traduit de façon indépendante le QUISS original en français. Ensuite, deux autres personnes bilingues ont chacun retraduit en anglais une des versions francophones. Un comité de recherche composé de l'auteure de cette thèse, de l'étudiant au doctorat en psychologie ayant effectué la traduction du QUISS en français et d'une personne bilingue externe ont comparé les deux traductions francophones et anglophones à la version originale du QUISS. Ils ont débattu des meilleurs termes de la langue française à utiliser pour créer une version québécoise la plus fidèle et valide possible du QUISS. À la suite d'un consensus entre les différents membres du comité, la version francophone du QUISS (voir appendice H) a été obtenue.

## **Mentalisation**

Afin de mesurer la capacité à envisager ses propres états mentaux de la mentalisation, le *Twenty-item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby et al., 1994; voir appendice I) a été utilisé. Ce questionnaire comprend 20 énoncés à répondre sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 = « fortement en désaccord » à 5 = « fortement en accord ». Il présente une structure en trois facteurs : 1) difficulté à identifier ses émotions, 2) difficulté à décrire ses émotions et 3) pensée tournée vers l'extérieur; un score pour chaque facteur ainsi qu'un score global est obtenu. Seuls les scores des deux premiers facteurs ont été considérés car ils réfèrent à la capacité à identifier et décrire ses propres états mentaux et émotions, alors que le troisième facteur mesure davantage le style cognitif impliqué dans l'alexithymie.

La cohérence interne de la version originale anglophone de l'instrument est acceptable, le coefficient *alpha* de Cronbach est de 0,81 pour le grand total, 0,78 pour le facteur « difficulté à identifier ses émotions », 0,75 pour le facteur « difficulté à décrire ses émotions », et 0,66 pour le facteur « pensée tournée vers l'extérieur ». Le coefficient de fidélité test-retest à un intervalle de trois semaines est de 0,77. L'analyse factorielle confirme une structure en trois facteurs et les corrélations inter-item indiquent une bonne homogénéité (Bagby et al., 1994). La version francophone de l'instrument (voir appendice J) a été obtenue de Graeme J. Taylor, l'un des auteurs du questionnaire original; ses propriétés psychométriques n'avaient pas été évaluées. Les coefficients *alpha* de notre échantillon auquel a été administrée la version francophone sont

comparables à ceux de la version anglophone, soit de 0,85 pour le grand total, 0,78 pour le facteur « difficulté à identifier ses émotions », 0,78 pour le facteur « difficulté à décrire ses émotions » et 0,59 pour le facteur « pensée tournée vers l'extérieur ».

Afin de mesurer la capacité à envisager les états mentaux chez les autres de la mentalisation, le *Interpersonal Reactivity Index* (Davis, 1980; voir appendice K) a été utilisé. Pour la version francophone (voir appendice L), la traduction canadienne-française obtenue de l'un de ses auteurs, Yvan Lussier, a été utilisée. Cet instrument mesure les composantes cognitives et émotionnelles de l'empathie. Il comprend 28 énoncés à répondre sur une échelle de Likert en 5 points, allant de 0 = « ne me décrit pas bien » à 4 = « me décrit très bien ». Le test possède 4 sous-échelles : 1) fantaisie, 2) souci empathique, 3) adaptation contextuelle, et 4) détresse psychologique.

Les propriétés psychométriques de la version originale du questionnaire sont satisfaisantes. Les corrélations test-retest à un intervalle de 60 à 75 jours varient entre 0,61 et 0,81 et les coefficients *alpha* entre 0,70 et 0,78, en fonction du sexe et des différentes sous-échelles (Davis, 1980). La cohérence interne de la version francophone est similaire, les coefficients *alpha* de Cronbach varient entre 0,72 et 0,77 en fonction des différentes sous-échelles (Y. Lussier, communication personnelle, 28 juin 2010).

### **Intensification émotionnelle**

L'échelle « amplification émotionnelle » du *The Emotion Amplification and Reduction Scales* (TEARS; Hamilton et al., 2009; voir appendice M) a été utilisée afin de mesurer la tendance à intensifier les émotions. L'instrument a été traduit en français (voir appendice N) avec la procédure de double traduction inversée décrite plus haut (voir section sur le QUISS). Ce questionnaire comprend 18 questions, neuf concernent l'habileté à utiliser des stratégies d'amplification émotionnelle (intensification, utilisation à son avantage et prolongement de l'émotion), et neuf l'habileté à utiliser des stratégies de réduction émotionnelle (atténuation, suppression, contrôle et prévention de l'émotion). Le participant indique sa réponse sur une échelle de Likert en quatre points allant de 1 = « pas du tout vrai pour moi » à 4 = « très vrai pour moi ». Le TEARS donne deux scores, un pour la réduction et l'autre pour l'amplification émotionnelle. La cohérence interne de l'instrument est bonne, le coefficient *alpha* de Cronbach est de 0,87 pour l'échelle « amplification émotionnelle » et de 0,89 pour l'échelle « réduction émotionnelle » (Hamilton et al., 2009).

Afin de mesurer la réactivité émotionnelle faisant partie de l'intensification émotionnelle, le *Emotion Reactivity Scale* (ERS; Nock, Wedig, Holmberg, & Hooley, 2008; voir appendice O) a été utilisé. Pour la version francophone (voir appendice P), une traduction de l'instrument a été effectuée avec la méthode de double traduction inversée (voir section sur le QUISS). Le ERS comprend 21 questions à répondre sur une échelle de Likert en cinq points (0 = « pas du tout comme moi » à 4 = « totalement

comme moi »). Le ERS donne un grand total variant entre 0 et 84 (Nock et al., 2008). Il comprend trois sous-échelles, soit la sensibilité, l'intensité, et la persistance émotionnelles. Par contre, les auteurs affirment qu'il est préférable d'utiliser le score total de l'instrument, les trois sous-échelles étant trop semblables (Nock et al., 2008). La cohérence interne de la version originale du questionnaire est très bonne, l'*alpha* de Cronbach s'élève à 0,94. Les validités de construit, convergente, divergente et de critère ont été vérifiées et paraissent acceptables (Nock et al., 2008).

### **Inhibition émotionnelle**

Afin de mesurer la tendance à atténuer, supprimer, contrôler les émotions et à empêcher l'apparition, l'échelle « réduction émotionnelle » du TEARS (Hamilton et al., 2009; voir appendice M) a été utilisée (voir la section « Intensification émotionnelle » pour la description et les propriétés psychométriques de l'instrument). Le degré de contrôle et de suppression des réactions émotionnelles a aussi été mesuré à l'aide du *Courtauld Emotional Control Scale* (CECS; Watson & Greer, 1983; voir appendice Q). La version francophone utilisée (voir appendice R) a été tirée de l'étude de Tchen et al. (2004). L'instrument comprend 21 questions à répondre sur une échelle de Likert en quatre points allant de 1 = « presque jamais » à 4 = « presque toujours », dont sept concernent les réactions à la colère, sept les réactions à l'humeur dépressive et sept les réactions à l'anxiété. Un score est obtenu en faisant la somme des items associés à chaque échelle.

La version originale anglophone du CECS présente une très bonne cohérence interne, les coefficients *alpha* varient entre 0,86 et 0,88 selon les sous-échelles. Au niveau de la fidélité test-retest, les corrélations varient entre 0,84 et 0,89 selon les sous-échelles (Watson & Greer, 1983). Les propriétés psychométriques de l'instrument francophone n'ont pas pu être obtenues. Les coefficients *alpha* obtenus sur notre échantillon francophone sont de 0,93 pour le score total, 0,77 pour l'échelle colère, 0,86 pour l'échelle humeur dépressive et de 0,85 pour l'échelle anxiété d'abandon.

### **Questionnaire sociodémographique**

Un questionnaire a été conçu afin d'obtenir les informations sociodémographiques de base. De plus, le participant est invité à identifier l'affection ou les affections non expliquée(s) médicalement dont il souffre et les traitements auxquels il recourt pour ses symptômes. Le questionnaire sociodémographique est présenté à l'appendice A.

### **Déroulement**

Les participants ont été recrutés par le biais d'associations de maladies qui sont médicalement inexpliquées ou partiellement expliquées, de groupes Facebook et de forums concernant ces maladies, et de cliniques susceptibles d'accueillir des patients ayant ces maladies (voir l'appendice S pour la liste). Des cliniques et groupes Facebook francophones et anglophones ont été sollicités, les associations et forums étaient

francophones. Les responsables des associations ont été contactés afin de leur demander de publier l'annonce de l'étude (voir appendice T) sur leur site Internet et dans leur locaux, et de l'envoyer à la liste de distribution de leurs membres. Pour ce qui est du recrutement sur le site Facebook, la chercheuse principale a créé un profil de l'étude et a joint différents groupes concernant des maladies non expliquées médicalement. L'annonce de l'étude a été publiée sur le « mur » des groupes, après avoir obtenu l'autorisation des gestionnaires de ceux-ci. Un fonctionnement similaire a été utilisé pour le recrutement via les forums. Des cliniques médicales ont été contactées directement pour les inviter à mettre l'annonce de l'étude, jointe à l'envoi, dans leurs locaux. La chercheuse principale est allée directement poser l'annonce dans certaines cliniques de Montréal qui avaient consenti à participer à l'étude. Finalement, tous les médecins membres de l'association des gastro-entérologues du Québec ont été invités, via leur liste de distribution, à mettre l'annonce de l'étude dans leur clinique. Chaque personne qui a consenti à publier l'annonce de l'étude a reçu de l'information sur le projet de recherche et a été invitée à consulter le formulaire d'information soumis aux participants. La chercheuse principale de l'étude était disponible pour répondre aux questions par courriel ou téléphone.

L'annonce décrivait brièvement l'étude et invitait les personnes ayant une maladie non complètement expliquée médicalement à se rendre au site Survey Monkey hébergeant les questionnaires en ligne. Deux adresses étaient disponibles, l'une hébergeant les questionnaires en français et l'autre les questionnaires en anglais. En se

rendant sur le site, les participants étaient dans un premier temps invités à lire le formulaire d'information. Ils ont été informés qu'en répondant aux questionnaires, ils acceptaient librement de participer à l'étude. La participation était anonyme. Le temps pour remplir les questionnaires était d'environ 45 minutes. Les participants devaient avoir répondu à tous les items d'une page pour passer à la suivante. Une fois le questionnaire rempli, ils accédaient à une page de remerciement avec l'adresse web où les résultats de l'étude seront affichés lorsqu'ils seront disponibles.

## Résultats

Avant de procéder au calcul des statistiques descriptives de l'échantillon, nous avons effectué une analyse en composantes principales du QUISS en quatre facteurs afin de distinguer les différents aspects de la somatisation. Wedekind et al. (2007) ont rapporté que la validité factorielle du QUISS indique la présence de quatre facteurs, mais ils n'ont pas mentionné quels items les composent. L'analyse en composante principale présentée au tableau 3 permet d'obtenir cette information. Le facteur « impact sur la qualité de vie et le fonctionnement » est composé des items 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9; le facteur « préoccupations par rapport à la santé » est composé des items 10, 11, 12, 14, 16 et 17; le facteur « symptômes » est composé des items 2a) et 2b); et le facteur « traitements médicaux » est composé des items 13 et 18 (voir appendice G pour consulter les items). L'item 15, qui fait référence à la demande d'assistance d'autres personnes pour effectuer les tâches quotidiennes, n'a pas été retenu car il est difficile de l'associer à l'un ou l'autre des facteurs. La somme des items inclus dans un facteur correspond au score de ce facteur. Les noms des variables que nous avons obtenus sont très similaires à ceux obtenus par Wedekind et al. (2007).

### **Statistiques descriptives**

Les statistiques descriptives des échantillons en fonction de la langue dans laquelle les questionnaires ont été administrés (français et anglais) sont présentées au tableau 4.

Tableau 3

*Analyse en composantes principales en quatre facteurs avec rotation varimax du QUISS*

Item	Facteur du QUISS				
	Impact sur la qualité de vie/ fonctionnement	Préoccupations par rapport à la santé	Symptômes	Traitements médicaux	Communalités
1	0,71	0,32			0,63
2a)			0,87		0,82
2b)			0,87		0,79
3	0,61				0,42
4	0,81				0,69
5	0,82				0,72
6	0,77				0,65
7	0,72		0,33	0,33	0,74
8	0,76			0,33	0,75
9	0,72				0,69
10		0,80			0,67
11		0,82			0,70
12		0,82			0,71
13		0,33		0,53	0,40
14		0,61			0,40
15	0,46		0,52		0,54
16		0,47	0,37		0,39
17		0,78			0,68
18				0,81	0,68
% de la variance expliquée					
	25,65	18,76	11,95	7,23	

*Note.*  $N = 237$ . Seules les pondérations supérieures à 0,30 sont présentées dans ce tableau. QUISS = Quantification Inventory for Somatoform Syndromes.

Tableau 4

*Scores moyens et écarts types au QUISS et ses sous-échelles, aux échelles du PANAS, du ECR et du TEARS, au ERS, au TAS-20, et au IRI selon la langue d'administration des questionnaires*

Questionnaire	Français ( <i>n</i> = 156) <i>M</i> ( <i>ÉT</i> )	Anglais ( <i>n</i> = 81) <i>M</i> ( <i>ÉT</i> )	Total ( <i>N</i> = 237) <i>M</i> ( <i>ÉT</i> )	<i>d</i>
<b>PANAS</b>				
Positif	29,87 (7,33)*	27,16 (7,42)*	28,95 (7,45)	0,37
Négatif	27,21 (7,59)	27,15 (8,73)	27,19 (7,98)	0,01
QUISS	43,46 (13,28)	45,53 (11,49)	44,17 (12,71)	0,16
Préoccupations par rapport à la santé	11,63 (6,36)	12,81 (5,22)	12,03 (6,01)	0,16
Symptômes	5,56 (1,52)	5,44 (1,47)	5,52 (1,50)	0,08
Impacts sur qualité de vie/ fonctionnement	20,79 (6,55)	20,81 (5,60)	20,80 (6,23)	0,00
Utilisation traitements médicaux	3,66 (2,49)	4,21 (1,79)	3,85 (2,29)	0,24
<b>ECR</b>				
Anxiété d'abandon	3,70 (1,17)	3,78 (1,29)	3,72 (1,21)	0,07
Évitement de l'intimité	3,68 (1,15)	3,66 (1,12)	3,67 (1,14)	0,02
<b>TEARS</b>				
Amplification émotionnelle	22,26 (5,99)	23,31 (5,91)	22,62 (5,97)	0,18
Inhibition émotionnelle	20,27 (6,69)	21,20 (6,95)	20,59 (6,78)	0,14
ERS	45,74 (19,18)	43,57 (18,64)	45,00 (18,98)	0,11
CECS	52,40 (12,60)	53,19 (14,05)	52,67 (13,09)	0,06
TAS-20	53,71 (12,83)	50,84 (12,30)	52,73 (12,70)	0,23
Facteurs DIF et DDF	34,54 (9,90)	32,49 (9,63)	33,84 (9,84)	0,21
IRI	65,38 (12,64)*	68,84 (12,07)*	66,57 (12,53)	0,28

*Note.* PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; QUISS = Quantification Inventory for Somatoform Syndromes; ECR = Experiences in Close Relationships; TEARS = The Emotion Amplification and Reduction Scales; ERS = Emotion Reactivity Scale; CECS = Courtauld Emotional Control Scale; TAS-20 = Twenty-item Toronto Alexithymia Scale; DIF = Difficulty to Identify Feelings; DDF = Difficulty to describe feelings; IRI = Interpersonal Reactivity Index.

\*  $p < 0,05$ .

Afin de vérifier si les résultats des groupes « français » et « anglais » devaient être analysés ensemble ou séparément, nous avons comparé leurs scores moyens respectifs pour chacun des questionnaires. Les tests *t* révèlent que les deux groupes ont des scores moyens qui ne diffèrent pas significativement sur la majorité des mesures. Les scores moyens d'affectivité positive (PANAS positif) sont significativement plus élevés chez les personnes qui ont répondu aux questionnaires en français que chez ceux qui y ont répondu en anglais. Il y a aussi une différence significative entre les deux groupes au niveau de la capacité à envisager les états mentaux chez les autres (IRI), les individus qui ont répondu aux questionnaires en anglais ayant des scores moyens plus élevés que ceux qui y ont répondu en français. Néanmoins, étant donné qu'il y a peu de différence entre les groupes « français » et « anglais » si on tient compte de l'ensemble des mesures, et que les tailles d'effet sont relativement modestes, les données des deux groupes ont été réunies en un seul groupe pour les analyses subséquentes.

### **Corrélations**

Afin d'effectuer une vérification préliminaire des sept premières hypothèses de l'étude, une série de corrélations bivariées a été effectuée. La matrice des corrélations est présentée au tableau 5.

Tableau 5

*Corrélations bivariées entre les dimensions du PANAS, le QUISS et ses sous-échelles, les dimensions du ECR, les échelles du TEARS, le ERS, les sous-échelles DIF et DDF du TAS-20, et le IRI*

Variabes	2	3	4	5	6	7
1. Ppos <sup>a</sup>	-0,31**	-0,34**	-0,35**	-0,25**	-0,18**	-0,08
2. Pnég <sup>b</sup>		0,36**	0,22**	0,47**	0,23**	0,01
3. QUISS			0,85**	0,77**	0,52**	0,55**
4. Qqual <sup>c</sup>				0,40**	0,43**	0,37**
5. Qpréocsanté <sup>d</sup>					0,24**	0,30**
6. Qsx <sup>e</sup>						0,19**
7. Qtxmé <sup>f</sup>						
8. ECRévit <sup>g</sup>						
9. ECRanx <sup>h</sup>						
10. Tampl <sup>i</sup>						
11. Tréd <sup>j</sup>						
12. ERS						
13. CECS						
14. Difddf <sup>k</sup>						
15. IRI						
16. IRIfant <sup>m</sup>						
17. IRIsouci <sup>n</sup>						
18. IRIdapt <sup>o</sup>						
19. IRIdét <sup>p</sup>						

(suite)

*Note.* PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; QUISS = Quantification Inventory for Somatoform Syndromes; ECR = Experiences in Close Relationships; TEARS = The Emotion Amplification and Reduction Scales; ERS = Emotion Reactivity Scale; CECS = Courtauld Emotional Control Scale; TAS-20 = Twenty-item Toronto Alexithymia Scale; IRI = Interpersonal Reactivity Index. (suite)

Tableau 5

*Corrélations bivariées entre les dimensions du PANAS, le QUISS et ses sous-échelles, les dimensions du ECR, les échelles du TEARS, le ERS, les sous-échelles DIF et DDF du TAS-20, et le IRI (suite)*

Variables	8	9	10	11	12	13
1. Ppos <sup>a</sup>	-0,46**	-0,27**	0,45**	0,30**	-0,33**	-0,24**
2. Pneg <sup>b</sup>	0,41**	0,59**	0,01	-0,45**	0,71**	0,19**
3. QUISS	0,21**	0,19**	-0,07	-0,15*	0,24**	0,11
4. Qqual <sup>c</sup>	0,16*	0,04	-0,13*	-0,11	0,09	0,14*
5. Qpréocsa <sup>d</sup>	0,23**	0,31**	-0,03	-0,21**	0,35**	0,05
6. Qsx <sup>e</sup>	0,18**	0,15*	-0,02	-0,08	0,19**	0,04
7. Qtxméd <sup>f</sup>	0,03	0,01	0,04	0,08	0,03	0,05
8. ECRévit <sup>g</sup>		0,35**	-0,20**	-0,14*	0,35**	0,59**
9. ECRanx <sup>h</sup>			0,05	-0,35**	0,61**	0,20**
10. Tampl <sup>i</sup>				0,28**	0,06	-0,10
11. Tréd <sup>j</sup>					-0,58**	0,07
12. ERS						0,06
13. CECS						
14. Difddf <sup>k</sup>						
15. IRI						
16. IRIfant <sup>l</sup>						
17. IRIsouci <sup>m</sup>						
18. IRIdapt <sup>n</sup>						
19. IRIdét <sup>o</sup>						

(suite)

<sup>a</sup>PANAS positif. <sup>b</sup>PANAS négatif. <sup>c</sup>Sous-échelle impact sur la qualité de vie et le fonctionnement du QUISS. <sup>d</sup>Sous-échelle préoccupations par rapport à la santé du QUISS. <sup>e</sup>Sous-échelle symptômes du QUISS. <sup>f</sup>Sous-échelle traitements médicaux du QUISS. <sup>g</sup>Échelle évitement de l'intimité du ECR. <sup>h</sup>Échelle anxiété d'abandon du ECR. <sup>i</sup>Échelle amplification du TEARS. <sup>j</sup>Échelle réduction du TEARS. <sup>k</sup>Composantes difficulté à identifier ses émotions et difficulté à décrire ses émotions du TAS-20. <sup>l</sup>Échelle fantaisie du IRI. <sup>m</sup>Échelle souci empathique du IRI. <sup>n</sup>Échelle adaptation contextuelle du IRI. <sup>o</sup>Échelle détresse personnelle du IRI.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

Tableau 5

*Corrélations bivariées entre les dimensions du PANAS, le QUISS et ses sous-échelles, les dimensions du ECR (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité), les échelles du TEARS, le ERS, les sous-échelles DIF et DDF du TAS-20, et le IRI (suite)*

Variabes	14	15	16	17	18	19
1. Ppos <sup>a</sup>	-0,35**	-0,12	-0,08	0,02	0,09	-0,27**
2. Pneg <sup>b</sup>	0,45**	0,29**	0,27**	0,08	-0,23**	0,50**
3. QUISS	0,20**	0,18**	0,09	0,17*	0,06	0,12
4. Qqual <sup>c</sup>	0,10	0,10	0,03	0,12	0,09	0,01
5. Qpréocsanté <sup>d</sup>	0,29**	0,22**	0,13*	0,12	-0,02	0,26**
6. Qsx <sup>e</sup>	0,18**	0,19**	0,16*	0,19**	0,05	0,07
7. Qtxméf <sup>f</sup>	-0,03	-0,03	-0,08	0,05	0,07	-0,07
8. ECRévit <sup>g</sup>	0,48**	0,07	0,11	-0,13*	-0,13*	0,26**
9. ECRanx <sup>h</sup>	0,48**	0,28**	0,29**	0,03	-0,15*	0,44**
10. Tampl <sup>i</sup>	-0,12	0,10	0,17*	0,03	0,08	-0,06
11. Tréd <sup>j</sup>	-0,28**	-0,18**	-0,10	0,02	0,19**	-0,48**
12. ERS	0,45**	0,30**	0,23**	0,06	-0,24**	0,58**
13. CECS	0,42**	0,02	0,06	-0,06	-0,02	0,04
14. Difddf <sup>k</sup>		0,11	0,12	-0,09	-0,29**	0,46**
15. IRI			0,72**	0,69**	0,55**	0,43**
16. IRIfant <sup>l</sup>				0,31**	0,18**	0,15*
17. IRIsouci <sup>m</sup>					0,47**	-0,01
18. IRIdapt <sup>n</sup>						-0,23**
19. IRIdét <sup>o</sup>						

### Association entre l'affectivité négative et la somatisation

Il existe une relation positive entre l'affectivité négative et le QUISS total et tous ses facteurs, à l'exception du facteur traitements médicaux, ce qui corrobore la première

hypothèse. L'affectivité négative est la variable de l'étude qui corrèle le plus fortement avec les scores de somatisation (sauf le facteur « utilisation des traitements médicaux »).

### **Association entre l'affectivité positive et la somatisation**

Il existe une corrélation négative entre les scores d'affectivité positive et le QUISS total et ses facteurs (sauf le facteur « utilisation des traitements médicaux »). L'affectivité positive constitue la deuxième variable (après l'affectivité négative) dont les corrélations sont les plus élevées avec le QUISS total.

### **Associations entre l'évitement de l'intimité et l'inhibition émotionnelle**

Nous observons une forte relation positive entre l'indice d'évitement de l'intimité du ECR et le CECS. Une très faible corrélation significative négative est observée entre le TEARS réduction et l'évitement de l'intimité. En vertu de ces résultats, il semble que la force de la relation postulée par la deuxième hypothèse dépende de la mesure de l'inhibition émotionnelle utilisée. Dans l'ensemble, l'hypothèse est donc partiellement corroborée.

### **Associations entre l'anxiété d'abandon et l'intensification émotionnelle**

L'indice d'anxiété d'abandon est fortement positivement corrélé avec l'échelle d'intensification émotionnelle (ERS). La corrélation entre l'anxiété d'abandon et l'échelle amplification émotionnelle du TEARS ne s'avère pas significative. Il semble que la force de la relation postulée par la troisième hypothèse dépende de la mesure de

l'intensification émotionnelle utilisée. Dans l'ensemble, l'hypothèse est donc partiellement corroborée.

#### **Associations entre l'intensification émotionnelle et la somatisation**

Il existe une corrélation positive faible à modérée entre le ERS et l'indice global de somatisation. Cette relation est principalement attribuable aux facteurs « symptômes » et « préoccupations par rapport à la santé » du QUISS, les autres facteurs de la somatisation n'étant pas significativement corrélés à l'ERS. Il n'y a pas de relation significative entre le TEARS amplification et le QUISS total, seule une corrélation très faible et négative entre le TEARS amplification et le facteur « impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement s'avère significative ». La quatrième hypothèse est donc partiellement corroborée, la relation n'étant significative qu'avec la mesure ERS.

#### **Associations entre l'inhibition émotionnelle et la somatisation**

Le CECS n'est pas corrélé significativement avec le QUISS total, mais il l'est très faiblement avec le facteur « impact sur la qualité de vie et le fonctionnement ». Il existe une corrélation négative très faible mais tout de même significative entre le TEARS réduction et la mesure globale de somatisation, ce qui va dans le sens contraire de la cinquième hypothèse. Le facteur « préoccupations par rapport à la santé » du QUISS contribue en grande partie à cette corrélation. Ces résultats ne corroborent pas la cinquième hypothèse.

### **Associations entre la mentalisation et la somatisation**

Le QUISS total et les facteurs « symptômes » et « préoccupations par rapport à la santé » sont corrélés avec l'indice de difficulté à envisager ses propres états mentaux (sous échelles « difficulté à identifier ses émotions » et « difficulté à décrire ses émotions » du TAS-20). Le facteur « préoccupations par rapport à la santé » du QUISS est plus fortement corrélé aux sous-échelles du TAS que le QUISS total.

Le QUISS total est faiblement, mais tout de même significativement corrélé positivement avec la capacité à envisager les états mentaux chez les autres mesurée par le IRI, ce qui va dans le sens contraire de ce qui était attendu. Les facteurs « préoccupations par rapport à la santé » et « symptômes » du QUISS (les seuls significativement liés au IRI en plus du score total) et « souci empathique » et « détresse personnelle » du IRI, sont ceux qui collaborent le plus à cette corrélation.

En vertu de ces résultats, la sixième hypothèse est corroborée en ce qui concerne l'aspect « capacité à envisager ses propres états mentaux » de la mentalisation, mais pas en ce qui concerne l'aspect « capacité à envisager les états mentaux chez les autres ».

### **Autres observations concernant les dimensions d'attachement**

L'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité tels que mesurés par l'ECR sont corrélés significativement avec le score total et la majorité échelles de la somatisation, les corrélations vont de façon générale dans le sens du modèle proposé. Il existe des

corrélations significatives négatives entre l'anxiété d'abandon et le TEARS réduction, et entre l'évitement de l'intimité et le TEARS amplification, ce qui va aussi dans le sens du modèle.

Les deux dimensions d'attachement sont associées positivement à l'ERS et au CECS. L'anxiété d'abandon est toutefois corrélée beaucoup plus fortement à l'ERS qu'au CECS et l'évitement de l'intimité est associé beaucoup plus fortement au CECS qu'à l'ERS.

#### **Autres observations concernant les affectivités négative et positive**

Il existe des corrélations de modérées à fortes entre l'affectivité négative et les deux dimensions du ECR, l'intensification émotionnelle du ERS, la réduction émotionnelle du TEARS (corrélation négative), et la difficulté à envisager ses propres états mentaux (facteurs « difficulté à identifier ses émotions » et « difficulté à décrire ses émotions » du TAS-20). Une relation faible existe aussi entre l'affectivité négative et le CECS. De même, l'affectivité positive montre des corrélations négatives de modérées à fortes avec l'indice d'évitement de l'intimité du ECR, le ERS et les deux facteurs du TAS-20 et faibles avec l'indice d'anxiété d'abandon et le CECS. L'affectivité positive est corrélée positivement avec l'amplification émotionnelle et la réduction émotionnelle du TEARS.

### **Autre observation concernant la difficulté à envisager ses propres états mentaux**

Les corrélations qui varient entre 0,4 et 0,5 entre les sous-échelles « difficulté à identifier ses émotions » et « difficulté à décrire ses émotions » du TAS-20 et les dimensions d'attachement du ECR, le ERS et le CECS sont aussi très intéressantes et vont dans le sens du modèle proposé.

### **Analyses par équations structurelles**

Afin de tester le modèle proposé à la fin du contexte théorique (voir figure 1), et plus spécifiquement dans le but de vérifier les hypothèses huit, neuf et dix impliquant des liens de médiation, des analyses par équations structurelles ont été réalisées. Les analyses ont été effectuées à partir du logiciel Mplus 4.1 avec la méthode d'estimation « maximum de vraisemblance » (*Maximum Likelihood*; Muthén & Muthén, 2006). Le participant 94 n'a pas été inclus dans les analyses structurelles étant donné qu'il a rapporté n'avoir aucun symptôme au QUISS, les analyses ont donc été effectuées avec un échantillon de 236 participants.

### **Modèle de mesure**

Avant de procéder à l'analyse par équations structurelles, nous avons effectué l'évaluation du modèle de mesure suivant la méthode de Bollen (1989). Trois parcelles ont été créées à partir des items de chaque construit de l'étude (p. ex., les items de l'échelle « amplification émotionnelle » du TEARS sont séparés en trois, chaque sous-

ensemble constituant une parcelle). L'avantage de créer trois parcelles, donc trois scores, pour chaque construit de l'étude (qui devient ainsi une variable latente), est de permettre une estimation de ce construit et de son erreur de mesure. Afin que les parcelles représentent bien les construits mesurés, le calcul des corrélations item-total corrigées a été effectué pour créer des paires d'items équilibrées. Les paires sont constituées de l'item ayant la plus faible corrélation et de l'item ayant la plus forte corrélation avec le construit total; elles sont ensuite respectivement distribuées dans les trois parcelles (voir Mallinckrodt & Wei, 2005). La moyenne des items de chaque parcelle constitue un indicateur du construit latent. Le modèle de mesure a été testé, et la correspondance avec les données est bonne :  $\chi^2$  (360,  $N = 236$ ) = 563,04,  $p < 0,01$ ;  $CFI = 0,96$ ;  $TLI = 0,95$ ;  $RMSEA = 0,049$  (borne supérieure de l'intervalle de confiance à 90% = 0,057); et  $SRMR = 0,044$ . Les saturations factorielles des parcelles sur leur variable latente sont présentées au tableau 6. Elles sont toutes relativement élevées (la plus basse étant 0,69) et significatives ( $p < 0,001$ ), ce qui suggère que les variables latentes de l'étude sont bien représentées par leurs indicateurs. Seules les valeurs associées à la variable « capacité à envisager les états mentaux des autres » sont un peu plus faibles, quoiqu'acceptables. Nous y reviendrons dans le cadre de la présentation du modèle structurel.

### **Analyses structurelles préliminaires**

Une série d'analyses structurelles préliminaires a permis de conclure que le comportement des indices d'intensification et d'inhibition des émotions TEARS amplification et TEARS réduction était bien inférieur à celui des indices ERS et CECS

Tableau 6

*Saturation factorielle du modèle de mesure*

Variables latentes et indicateurs	Coefficients <i>alpha</i>	Coefficients standardisés	<i>es</i>	Coefficients standardisés/ <i>es</i>
Évitement de l'intimité				
Parcelle 1	0,79	0,92	0,02	54,13
Parcelle 2	0,65	0,88	0,02	44,28
Parcelle 3	0,76	0,83	0,02	35,27
Anxiété d'abandon				
Parcelle 1	0,81	0,89	0,02	44,35
Parcelle 2	0,76	0,86	0,02	39,61
Parcelle 3	0,73	0,88	0,02	44,09
Affectivité positive				
Parcelle 1	0,50	0,75	0,03	22,51
Parcelle 2	0,70	0,88	0,02	37,21
Parcelle 3	0,80	0,86	0,03	34,78
Affectivité négative				
Parcelle 1	0,63	0,88	0,02	39,91
Parcelle 2	0,71	0,81	0,03	28,94
Parcelle 3	0,76	0,82	0,03	31,13
Inhibition émotionnelle <sup>a</sup>				
Parcelle 1	0,83	0,74	0,03	22,10
Parcelle 2	0,88	0,86	0,02	37,86
Parcelle 3	0,87	0,90	0,02	45,02
Intensification émotionnelle <sup>b</sup>				
Parcelle 1	0,90	0,95	0,01	81,10
Parcelle 2	0,90	0,90	0,02	59,46
Parcelle 3	0,82	0,81	0,03	32,73

(suite)

Tableau 6

*Saturation factorielle du modèle de mesure (suite)*

Variables latentes et indicateurs	Coefficients alpha	Coefficients standardisés	es	Coefficients standardisés/es
<b>Difficulté à envisager ses états mentaux</b>				
Parcelle 1	0,60	0.82	0.03	28.26
Parcelle 2	0.69	0.82	0.03	27.93
Parcelle 3	0.70	0.83	0.03	28.88
<b>Capacité à envisager les états mentaux des autres<sup>c</sup></b>				
Parcelle 1	0.41	0.73	0.05	15.11
Parcelle 2	0.43	0.69	0.05	14.36
Parcelle 3	0.58	0.75	0.05	16.21
<b>Symptômes et impacts sur qualité de vie/fonctionnement</b>				
Parcelle 1	0.68	0.90	0.02	52.09
Parcelle 2	0.71	0.89	0.02	49.84
Parcelle 3	0.80	0.91	0.02	57.53
<b>Préoccupations par rapport à la santé</b>				
Parcelle 1	0.58	0.78	0.03	22.92
Parcelle 2	0.57	0.83	0.03	27.29
Parcelle 3	0.76	0.81	0.03	25.44

Note.  $N = 236$ . Les valeurs coefficients standardisés/es sont au seuil de  $p < 0,001$ . Les variables « symptômes et impacts sur qualité de vie/fonctionnement » et « préoccupations par rapport à la santé » ont été obtenus en effectuant une analyse factorielle du QUISS en deux facteurs (voir la section « analyses structurelles préliminaires »).

<sup>a</sup> Mesurée avec le *Courtauld Emotional Control Scale* (CECS). <sup>b</sup> Mesurée avec le *Emotion Reactivity Scale* (ERS). <sup>c</sup> Mesurée avec la version réduite du *Interpersonal reactivity Index* (IRI réduit).

pour ces mêmes variables. Le pouvoir prédictif des échelles du TEARS était en effet très faible comparé aux deux autres échelles. Conséquemment, les échelles du TEARS ont été laissées de côté, au profit des indices ERS et CECS.

Afin de ne pas complexifier le modèle à outrance, nous avons tenté de diminuer le nombre d'indices associés à la somatisation tout en préservant autant que possible la richesse de l'information comprise dans les données. Premièrement, puisque la sous-échelle « traitements médicaux » ne corrèle significativement avec aucune autre variable, les items qui la constituent n'ont pas été retenus. De même, l'item 15 (voir appendice G), qui fait référence à la demande d'assistance d'autres personnes pour effectuer les tâches quotidiennes, qu'il est difficile d'associer à l'une ou l'autre des sous-échelles, a été laissé de côté. Enfin, en raison du fait que l'item 2b corrèle à près de 0,8 avec l'item 2a, seul l'item 2a a été retenu pour éviter les problèmes de multicollinéarité. Dans un deuxième temps, les items restant ont été soumis à une analyse en composantes principales. Les résultats (voir tableau 7) indiquent la présence de deux composantes, qui reprennent près de 58% de la variance des items. Ces composantes peuvent être nommées « symptômes et impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement » et « préoccupations par rapport à la santé ». En effet, la première composante rassemble les items des facteurs « symptômes » et « impact sur la qualité de vie et le fonctionnement » (items 1, 2a), 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), alors que la seconde composante recoupe directement la structure du facteur « préoccupations par rapport à la santé » (items 10, 11, 12, 14, 16, 17; voir appendice G). Tous les items montrant des

Tableau 7

*Analyse en composante principales en deux facteurs avec rotation varimax du QUISS*

Item	Facteur du QUISS		Communalités
	Symptômes et impact sur la qualité de vie/ fonctionnement	Préoccupations par rapport à la santé	
1	0,71	0,33	0,61
2a)	0,51		0,26
3	0,53		0,29
4	0,76		0,62
5	0,81		0,68
6	0,80		0,64
7	0,83		0,70
8	0,84		0,74
9	0,81		0,69
10		0,81	0,66
11		0,83	0,70
12		0,83	0,69
14		0,62	0,40
16		0,50	0,32
17		0,79	0,69
% de la variance expliquée			
	41,67	16,32	

*Note.*  $N = 236$ . Seules les pondérations supérieures à 0,30 sont présentées dans ce tableau. QUISS = *Quantification Inventory for Somatoform Syndromes*.

coefficients de saturation substantiels sur leur composante respective, ils ont tous été retenus et répartis en parcelles selon la procédure mentionnée précédemment.

Finalement, comme le IRI n'apportait pas de contribution au modèle, nous nous sommes interrogés sur la nature des sous-échelles et des items qu'il comprend. Après examen, il nous est apparu que seule une poignée d'items semblait correspondre à la notion de capacité à se représenter les états mentaux d'autrui. Il s'agit des items 3, 8, 11, 15, 21, 25 et 28 (voir appendice K). Ces items composent la sous-échelle « adaptation contextuelle », qui fait référence à la tendance à se préoccuper de la perspective de l'autre. Trois parcelles ont été construites à partir de ces sept items selon la méthode déjà décrite. Ces parcelles, ainsi que la variable latente qu'ils représentent (soit le « IRI réduit »), ont été utilisées dans l'ensemble des analyses structurelles, y compris le modèle de mesure.

### **Modèles structureaux**

Deux modèles correspondant aux hypothèses de l'étude (voir le contexte théorique) sont présentés. Le premier modèle inclut toutes les variables sauf celles relatives à la mentalisation. En effet, étant donné le comportement non optimal du IRI en termes de fidélité et, jusqu'à un certain point, de validité, nous avons préféré exclure les variables de mentalisation du modèle dans un premier temps, ce qui offrait par ailleurs l'avantage de réduire sa complexité. Dans le second modèle, les variables de mentalisation ont été ajoutées. Cette stratégie en deux temps, inspirée de la régression hiérarchique, devait entre autre nous permettre de vérifier si l'ajustement du modèle allait chuter de façon importante avec l'ajout de la mentalisation et de suivre les modifications que pourraient entraîner leur inclusion sur les liens entre les variables révélés par le premier modèle.

Le premier modèle (modèle A), qui permet de vérifier les hypothèses un à cinq, et sept à neuf, montre une excellente correspondance avec les données :  $\chi^2$  [232] = 328,292,  $p < 0,01$ ;  $CFI = 0,98$ ;  $TLI = 0,97$ ;  $RMSEA = 0,042$  [borne supérieure de l'intervalle de confiance à 90% = 0,052];  $SRMR = 0,047$ ;  $AIC = 11718,50$ ;  $BIC$  ajusté à la taille de l'échantillon = 11745,57. Les coefficients standardisés du modèle A sont présentés à la figure 2. Tel qu'explicité ci-dessus, le second modèle (modèle B) inclut, en plus des liens proposés dans le modèle A, la capacité à envisager ses propres états mentaux et ceux des autres. La correspondance du modèle B avec les données est excellente, quoique légèrement moins bonne que celle du modèle A, car il y a augmentation de la variance inexpliquée :  $\chi^2$  [376] = 584,523,  $p < 0,01$ ;  $CFI = 0,95$ ;  $TLI = 0,95$ ;  $RMSEA = 0,048$  [borne supérieure 90% de l'intervalle de confiance à 90% = 0,056];  $SRMR = 0,057$ ;  $AIC = 14803,64$ ;  $BIC$  ajusté à la taille de l'échantillon = 14838,654. Les coefficients standardisés du modèle B sont présentés à la figure 3.

En comparant les deux modèles, on peut observer que l'ajout de la mentalisation de ses propres états mentaux et de ceux des autres dans le modèle B n'exerce qu'une influence mineure sur les liens entre les autres variables de l'étude. On constate tout de même que le coefficient standardisé entre l'intensification émotionnelle et l'affectivité positive est significatif dans le modèle A ( $\beta = -0,20$ ) et démontre plutôt une tendance statistique dans le modèle B ( $\beta = -0,19$ ). Il en est de même pour le coefficient standardisé entre l'affectivité positive et les préoccupations par rapport à la santé, qui passe de -0,16 dans le modèle A à -0,14 dans le modèle B. De plus, l'inhibition

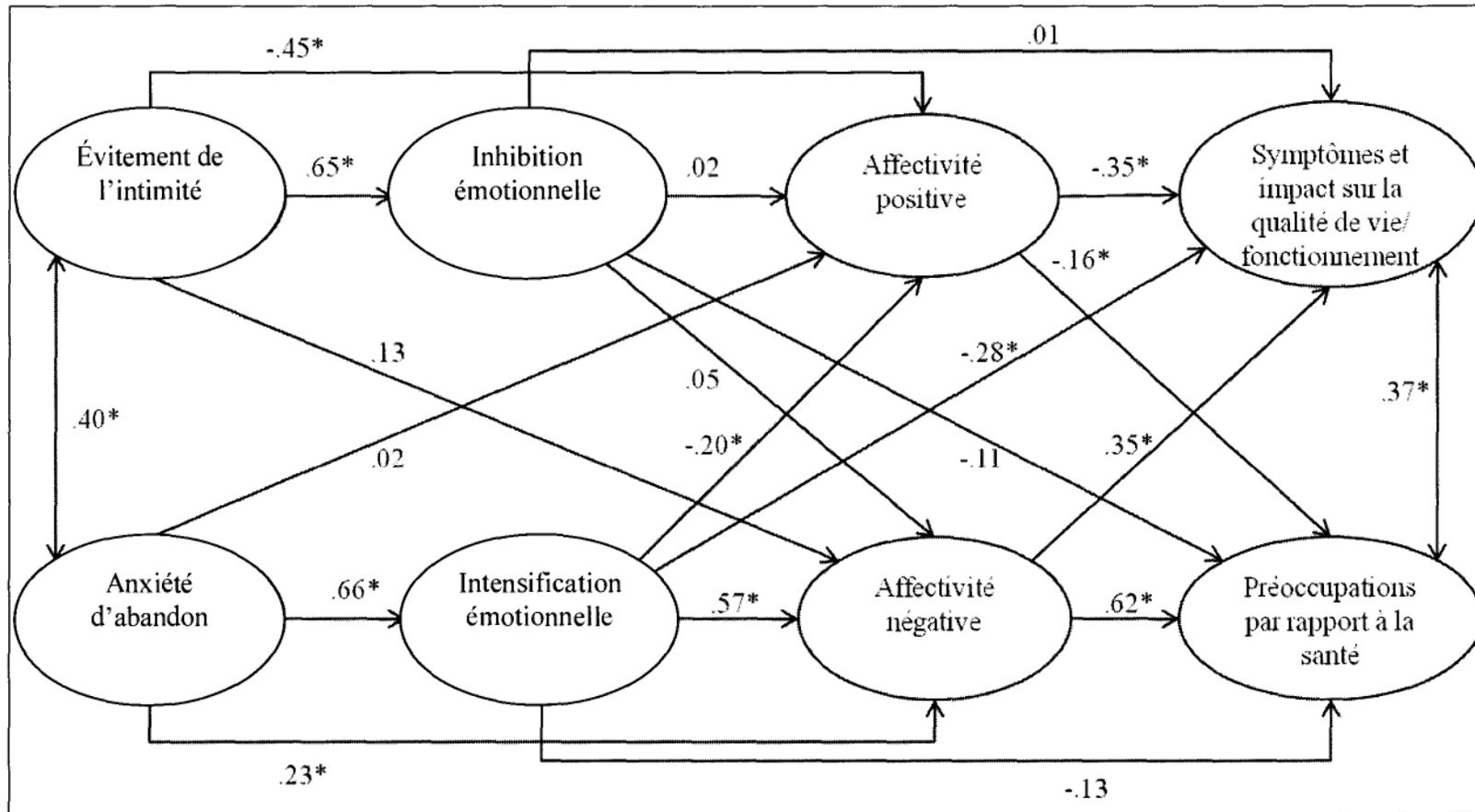


Figure 2. Modèle de prédiction de la somatisation n'incluant pas les mesures de mentalisation (modèle A)

\*  $p < 0,05$

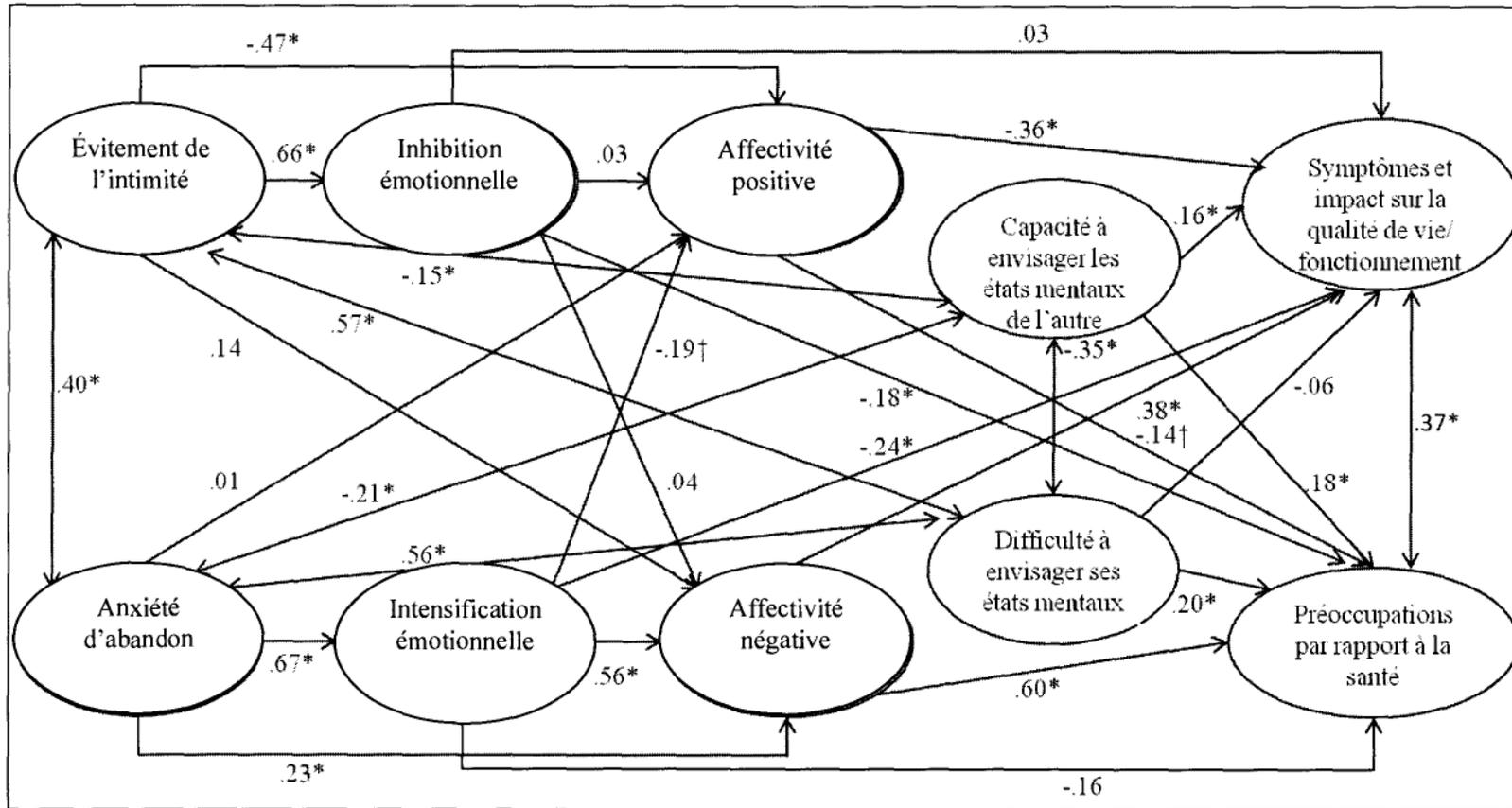


Figure 3. Modèle de prédiction de la somatisation incluant les mesures de mentalisation (modèle B)

\*  $p < 0,05$

émotionnelle ne prédit pas significativement les préoccupations par rapport à la santé dans le modèle A ( $\beta = -0,11$ ); l'ajout des variables de mentalisation dans le modèle B rend ce lien de prédiction significatif ( $\beta = -0,18$ ).

Le modèle A explique 19,6% de la variance des « symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement » et 32,1% de la variance des « préoccupations par rapport à la santé ». En additionnant ces pourcentages de variance expliquée, nous obtenons celui de la somatisation, qui s'élève à 51,7%. Les pourcentages de variance expliquée par le modèle B sont de 23,1% pour les « symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement », de 36,1% pour les « préoccupations par rapport à la santé » et de 59,2% pour la somatisation globale. Ainsi, l'ajout des deux variables de mentalisation dans le modèle B permet d'augmenter le pourcentage de variance expliquée par rapport au modèle A de façon importante. Nous observons une augmentation de 3,5% pour les « symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement », de 4% pour les « préoccupations par rapport à la santé » et donc de 7,5% pour la somatisation globale.

### **Analyse des effets de médiation**

Les hypothèses sept et huit de l'étude sont à l'effet que l'intensification émotionnelle exerce un effet de médiation sur le lien entre l'anxiété d'abandon et la somatisation, et que l'inhibition émotionnelle exerce un effet de médiation sur le lien entre l'évitement

de l'intimité et la somatisation. La neuvième hypothèse vise à vérifier que l'affectivité négative exerce un effet de médiation sur le lien entre l'anxiété d'abandon et la somatisation. Les effets de médiation ont été vérifiés à l'aide de la procédure de biais corrigés « *bootstrap* » (Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006; Shrout & Bolger, 2002), qui est une méthode de ré-échantillonnage. Dix mille estimations du modèle ont été effectuées afin d'obtenir les intervalles de confiance corrigés. Les effets indirects sont présentés au tableau 8, ils sont significatifs lorsque l'intervalle de confiance de la moyenne de l'effet indirect à 95% n'inclut pas zéro.

En lien avec la septième hypothèse, l'intensification émotionnelle est un médiateur partiel du lien de prédiction entre l'anxiété d'abandon et les symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement. Cet effet de médiation est de trois types. Le premier chemin (voir ligne 1 du tableau 8) est significatif dans le modèle A seulement. Il passe par un effet de l'intensification émotionnelle sur le lien entre les deux variables (anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → symptômes et leurs impacts). Contrairement à l'hypothèse, cet effet est négatif; l'intensification émotionnelle diminue les symptômes et leurs impacts. Le deuxième chemin (voir ligne 2 du tableau 8) est significatif dans les deux modèles, il passe par un effet de l'intensification émotionnelle sur les symptômes et leurs impacts via l'affectivité négative (anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → affectivité négative → symptômes et leurs impacts). Conformément à l'hypothèse, le lien est positif, l'intensification émotionnelle augmente les symptômes et leurs impacts via l'affectivité

négative. Le troisième chemin (voir ligne 3 du tableau 8) passe par un effet de l'intensification émotionnelle sur les symptômes et leurs impacts via l'affectivité positive (anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → affectivité positive → symptômes et leurs impacts); il n'est significatif dans aucun des deux modèles, bien qu'il montre une tendance statistique ( $0,05 < p < 0,10$ ) dans chacun de ceux-ci. Conformément à l'hypothèse, le lien est positif, l'intensification émotionnelle tend à augmenter les symptômes et leurs impacts via l'affectivité positive. Dans l'ensemble, la septième hypothèse est donc partiellement corroborée en ce qui concerne l'aspect « symptômes et leurs impacts » de la somatisation.

Dans les deux modèles, l'intensification émotionnelle exerce un effet de médiation significatif sur le lien entre l'anxiété d'abandon et les préoccupations par rapport à la santé via l'affectivité négative (anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → affectivité négative → préoccupations par rapport à la santé; voir ligne 4 du tableau 8). Il est à noter que cet effet de médiation est plus fort que celui qui n'implique que l'affectivité négative (anxiété d'abandon → affectivité négative → préoccupations par rapport à la santé; voir ligne 5 du tableau 8). Les deux autres chemins (anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → préoccupations par rapport à la santé, et anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → affectivité positive → préoccupations par rapport à la santé) ne sont significatifs dans aucun des deux modèles (voir lignes 6 et 7 du tableau 8).

Tableau 8

Analyse des effets indirects et de médiation par la procédure bootstrap

	Variable indépendante	Variable médiatrice	Variable dépendante	Modèle sans mentalisation			Modèle avec mentalisation		
				$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC de la moyenne de l'effet indirect à 95% ( $p =$ probabilité que $\beta$ moyen soit nul)	$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC de la moyenne de l'effet indirect à 95% ( $p =$ probabilité que $\beta$ moyen soit nul)
1	Attachement anxieux	Réactivité émotionnelle	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	-,19	,08	-0,34 à -0,03 ( $p = 0,02$ )	-,16	,08	-0,32 à 0,004 ( $p = 0,06$ )
2	Attachement anxieux	Réactivité émotionnelle et affectivité négative	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	,13	,05	0,03 à 0,23 ( $p = 0,01$ )	,14	,05	0,04 à 0,24 ( $p = 0,00$ )
3	Attachement anxieux	Réactivité émotionnelle et affectivité positive	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	,05	,03	-0,001 à 0,10 ( $p = 0,06$ )	,05	,03	-0,004 à 0,10 ( $p = 0,07$ )

(suite)

Tableau 8

*Analyse des effets indirects et de médiation par la procédure bootstrap (suite)*

	Variable indépendante	Variable médiatrice	Variable dépendante	Modèle sans mentalisation			Modèle avec mentalisation		
				$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC ( $p$ )	$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC ( $p$ )
4	Anxiété d'abandon	Intensification émotionnelle et affectivité négative	Préoccupations par rapport à la santé	,23	,05	0,13 à 0,34 ( $p = 0,00$ )	,23	,05	0,12 à 0,33 ( $p = 0,00$ )
5	Anxiété d'abandon	Affectivité négative	Préoccupations par rapport à la santé	,14	,06	0,04 à 0,25 ( $p = 0,01$ )	,14	,05	0,04 à 0,24 ( $p = 0,01$ )
6	Anxiété d'abandon	Intensification émotionnelle	Préoccupations par rapport à la santé	-,09	,07	-0,23 à 0,06 ( $p = 0,23$ )	-,10	,08	-0,25 à 0,05 ( $p = 0,17$ )
7	Anxiété d'abandon	Intensification émotionnelle et affectivité positive	Préoccupations par rapport à la santé	,02	,01	-0,01 à 0,05 ( $p = 0,14$ )	,02	,01	-0,01 à 0,04 ( $p = 0,19$ )
8	Évitement de l'intimité	Inhibition émotionnelle	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	,004	,04	-0,08 à 0,8 ( $p = 0,92$ )	,02	,05	-0,07 à 0,11 ( $p = 0,68$ ) (suite)

Tableau 8

*Analyse des effets indirects et de médiation par la procédure bootstrap (suite)*

	Variable indépendante	Variable médiatrice	Variable dépendante	Modèle sans mentalisation			Modèle avec mentalisation		
				$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC ( $p$ )	$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC ( $p$ )
9	Évitement de l'intimité	Inhibition émotionnelle et affectivité négative	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	.01	.02	-0.03 et 0.05 ( $p = 0.58$ )	.01	.02	-0.03 à 0.05 ( $p = 0.64$ )
10	Évitement de l'intimité	Inhibition émotionnelle et affectivité positive	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	-.004	.02	-0.04 à 0.04 ( $p = 0.86$ )	-.01	.02	-0.05 à 0.04 ( $p = 0.74$ )
11	Évitement de l'intimité	Inhibition émotionnelle	Préoccupations par rapport à la santé	-.07	.05	-0.17 à 0.02 ( $p = 0.14$ )	-.12	.06	-0.23 à -0.01 ( $p = 0.04$ )
12	Évitement de l'intimité	Inhibition émotionnelle et affectivité négative	Préoccupations par rapport à la santé	.02	.03	-0.05 à 0.08 ( $p = 0.57$ )	.02	.03	-0.05 à 0.08 ( $p = 0.63$ ) (suite)

Tableau 8

Analyse des effets indirects et de médiation par la procédure bootstrap (suite)

	Variable indépendante	Variable médiatrice	Variable dépendante	Modèle sans mentalisation			Modèle avec mentalisation		
				$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC ( $p$ )	$\beta$ moyen	ÉT de la moyenne	IC ( $p$ )
13	Évitement de l'intimité	Inhibition émotionnelle et affectivité positive	Préoccupations par rapport à la santé	-,002	,009	-0,02 à 0,02 ( $p = 0,86$ )	-,00	,01	-0,02 à 0,01 ( $p = 0,74$ )
14	Anxiété d'abandon	Affectivité négative	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	,08	,04	0,01 à 0,15 ( $p = 0,02$ )	,09	,04	0,01 à 0,16 ( $p = 0,02$ )
15	Évitement de l'intimité	Affectivité positive	Symptômes et impact sur la qualité de vie/fonctionnement	,16	,04	0,07 à 0,25 ( $p = 0,00$ )	,17	,05	0,08 à 0,26 ( $p = 0,00$ )
16	Évitement de l'intimité	Affectivité positive	Préoccupations par rapport à la santé	,07	,04	0,003 à 0,14 ( $p = 0,04$ )	,06	,04	-0,01 à 0,13 ( $p = 0,07$ )

Note. IC = Intervalle de confiance. IC ( $p$ ) = IC de la moyenne de l'effet indirect à 95% ( $p$  = probabilité que  $\beta$  moyen soit nul)

L'inhibition émotionnelle n'exerce aucun effet de médiation sur le lien entre l'évitement de l'intimité et les symptômes et leur impact sur la qualité de vie (que ce soit par le chemin évitement de l'intimité → inhibition émotionnelle → symptômes et leurs impacts, le chemin évitement de l'intimité → inhibition émotionnelle → affectivité négative → symptômes et leurs impacts, ou le chemin évitement de l'intimité → inhibition émotionnelle → affectivité positive → symptômes et leurs impacts; voir lignes 8, 9 et 10 du tableau 8).

Dans le modèle B, l'inhibition émotionnelle exerce un effet de médiation significatif sur le lien entre l'évitement de l'intimité et les préoccupations par rapport à la santé (évitement de l'intimité → inhibition émotionnelle → préoccupations par rapport à la santé), ce qui n'est pas observé dans le modèle A (voir ligne 11 du tableau 8). Cet effet est négatif, et va donc dans le sens contraire de l'hypothèse huit. Les effets de médiation via l'affectivité négative (évitement de l'intimité → inhibition émotionnelle → affectivité négative → préoccupations par rapport à la santé), et via l'affectivité positive (évitement de l'intimité → inhibition émotionnelle → affectivité positive → préoccupations par rapport à la santé) ne sont significatifs dans aucun des deux modèles (voir lignes 12 et 13 du tableau 8). Compte tenu de ces résultats, la huitième hypothèse n'est pas corroborée.

Dans les deux modèles, l'affectivité négative est un médiateur significatif des liens entre l'anxiété d'abandon et les deux aspects de la somatisation (voir lignes 5 et 14 du tableau 8), ce qui corrobore la neuvième hypothèse.

De façon intéressante, l'affectivité positive exerce un effet de médiation sur les liens entre l'évitement de l'intimité et les deux aspects de la somatisation (voir lignes 15 et 16 du tableau 8). En effet, les coefficients sont significatifs, excepté celui du chemin évitement de l'intimité → affectivité positive → préoccupations par rapport à la santé dans le modèle B, qui montre une tendance statistique ( $0,05 < p < 0,10$ ).

### **Corrélations dans les modèles**

Au niveau des liens de corrélations impliqués dans les modèles par analyses structurelles, les deux dimensions d'attachement sont positivement et modérément corrélées. Les préoccupations par rapport à la santé et les symptômes et leurs impacts sont positivement et modérément corrélées. L'incapacité à envisager ses propres états mentaux est corrélée négativement à la capacité à envisager les états mentaux des autres. Il existe des corrélations négatives qui sont faibles entre la capacité à envisager les états mentaux chez les autres et les deux dimensions d'attachement. Nous observons aussi des corrélations de force élevée entre la difficulté à envisager ses états mentaux et les deux dimensions d'attachement. Toutes les corrélations incluses dans les modèles sont significatives.

## **Discussion**

L'étude visait à préciser les mécanismes émotionnels impliqués dans la somatisation, en testant un modèle impliquant deux profils de personnes présentant des symptômes de somatisation associés au style d'attachement.

La première hypothèse postulait une association entre la tendance générale à vivre des affects négatifs et la somatisation. Tel qu'anticipé, l'affectivité négative est significativement corrélée de façon bivariée avec la somatisation et tous ses aspects sauf l'utilisation des traitements médicaux<sup>1</sup>. De plus, dans le modèle structurel, l'affectivité négative prédit significativement les deux aspects de la somatisation. Ces résultats sont compatibles avec ceux obtenus par plusieurs chercheurs (p. ex., Wearden et al., 2005; Watson & Pennebaker, 1989). Le lien de corrélation et le coefficient standardisé obtenus s'avèrent particulièrement élevés pour ce qui est des préoccupations par rapport à la santé. Ce résultat n'est pas surprenant car le facteur « préoccupations par rapport à la santé » réfère à une interprétation erronée et catastrophique des symptômes, qui est une

---

<sup>1</sup> Dans notre étude, l'aspect « utilisation des traitements médicaux » n'est associé significativement à aucune variable. Peut-être que cet aspect de la somatisation est indépendant des autres variables à l'étude et découle d'autres phénomènes. Par contre, il est possible que cet aspect ait été mal évalué. En effet, seulement deux questions l'évaluent; elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des activités associées à l'utilisation des traitements médicaux et portent sur la dernière semaine seulement. Également, la plupart des études associant la somatisation à une grande consommation de soins portent sur le diagnostic de trouble de somatisation, qui est une forme sévère de somatisation. La plupart des participants de l'étude ne remplissent probablement pas les critères de ce trouble; il est donc possible que les formes moins sévères de somatisation ne soient pas associées à une utilisation importante des traitements médicaux.

caractéristique de l'affectivité négative qui prédispose à la somatisation (Watson & Pennebaker, 1989).

Tel qu'observé dans d'autres études (p. ex., Deary et al., 1997; De Gucht et al., 2004), l'affectivité négative est apparue comme étant le plus fort prédicteur de la somatisation (coefficient standardisé de 0,62 avec les préoccupations par rapport à la santé et de 0,35 avec les symptômes et l'impact sur la qualité de vie et le fonctionnement dans le modèle A, et de respectivement 0,60 et 0,38 dans le modèle B). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'affectivité négative impliquerait une hypervigilance aux symptômes somatiques (Watson & Pennebaker, 1989), un faible seuil de détection des symptômes (Deary et al., 1997; Hepburn et al., 1994), un biais négatif dans la perception des expériences physiques (p.ex., Costa & McCrae, 1987; Stegen et al., 2001; Watson & Pennebaker, 1989), et une tendance à être « *self-focused* » ou « *internally-focused* » (Watson & Pennebaker, 1989), ce qui porterait à sur-rapporter les symptômes physiques. Il a aussi été suggéré que la somatisation serait un équivalent somatique de la détresse psychologique et des troubles anxieux et dépressifs (qui impliquent l'affectivité négative; Bridges & Goldberg, 1985), ce qui expliquerait la force importante du lien de prédiction entre l'affectivité négative et la somatisation.

L'affectivité négative est aussi significativement corrélée à toutes les autres variables mesurées dans le cadre de l'étude, sauf le TEARS amplification (probablement parce que cette échelle semble mesurer en grande partie l'amplification des émotions

positives, tel que nous l'expliquerons à la discussion de la deuxième hypothèse), et la plupart des corrélations sont de modérées à élevées. Il n'est pas surprenant que l'affectivité négative, mesurée comme un trait stable, soit associée aux autres concepts de l'étude (qui réfèrent à des difficultés psychologiques), étant donné qu'elle correspond à une tendance générale à la détresse (Watson & Pennebaker, 1989). Le faible seuil de détection des symptômes qu'implique l'affectivité négative concerne aussi les symptômes psychologiques (Deary et al., 1997; Hepburn et al., 1994); il pourrait être en cause dans ces associations.

L'affectivité positive est négativement corrélée au plan bivarié avec tous les indicateurs de somatisation sauf l'utilisation des traitements médicaux et prédit négativement, dans le cadre des modèles structuraux, les deux facteurs de la somatisation (le lien de prédiction avec les préoccupations par rapport à la santé dans le modèle B n'est pas significatif mais il montre une tendance statistique). Ces résultats soutiennent ceux obtenus par différents auteurs (Billings et al., 2000; Adler et al., 1998; De Gucht et al., 2004). Une affectivité positive élevée pourrait avoir un effet protecteur sur la somatisation car elle favoriserait une meilleure immunocompétence (Futterman, Kemeny, Shapiro, & Fahey, 1994; Stone, Cox, Valdimarsdottir, Jandorf, & Neale, 1987; Watson, 1988). Elle pourrait aussi avoir un effet protecteur sur la somatisation car elle impliquerait un plus grand soutien social. En effet, une affectivité positive élevée est associée à l'affiliation et à la socialisation (Watson, 1988), et au soutien social perçu (Cohen & Willis, 1985). De plus, l'utilisation de stratégies d'adaptation

interpersonnelles (p. ex., demander conseil à un ami) augmente l'affectivité positive, qui tend à réduire les symptômes physiques (Billings et al., 2000). De même, il a été établi que le soutien social diminue les réponses physiologiques aux stressors et a des effets bénéfiques sur la santé (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996). À l'inverse, il est donc possible qu'une faible affectivité positive soit associée à la somatisation par un soutien social insuffisant ou absent, et donc, par la relative faiblesse de ce facteur de protection.

De même, une faible affectivité positive pourrait être associée à la somatisation par une tendance dépressive. En effet, il est établi qu'une absence d'affectivité positive caractérise la dépression et la discrimine des autres troubles psychiatriques (Clark & Watson, 1991; Tellegen, 1985). La dépression est associée à la somatisation (p. ex., Lipowski, 1990; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999; Smith, 1992), entre autres car elle implique plusieurs symptômes somatiques n'ayant pas d'explication organique. Selon Clark et Watson (1991), il y aurait un ensemble de symptômes dépressifs (incluant l'apathie et le ralentissement psychomoteur, qui constituent des symptômes « négatifs » de la dépression) qui sont associés à une absence d'affectivité positive, et qui sont quasi-indépendants de l'affectivité négative et de l'anxiété. Ainsi, une certaine partie des symptômes médicalement inexplicables pourraient provenir d'une tendance dépressive que viendrait en quelque sorte « capter », à la négative, la mesure de l'affectivité positive.

La deuxième hypothèse postulait une relation significative entre l'évitement de l'intimité et l'inhibition émotionnelle. Tel que prévu, une forte relation bivariée et, dans le modèle structurel, un fort coefficient standardisé ont été observés entre l'évitement de l'intimité et le CECS. Ces résultats appuient la thèse selon laquelle les personnes dont l'attachement serait caractérisé par un évitement de l'intimité auraient tendance à inhiber leurs émotions afin de ne pas ressentir de vulnérabilité et de maintenir une relative indépendance, et ainsi de se prémunir du risque de se rapprocher et de dépendre de personnes qui pourraient les rejeter (Mikulincer & Shaver, 2007).

La relation négative significative obtenue entre l'évitement de l'intimité et le TEARS réduction semble être attribuable à une caractéristique intrinsèque à la mesure. En effet, le TEARS conçoit la réduction et l'amplification émotionnelle comme des processus adaptatifs et positifs (p. ex., se mettre dans un état de calme avant une situation stressante pour empêcher de se sentir mal lorsque l'événement survient ou intensifier ses émotions pour améliorer sa performance), par opposition à un mécanisme de « dérèglement » émotionnel (Hamilton et al., 2009). Ce « biais » positif dans la conception de la mesure est d'ailleurs en quelque sorte observé dans cette étude par les corrélations positives significatives obtenues entre l'affectivité positive et les deux échelles du TEARS, tel qu'observé aussi par Hamilton et al. (2009). Le fait que les corrélations entre les deux échelles du TEARS et la majorité des autres indicateurs de l'étude (qui réfèrent à des difficultés psychologiques) sont négatives vient aussi soutenir ce biais positif. Or, les personnes présentant une élévation à la dimension d'évitement de

l'intimité auraient des déficits au niveau de la régulation émotionnelle (incluant l'inhibition) adaptative (Mikulincer & Shaver, 2007), ce qui pourrait expliquer l'association négative entre évitement de l'intimité et le TEARS réduction. Par ailleurs, plusieurs participants ont rapporté avoir éprouvé de la difficulté à comprendre les items du TEARS. Il n'est pas impossible que cette difficulté ait pu biaiser les résultats aux deux échelles d'une façon ou d'une autre, affectant par exemple la fidélité, voire la validité des réponses. En vertu des considérations précédentes, il est toutefois peu probable que des problèmes de fidélité ou de validité soient entièrement responsables des relations observées entre les échelles du TEARS et l'affectivité positive (relation positive) et l'évitement de l'intimité (relation négative).

La troisième hypothèse postulait une association significative entre l'anxiété d'abandon et l'intensification émotionnelle. Tel qu'anticipé, de forts liens de corrélation (bivariée) et de prédiction (modèle structurel) ont été observés entre l'anxiété d'abandon et le ERS, conformément aux résultats obtenus dans d'autres études (Searle & Meara, 1999; Wei et al., 2005). L'association entre l'anxiété d'abandon et le TEARS amplification ne s'est pas avérée significative, probablement à cause du biais positif dans la conception de la mesure précédemment suggéré. La relation observée entre l'anxiété d'abandon et l'intensification émotionnelle soutient la thèse bien établie selon laquelle les personnes présentant une anxiété d'abandon amplifient leurs émotions négatives afin d'augmenter leurs chances d'obtenir du soutien (Mikulincer & Shaver, 2007).

Les corrélations significatives obtenues entre l'évitement de l'intimité et l'intensification émotionnelle ( $r = 0,35$ ), et entre l'anxiété d'abandon et le contrôle émotionnel ( $r = 0,20$ ) sont également intéressantes. Il demeure que les corrélations observées entre l'anxiété d'abandon et l'intensification émotionnelle ( $r = 0,61$ ), et entre l'évitement de l'intimité et l'inhibition émotionnelle ( $r = 0,59$ ) sont beaucoup plus fortes, ce qui soutient les hypothèses quatre et cinq de l'étude. Il semble donc que les personnes ayant une tendance à l'anxiété d'abandon privilégieraient l'intensification émotionnelle et que celles ayant une tendance à l'évitement de l'intimité privilégieraient l'inhibition émotionnelle, mais qu'elles peuvent, dans certaines circonstances, utiliser l'intensification émotionnelle. Par exemple, une stratégie d'adaptation centrée sur les émotions (c.-à-d. caractérisée par une intensification émotionnelle) a été associée à l'évitement de l'intimité dans certaines études antérieures (Berant, Mikulincer, & Florian, 2001a, 2001b; Birnbaum, Orr, Mikulincer, & Florian, 1997) portant sur des stressseurs sévères et chroniques. Il semble que dans ces conditions, l'inhibition émotionnelle préconisée par les personnes qui ont un score élevé à la dimension d'évitement de l'intimité ne fonctionne plus, ce qui les pousse à changer de stratégie.

Les corrélations significatives obtenues entre l'anxiété d'abandon et le CECS, et l'évitement de l'intimité et le ERS pourraient aussi s'expliquer par le fait que l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité coexistent souvent; ce qui semble d'ailleurs être le cas dans l'étude (le modèle structurel estime la corrélation entre les deux dimensions d'attachement à 0,40, ce qui est plutôt substantiel). Cela fait en sorte qu'une personne

ayant un score élevé aux deux dimensions serait susceptible d'obtenir des scores élevés à l'ERS et au CECS (et vice versa), engendrant une association entre l'ERS et l'évitement de l'intimité et le CECS et l'anxiété d'abandon.

La quatrième hypothèse visait à examiner une relation significative entre l'intensification émotionnelle et la somatisation. Ce lien a été observé au plan des corrélations bivariées entre l'ERS et la somatisation globale, les symptômes et les préoccupations par rapport à la santé. L'observation d'une relation entre une tendance à intensifier ses émotions et la somatisation constitue une nouvelle contribution. En effet, les seules études effectuées précédemment dans le domaine observaient une augmentation de l'activité autonome en présence d'une intensification émotionnelle consciente et volontaire en situation de laboratoire (Demaree et al. 2004, Demaree et al., 2006; Kunzmann et al., 2005; Lanzetta et al., 1976; Vaughan & Lanzetta, 1981), ce qui ne tient pas compte de l'aspect plus « chronique » de l'intensification émotionnelle et de la somatisation mesuré dans cette étude. L'absence de corrélation significative entre le ERS et l'impact des symptômes sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement pourrait s'expliquer par le fait que la personne qui intensifie ses émotions pourrait être plus susceptible de recevoir de l'aide pour pallier à ses difficultés, ce qui lui permettrait de maintenir une certaine qualité de vie. Il n'existe pas de liens entre le TEARS amplification et la somatisation, ce qui pourrait s'expliquer par le « biais » positif dans la conception du TEARS mentionné plus haut.

De façon étonnante, dans les deux modèles par équations structurelles, l'intensification émotionnelle prédit négativement les symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le fonctionnement. Ce résultat, qui va dans le sens contraire des corrélations obtenues et de l'hypothèse, pourrait s'expliquer par le fait que la portion de la variance de l'intensification émotionnelle prédisant positivement les symptômes et leurs impacts serait partagée avec l'affectivité négative (elle passerait par l'affectivité négative). La portion de la variance restante de l'intensification émotionnelle pourrait alors réduire les symptômes (par un lien direct). En effet, lorsque l'on retire les affectivités positive et négative des modèles structuraux, le lien entre l'intensification émotionnelle et les symptômes et leurs impacts devient positif (le coefficient standardisé est positif). D'ailleurs, tous les liens entre les deux styles de régulation émotionnelle et les deux variables de somatisation deviennent positifs lorsque l'on retire les affectivités positive et négative. Ainsi, l'affectivité négative, dans ce contexte, joue un rôle de variable éliminatrice. Elle aide donc à isoler la partie « positive » de l'intensification émotionnelle de sa partie « négative ».

Dans les deux modèles, l'intensification émotionnelle ne prédit pas significativement les préoccupations par rapport à la santé. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la portion de la variance de l'intensification émotionnelle qui prédit les préoccupations par rapport à la santé est partagée avec l'affectivité négative, l'autre portion serait non significative.

La cinquième hypothèse visait à vérifier une association entre l'inhibition émotionnelle et la somatisation. Des corrélations bivariées allant dans le sens contraire de l'hypothèse, c'est-à-dire négatives, ont été observées entre le TEARS réduction et la somatisation globale et les préoccupations par rapport à la santé. Ce résultat pourrait être attribuable au biais positif dans la conception du TEARS énoncé plus haut. Rappelons que le TEARS semble évaluer un type de réduction émotionnelle adaptatif typique d'un mode de fonctionnement non pathologique. Ce faisant, il serait normal que les personnes dont le niveau d'adaptation est plus élevé souffrent moins de somatisation que les autres. Il existe par ailleurs une faible association positive entre le CECS et une réduction de la qualité de vie et du niveau de fonctionnement, les autres corrélations bivariées n'étant pas significatives. Il est possible que l'inhibition émotionnelle réduise l'aide obtenue de la part de l'entourage ou de professionnels (la personne n'ayant pas manifesté un inconfort ou un besoin d'aide), ce qui diminuerait la qualité de vie et le fonctionnement.

Contrairement à ce qui était prévu, le lien de prédiction des préoccupations par rapport à la santé par le CECS est négatif dans les deux modèles structuraux, bien qu'il ne soit significatif que dans le modèle incluant la mentalisation. Ce résultat suggère que les personnes utilisant une stratégie d'inhibition émotionnelle inhiberaient leurs préoccupations par rapport à leur santé ou les sous-rapporteraient, de façon congruente à cette stratégie. Par ailleurs, le fait que le coefficient ne devienne significatif qu'en présence des variables de mentalisation suggère que ces dernières agissent à titre de variables éliminatrices sur le lien entre l'inhibition émotionnelle et les préoccupations

par rapport à la santé. Plus précisément, en vertu de ses corrélations avec l'inhibition émotionnelle, la mentalisation (surtout la capacité à envisager ses propres états mentaux) semble venir en quelque sorte « éliminer » une part de variance de l'inhibition émotionnelle, et la partie qui reste montre un lien encore plus étroit avec les préoccupations par rapport à la santé. Finalement, il est important de rappeler que le CECS ne couvre pas tous les aspects de l'inhibition émotionnelle, mais seulement la suppression émotionnelle. Des résultats différents auraient pu être obtenus si tous les aspects de l'inhibition émotionnelle avaient été mesurés.

De façon étonnante, dans les modèles structuraux, aucun lien n'a été observé entre l'inhibition émotionnelle et les symptômes et leurs impacts. De plus, il n'y a pas de lien entre le CECS et les affectivités positive et négative; il semble que, dans ce cas, l'évitement de l'intimité agisse comme variable éliminatrice. En effet, lorsque l'on retire des modèles les liens entre l'évitement de l'intimité et l'affectivité positive, et entre l'anxiété d'abandon et l'affectivité négative, les liens entre le CECS et les deux dimensions du PANAS deviennent significatifs (le coefficient standardisé est négatif pour le lien entre le CECS et l'affectivité positive, et positif pour le lien entre le CECS et l'affectivité négative). Par contre, même en enlevant ces liens, le pouvoir prédictif direct de l'inhibition émotionnelle sur les symptômes et leurs impacts demeure à peu près nul. Cela pourrait s'expliquer par la possibilité que l'effet de l'inhibition émotionnelle sur la somatisation soit complètement indirect. De fait, lorsqu'on enlève le lien entre l'évitement de l'intimité et l'affectivité positive, les effets indirects de l'inhibition

émotionnelle sur la somatisation via l'affectivité positive et via l'affectivité négative deviennent significatifs.

La sixième hypothèse postulait une relation significative entre, d'une part, la capacité à envisager ses états mentaux et ceux des autres, et d'autre part, la somatisation. Tel que prévu, on observe des corrélations bivariées significatives entre la difficulté à envisager ses propres états mentaux et le score total de somatisation, l'aspect symptômes et l'aspect préoccupations par rapport à la santé de la somatisation. Ces résultats appuient ceux obtenus dans plusieurs études associant les deux facteurs du questionnaire d'alexithymie utilisés dans cette étude à la somatisation (p. ex., Waller & Scheidt, 2004), aux symptômes physiques (p. ex., Deary et al., 1997; Wearden et al., 2005), et à l'hypocondrie (p. ex., Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer, & Lakey, 1996). Des corrélations bivariées ne sont toutefois pas observées entre la difficulté à envisager ses états mentaux et l'impact des symptômes sur la qualité de vie, peut-être parce qu'un déficit de mentalisation implique une difficulté à avoir conscience et à identifier les répercussions des symptômes, et à faire des liens entre les symptômes et leurs conséquences.

Dans le modèle vérifié par les équations structurelles, la difficulté à envisager ses propres états mentaux s'est avérée être un prédicteur significatif des préoccupations par rapport à la santé. Elle ne prédit toutefois pas les symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement, contrairement aux résultats obtenus dans plusieurs

études (p. ex., Deary et al., 1997; Wearden et al., 2003; Wearden et al., 2005), dans lesquelles les symptômes physiques (sans leur impact sur la qualité de vie) sont utilisés comme mesure de la somatisation. Si les symptômes et l'impact sur la qualité de vie et le fonctionnement avaient constitué deux variables séparées dans le modèle de prédiction, il est possible que la difficulté à envisager ses propres états mentaux ait prédit les symptômes, puisque la corrélation bivariée entre les deux est significative ( $r = 0,18$ ).

Ceci dit, l'absence de lien de prédiction entre la difficulté à envisager ses propres états mentaux et les symptômes et leurs impacts pourrait s'expliquer par une grande variance partagée des deux facteurs du TAS-20 avec l'affectivité négative (Waller & Scheidt, 2004). En effet, lorsque l'affectivité négative est aussi prise en considération (tel que dans le modèle B), le lien entre la difficulté à envisager ses propres états mentaux et les symptômes et leurs impacts ne s'avère pas significatif ( $\beta = -0,06$ ).

En vertu de ces considérations, nous avons réalisé une régression hiérarchique en utilisant le facteur « symptômes » du QUISS en tant que variable dépendante. Dans le premier bloc, nous avons inséré la variable qui combine les deux facteurs du TAS-20 et, dans le second, le PANAS négatif. Lors de la première étape, conformément à la corrélation bivariée, le pouvoir prédictif du TAS-20 est significatif. Or, il devient non significatif lorsque le PANAS négatif est ajouté, la majorité de la variance que le TAS-20 explique devenant partagée avec celle expliquée par le PANAS négatif. Dans ce

contexte, l'effet du PANAS négatif sur la variable dépendante demeure, lui, significatif ( $sr = 0,17$ ).

D'autres chercheurs (Lundh & Simonsson- Sarnecki, 2001; Rief, Heuser, & Fichter, 1996) ont également observé que l'association entre le *Toronto Alexithymia Scale* et les symptômes somatoformes disparaissait lorsqu'ils contrôlaient la dépression ou l'affectivité négative. De façon globale, même si les associations obtenues sont faibles et ne s'appliquent pas à tous les aspects de la somatisation, les résultats soutiennent la thèse selon laquelle des déficits de mentalisation de ses propres états mentaux seraient impliqués dans la somatisation.

Contrairement à ce qui avait été postulé au départ, une bonne capacité à envisager les états mentaux des autres telle qu'évaluée à l'aide du score total du IRI est positivement corrélée à des scores élevés de somatisation. Ces relations, par ailleurs faibles (la corrélation la plus élevée étant de 0,22), sont observées pour le score total de somatisation, les préoccupations par rapport à la santé et les symptômes. De même, la capacité à envisager les états mentaux de l'autre telle que principalement estimée à partir des items du facteur adaptation contextuelle du IRI prédit positivement, même si faiblement, les préoccupations par rapport à la santé ( $\beta = 0,18$ ) et les symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le niveau de fonctionnement ( $\beta = 0,16$ ) dans le cadre du modèle structurel.

Ces résultats allant dans le sens contraire de ce qui était attendu sont intéressants. D'une part, les échelles souci empathique, fantaisie et détresse personnelle du IRI (les trois qui montrent des corrélations positives significatives avec les mesures de somatisation) sont associées à une vulnérabilité émotionnelle (Davis, 1983). Par exemple, les items de la sous-échelle «détresse personnelle » du IRI semblent en grande partie référer à un effondrement des défenses dans les situations affectives interpersonnelles (p. ex., « Lorsque je vois quelqu'un qui a sérieusement besoin d'aide à l'occasion d'une crise, je m'effondre »). Il est donc possible que la vulnérabilité émotionnelle et l'effondrement des défenses caractérisant le IRI expliquent les associations entre cette mesure et la somatisation. En effet, ils impliquent des difficultés dans la tolérance et la gestion des émotions, de sorte que les émotions mal gérées dans un contexte de somatisation pourraient être métabolisées via le corps. Ces caractéristiques du IRI ne correspondent pas au concept de « capacité à envisager les états mentaux des autres » que nous voulions mesurer, le choix de l'instrument utilisé est donc questionnable.

Les liens positifs observés entre le IRI et les mesures de somatisation pourraient aussi être expliqués par l'anxiété, qui constituerait une variable confondante. Les trois échelles du IRI obtenant des corrélations positives significatives avec des mesures de la somatisation sont associées à une tendance à l'anxiété et à la crainte (*fearfulness*) (Davis, 1983). De plus, la composante « préoccupations par rapport à la santé » de l'étude réfère en grande partie, comme son nom l'indique, à de l'anxiété. De même, une

association entre les symptômes physiques et l'anxiété a été largement établie (Haug, Mykletun, & Dahl, 2004; Heningsen, Zimmerman, & Sattel, 2003). Certains affirment d'ailleurs que de 40 à 50% des patients présentant des symptômes médicalement inexplicables ont un trouble anxieux (Kroenke et al., 1994).

L'anxiété serait impliquée dans la somatisation par plusieurs mécanismes. D'abord, elle impliquerait une hyper activation physique « *physical hyperarousal* » (Clark & Watson, 1991; Laurent & Ettelson, 2001) qui porterait à ressentir plus de sensations physiques désagréables. L'anxiété engendrerait aussi une tendance à se centrer sur ces sensations (Hayward, Ahmad, & Wardle, 2000; Martin, Ahles, & Jeffery, 1991; Stegen et al., 2001), ce qui augmenterait leur intensité (Bantick et al., 2002). Elle abaisserait aussi le seuil de perception et de tolérance des symptômes physiques désagréables et amènerait à les interpréter de façon catastrophique (Barsky, 1992). Ensuite, les troubles anxieux comprennent, par leur nature, divers symptômes somatiques (p. ex., palpitations, tension musculaire, gêne abdominale) qui ne pourraient s'expliquer par une pathologie organique (American Psychiatric Association, 2003; Cathébras, 2006; voir la section du contexte théorique portant sur la présentation somatique). Finalement, certains auteurs affirment que l'anxiété et la somatisation sont liées car elles constituent toutes deux des symptômes d'un continuum de détresse (Kroenke, 2000; Sharpe & Carson, 2001).

Cependant, il semble que la vulnérabilité caractérisant le IRI et l'anxiété n'expliquent que partiellement le lien positif observé entre la capacité à envisager les états mentaux des autres et les mesures de somatisation. En effet, le IRI réduit, qui est composé des sept items de l'échelle « adaptation conceptuelle » du IRI et qui fait référence à la tendance adopter la perspective de l'autre, prédit positivement les deux variables de somatisation. Or, cette échelle du IRI n'est pas associée à une crainte (*fearfulness*) ni à une vulnérabilité émotionnelle (Davis, 1983). Afin de mieux comprendre ce résultat et de vérifier si la difficulté à envisager ses propres états mentaux pourrait agir à titre de variable éliminatrice, nous avons effectué une régression hiérarchique en utilisant le score total du QUISS comme variable dépendante. Dans le premier bloc, nous avons inséré le IRI réduit, et dans le second, la variable qui combine les deux facteurs du TAS-20 (difficulté à envisager ses propres états mentaux). À la première étape, la corrélation bivariée entre le IRI réduit et le score total du QUISS n'est pas significative ( $r = 0,06$ ). À la deuxième étape, la contribution du IRI réduit devient significative ( $sr = 0,12$ ). Ainsi, la difficulté à envisager ses propres états mentaux agirait en tant que variable éliminatrice dans le contexte de l'effet du IRI réduit sur le score total du QUISS. Il semble donc que la portion de la capacité à envisager les états mentaux des autres qui est indépendante de la difficulté à envisager ses propres états mentaux est positivement liée à la somatisation. Par contre, ce résultat ne peut être interprété adéquatement dans cette étude, car seulement sept items ont servi à mesurer la capacité à envisager les états mentaux des autres, qui est un construit complexe. Il aurait fallu utiliser une mesure plus

complète de la capacité à envisager les états mentaux pour tirer des conclusions de ce résultat.

La septième hypothèse visait à vérifier un effet de médiation de l'intensification émotionnelle sur le lien entre l'anxiété d'abandon et la somatisation. Les résultats montrent que l'intensification émotionnelle exerce un effet de médiation sur le lien entre l'anxiété d'abandon et les symptômes et leur impact sur la qualité de vie et le fonctionnement. Cet effet de médiation est de deux types (le troisième chemin exposé dans la section résultats s'étant avéré non significatif).

Le premier chemin passe par un effet de l'intensification émotionnelle sur le lien entre les deux variables (anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → symptômes et leurs impacts); il ne va pas dans le sens prévu et n'est significatif que dans le modèle n'incluant pas la mentalisation. Ainsi, le premier chemin indique que l'intensification émotionnelle (ou du moins une portion de la variance de l'intensification émotionnelle) diminue les symptômes et leurs impacts. Ce résultat pourrait être attribuable au fait que l'intensification émotionnelle favoriserait l'obtention d'un soutien de la part de l'entourage pour pallier à ses difficultés, ce qui pourrait augmenter la qualité de vie et le fonctionnement.

Le deuxième chemin passe par un effet de l'intensification émotionnelle sur les symptômes et leurs impacts via l'affectivité négative (anxiété d'abandon →

intensification émotionnelle ➔ affectivité négative ➔ symptômes et leurs impacts). Ce résultat suggère que l'anxiété d'abandon augmente les symptômes et ses impacts en passant par une partie de l'intensification émotionnelle qui est susceptible d'engendrer de l'affectivité négative. Il est probable que cette partie de l'intensification émotionnelle corresponde à l'intensification des émotions négatives en particulier, qui, par définition, a toutes les chances de produire une grande quantité d'affectivité négative incluant l'anxiété, et que celle-ci ait tendance à accroître la somatisation. Il est aussi possible que l'amplification somatosensorielle joue un rôle dans ce processus, car l'hypervigilance aux symptômes physiques, l'interprétation négative de ceux-ci et la tendance à être « internally-focused » qui la constituent (Barsky, 1992) sont des caractéristiques de l'affectivité négative qui prédisposeraient à la somatisation (Watson & Pennebaker, 1989) et sont typiques du style de régulation émotionnelle préconisé par les personnes présentant une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon, soit l'intensification émotionnelle (Mikulincer & Shaver, 2007).

Dans les deux modèles, l'intensification émotionnelle, via l'affectivité négative, exerce un effet de médiation significatif sur le lien entre l'anxiété d'abandon et les préoccupations par rapport à la santé. Le chemin anxiété d'abandon ➔ intensification émotionnelle ➔ préoccupations par rapport à la santé n'est pas significatif. Cela indique que l'anxiété d'abandon augmente les préoccupations par rapport à la santé en passant par une partie de l'intensification émotionnelle qui engendre de l'affectivité négative. L'anxiété semble jouer un rôle important dans ce

processus, car elle constitue une composante importante de toutes les variables qui y sont impliquées. Par ailleurs, il est possible que les préoccupations par rapport à la santé augmentent à leur tour l'intensification émotionnelle et l'affectivité négative par une boucle de feedback, renforçant le chemin anxiété d'abandon → intensification émotionnelle → affectivité négative → préoccupations par rapport à la santé.

La huitième hypothèse avait pour but de vérifier un effet de médiation de l'inhibition émotionnelle sur le lien entre l'évitement de l'intimité et la somatisation. L'inhibition émotionnelle, telle que mesurée par le CECS (qui ne couvre que l'aspect « suppression ») n'exerce pas d'effet de médiation significatif sur le lien entre l'évitement de l'intimité et les symptômes et leur impact sur la qualité de vie. Dans le modèle incluant la mentalisation, nous avons observé qu'en passant par le mécanisme d'inhibition émotionnelle, l'évitement de l'intimité diminue les préoccupations par rapport à la santé, l'effet de médiation va dans le sens contraire de l'hypothèse. Il semble que la stratégie de régulation émotionnelle utilisée par les personnes ayant une élévation à la dimension d'évitement de l'intimité les prémunissent des inquiétudes qu'ils pourraient avoir par rapport à leur santé en les gardant hors de leur conscience. Il est aussi possible que la mentalisation explique une partie des préoccupations par rapport à la santé, et que la portion de la variance restante des préoccupations par rapport à la santé soit négativement en lien avec l'inhibition émotionnelle.

De façon intéressante, nous avons observé que c'est par le mécanisme d'une tendance à vivre peu d'affectivité positive que l'évitement de l'intimité prédit les symptômes et leurs impacts et les préoccupations par rapport à la santé. Ce résultat particulièrement intéressant fournit une compréhension nouvelle de la façon dont l'évitement de l'intimité peut être associé à la somatisation. Nous avons vu plus haut comment une faible affectivité positive est impliquée dans la somatisation. Nous avons vu aussi que l'affectivité positive en tant que trait stable correspond au trait de personnalité « extraversion », et est associée à l'affiliation, à la socialisation (Watson, 1988) et au soutien social perçu (Cohen & Willis, 1985). Or, les personnes ayant un score élevé d'évitement de l'intimité ont une « préférence pour la distance émotionnelle et l'indépendance, ce qui, naturellement, va à l'encontre de la grégarité et la chaleur inhérentes à l'extraversion » (Mikulincer & Shaver, 2007). Il est donc possible que ce soit par le mécanisme de cette tendance à prendre une distance avec les autres, qui impliquerait un soutien social et une affectivité positive moindres, que les personnes ayant une tendance à l'évitement de l'intimité somatisent.

L'évitement de l'intimité étant largement associé à la dépression (voir le chapitre 13 du livre de Mikulincer & Shaver, 2007 pour un relevé de littérature exhaustif), il est aussi possible qu'il prédise la somatisation via une tendance dépressive (impliquant souvent des symptômes physiques sans explication organique), qui est caractérisée par une faible affectivité positive (Clark & Watson, 1991; Tellegen, 1985).

La neuvième hypothèse visait à vérifier un effet de médiation de l'affectivité négative sur le lien entre l'anxiété d'abandon et la somatisation. Cette hypothèse a été corroborée, et ce, pour les deux aspects de la somatisation, ce qui appuie les résultats obtenus par Feeney et Ryan (1994), et Wearden et al. (2005). Les personnes présentant une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon développeraient des symptômes de somatisation en raison d'une tendance à l'affectivité négative, qui, tel qu'exposé précédemment, les porteraient à être hypervigilants aux symptômes somatiques (Watson & Pennebaker, 1989), à détecter rapidement ces symptômes (Deary et al., 1997; Hepburn et al., 1994), à percevoir négativement les expériences physiques (p. ex., Costa & McCrae, 1987; Stegen et al., 2001; Watson & Pennebaker, 1989), et à être « *internally-focused* » (Watson & Pennebaker, 1989), ce qui les inciteraient à signaler plus de symptômes (Watson & Pennebaker, 1989). Comme certaines de ces caractéristiques de l'affectivité négative prédisposant à la somatisation sont des constituants majeurs de l'amplification somatosensorielle (Barsky, 1992), il est possible que cette dernière joue aussi un rôle dans l'effet de médiation de l'affectivité négative sur le lien entre l'anxiété d'abandon et la somatisation.

Dans l'ensemble, les résultats de l'étude semblent en partie compatibles avec le modèle proposé. Des limites au niveau de la mesure utilisée pour mesurer la capacité à envisager les états mentaux des autres et une mesure incomplète de l'inhibition émotionnelle par le CECS n'ont pas permis de mettre adéquatement à l'épreuve les hypothèses concernant les associations entre ces variables et la somatisation. Cette étude

a permis d'identifier de nouvelles variables qui pourraient jouer un rôle important dans la problématique de somatisation chez certaines personnes, soit l'intensification émotionnelle et l'anhédonie (manque d'affectivité positive). Cependant, plusieurs études restent à faire afin de mieux préciser les mécanismes impliqués dans la somatisation et d'avoir un portrait plus juste et complet de ceux-ci.

### **Limites de l'étude**

L'étude présente certaines limites qu'il est important de mentionner. D'abord, au niveau de l'échantillon, les participants sont des volontaires ayant rapporté avoir une affection non complètement expliquée médicalement. En fonction du protocole de recherche utilisé, il nous était impossible de vérifier si les participants présentaient réellement des affections de ce type.

L'échantillon a été recruté essentiellement sur Internet, au sein d'associations ou de pages Facebook portant sur différentes affections non complètement expliquées médicalement. Il est possible que les personnes s'impliquant dans des groupes de ce type aient des caractéristiques communes qui pourraient être sur-représentées dans l'étude et que les autres aient des caractéristiques communes qui n'ont pas pu être évaluées par l'étude. Par exemple, les personnes s'impliquant dans les associations pourraient être plus enclines à exprimer leurs émotions; les individus qui choisissent de ne pas se joindre dans des groupes pourraient l'être moins. De plus, le fait que 93% des

participants de l'étude sont des femmes et que certaines affections sont plus représentées que d'autres dans l'étude, d'une façon qui ne reflète pas ce qui est observé dans la population générale (p. ex., la fibromyalgie est beaucoup plus représentée dans l'échantillon que la dyspepsie non ulcéreuse, alors que la prévalence de la fibromyalgie dans la population générale est beaucoup plus faible que celle de la dyspepsie non ulcéreuse), limite grandement la généralisation des résultats.

Nous n'avons pas contrasté les résultats en fonction des différentes affections non expliquées médicalement, car cela aurait grandement diminué la puissance statistique des analyses à cause de leur nombre élevé et du relativement faible nombre de participants associés à plusieurs types d'affection. Une autre limite de l'étude concerne l'absence de groupe contrôle; nous n'avons donc pas pu évaluer si les résultats obtenus sont spécifiques à une population de personnes présentant des symptômes de somatisation.

Certaines limites de l'étude sont associées aux instruments de mesure utilisés. D'abord, il a été difficile de trouver des instruments permettant de mesurer les concepts d'inhibition et d'intensification des émotions; parmi les mesures disponibles, les instruments choisis étaient ceux qui correspondaient le mieux aux construits, sans toutefois en couvrir tous les aspects. Par exemple, le CECS mesure seulement l'aspect « suppression » de l'inhibition émotionnelle et ne tient pas compte de l'aspect « répression ». Ainsi, il est possible que si tous les aspects de l'inhibition émotionnelle

avaient été mesurés, les résultats, notamment en lien avec la somatisation, auraient pu être différents. De plus, il nous est apparu que la capacité à envisager les états mentaux des autres n'a pas été mesurée adéquatement. En effet, l'instrument utilisé traduit une vulnérabilité émotionnelle et une difficulté à tolérer les émotions, et l'échelle « adaptation contextuelle » présente trop peu d'items pour couvrir à elle seule ce construit complexe. Ensuite, les mesures utilisées sont auto-révélées, elles mesurent donc les croyances et autres aspects conscients des participants quant à leur fonctionnement émotionnel et physique, elles n'abordent donc pas les processus qui peuvent se dérouler hors de la conscience. Notamment, il est possible que ceux qui privilégient l'inhibition émotionnelle aient une tendance à sous-rapporter et ceux qui privilégient l'intensification émotionnelle aient une tendance à sur-rapporter leurs difficultés et symptômes, ce qui a pu influencer les résultats.

Finalement, étant donné le grand nombre de variables, nous n'avons pas pu aborder en profondeur les nuances théoriques qui existent entre les différents concepts apparentés se rapportant à chacune d'elles (p. ex., entre capacité à envisager les états mentaux des autres et empathie, entre affectivité négative et névrotisme, entre anxiété d'abandon et ses différentes variantes, telles que les attachement anxieux, anxieux-ambivalent, anxieux-résistant). L'intégration de ces subtilités dans l'étude aurait pu apporter une plus grande richesse dans l'interprétation théorique des résultats.

### **Pistes de recherche futures**

Dans le cadre de recherches futures, il pourrait être intéressant de développer des instruments qui tiennent compte de tous les aspects des styles de régulation émotionnelle (inhibition, intensification) abordés dans l'étude (régulation interne « inconsciente », régulation « consciente » de l'expression émotionnelle, facteurs cognitifs et comportementaux impliqués dans la régulation de l'émotion, etc.). L'étude pourrait être répliquée sur un échantillon de personnes ayant un diagnostic validé de trouble somatoforme ou d'affection non complètement expliquées médicalement, et en y ajoutant un groupe contrôle. Une analyse distincte de chaque affection non expliquée médicalement serait aussi nécessaire. Il serait également intéressant de refaire cette étude avec un échantillon d'hommes, car l'étude reflète beaucoup la somatisation chez les femmes. De plus, les études futures pourraient tenter de mieux comprendre les mécanismes par lesquels le manque d'affectivité positive est impliqué dans la somatisation, et à plus long terme vérifier l'impact de stratégies thérapeutiques visant l'augmentation des affects positifs sur une clientèle ayant des symptômes médicalement inexpliqués. Également, il serait intéressant d'étudier en profondeur les mécanismes par lesquels l'intensification émotionnelle qui entraîne de l'affectivité négative, utilisée par les personnes présentant une élévation à la dimension d'anxiété d'abandon, est impliquée dans la somatisation. Des stratégies thérapeutiques permettant de viser ce groupe de personnes présentant des symptômes de somatisation pourraient aussi être développées. Finalement, les associations positives obtenues entre la capacité à

envisager les états mentaux des autres et la somatisation mériteraient une attention particulière. Il faudrait refaire l'étude avec d'autres mesures de capacité à envisager les états mentaux des autres et mieux comprendre comment ces deux concepts sont associés.

**Conclusion**

La présente étude visait à préciser les mécanismes émotionnels impliqués dans la somatisation, en testant un modèle impliquant deux profils de personnes présentant des symptômes de somatisation en fonction de la dimension d'attachement. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude semblent compatibles avec le modèle proposé, excepté en ce qui concerne les associations et prédictions obtenues entre l'inhibition émotionnelle telle que mesurée par le CECS et la somatisation. Des limites au niveau du choix de l'instrument visant à mesurer la capacité à envisager les états mentaux des autres n'ont pas permis de mettre adéquatement à l'épreuve l'hypothèse concernant cette variable.

Dans les grandes lignes, l'anxiété d'abandon augmente la somatisation en passant par la partie de l'intensification émotionnelle qui entraîne de l'affectivité négative et via l'affectivité négative. L'évitement de l'intimité accroît la somatisation par le mécanisme d'une faible affectivité positive, qui implique un faible soutien social et une tendance dépressive. Les deux dimensions d'attachement ont été associées à une difficulté à envisager ses propres états mentaux, et cette difficulté prédit les préoccupations par rapport à la santé, mais pas les symptômes et leurs impacts. L'anhédonie (faible affectivité positive) accroît la somatisation. L'affectivité négative s'est avérée être le meilleur prédicteur de la somatisation, ce qui soutient les résultats obtenus dans les recherches récentes portant sur la somatisation. L'affectivité négative semble atténuer la

prédiction de la somatisation par des variables qui partagent une grande part de variance avec elle, telles que la difficulté à envisager ses propres états mentaux et l'intensification émotionnelle. Par contre, ces variables ont des aspects qui leur sont propres qui permettent d'expliquer la somatisation, et ce, de façon plus précise que ne le fait l'affectivité négative, elles demeurent donc importantes.

Les deux profils obtenus dans cette étude constituent une nouvelle façon intéressante d'aborder la psychosomatique, notamment en ce qui a trait à l'implication de l'intensification émotionnelle et d'un manque d'affects positifs (anhédonie) dans cette problématique.

## Références

- Adler, N. E., Horowitz, M., Garcia, A., & Moyer, A. (1998). Additional validation of a scale to assess positive states of mind. *Psychosomatic Medicine*, 60, 26-32.
- Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. Dans B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (Éds), *Review of child development research* (Vol. 3), (pp. 1-94). Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at home*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alan Sroufe, L., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change : Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363-1373.
- Alexander, F. (1950). *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte révisé). Paris : Masson.
- Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. *Depression & Anxiety*, 26, 888-901. doi:10.1002/da.20600
- Bach, M., Bach, D., & de Zwaan, M. (1996). Independency of alexithymia and somatization : A factor analytic study. *Psychosomatics*, 37, 451-458.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item toronto alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bantick, S. J., Wise, R. G., Ploghaus, A., Clare, S., Smith, S. M., & Tracey, I. (2002). Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. *Brain: A Journal of Neurology*, 125, 310-319. doi:10.1093/brain/awf022
- Barry, R. A., Lakey, B., & Orehek, E. (2007). Links among attachment dimensions, affect, the self, and perceived support for broadly generalized attachment styles and specific bonds. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 33, 340-353.
- Barsky, A. J., & Borus, J. F. (1995). Somatization and medicalization in the era of managed care. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1931-1934.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 33, 28-34.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, *7*, 147-178. doi:10.1177/0265407590072001
- Beaber, R. J., & Rodney, W. M. (1984). Underdiagnosis of hypochondriasis in family practice. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, *25*, 39-46.
- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, *15*, 320-327.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001a). The association of mothers' attachment style and their psychological reactions to the diagnosis of infant's congenital heart disease. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *20*, 208-232.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2001b). Attachment style and mental health: A 1-year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *27*, 956.
- Beutel, M. E., Michal, M., & Subic-Wrana, C. (2008). Psychoanalytically-oriented inpatient psychotherapy of somatoform disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *36*, 125-142.
- Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M., & Moskowitz, J. T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 131-142. doi:10.1037/0022-3514.79.1.131
- Birnbaum, G. E., Orr, I., Mikulincer, M., & Florian, V. (1997). When marriage breaks up: Does attachment style contribute to coping and mental health? *Journal of Social and Personal Relationships*, *14*, 643-654. doi:10.1177/0265407597145004
- Blumberg, P. B. (1998). Adult attachment and the organization of affective experience. *Dissertation Abstracts International*, *58*, 5636.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: Wiley.
- Bouchard, M. A., Audet, C., Picard, C., Carrier, M., & Milcent, M. P. (2001). *The Mental States Rating System. Scoring manual*. Document inédit, Département de Psychologie, Université de Montréal, Montréal, Canada.

- Bouchard, M.- A., Normandin, L., & Séguin, M.-H. (1995). Countertransference as instrument and obstacle : A comprehensive and descriptive framework. *Psychoanalytic quarterly*, 64, 717-745.
- Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66. doi:10.1037/0736-9735.25.1.47
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment : An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W.S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Bridges, K. W., & Goldberg, D. P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-569. doi:10.1016/0022-3999(85)90064-9
- Buchheim, A., & Mergenthaler, E. (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the adult attachment interview. *Psychotherapy Research*, 10, 390-407. doi:10.1093/ptr/10.4.390
- Caccappolo- Van Vliet, E., Kelly-McNeil, K., Natelson, B., Kipen, H., & Fiedler, N. (2002). Anxiety sensitivity and depression in multiple chemical sensitivities and asthma. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 890-901.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249.
- Castelli, F., Happé, F., Frith, U., & Frith, C. (2000). Movement and mind: A functional imaging study of perception and interpretation of complex intentional movement patterns. *NeuroImage*, 12, 314-325.
- Cathébras, P. (2006). *Troubles fonctionnels et somatisation: Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*. Issy-les-Moulineaux: Masson.

- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 660-667. doi:10.1097/01.PSY.0000021948.90613.76
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression : Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 316-336.
- Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Stress social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*, 310-357.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 644-663. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, *55*, 299-316. doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00438.x
- Cox, B. J., Kuch, K., Parker, J. D. A., Shulman, I. D., & Evans, R. J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*, 523-527.
- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H. (1993). The south london somatisation study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 579-588.
- Cullen, M. R. (1987). The worker with multiple chemical sensitivities: An overview. *Occupational Medicine*, *2a*, 655-661.
- Davis, M. H. (1980). Individual differences in empathy: A multidimensional approach. *Dissertation Abstracts International*, *40*, 3480.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 113-126.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, *54*, 425-434.

- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences, 36*, 1655-1667. doi:10.1016/j.paid.2003.06.012
- Deary, I. J., Scott, S., & Wilson, J. A. (1997). Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences, 22*, 551-564. doi:10.1016/S0191-8869(96)00229-2
- Demaree, H. A., Schmeichel, B. J., Robinson, J. L., & Everhart, D. E. (2004). Behavioural, affective, and physiological effects of negative and positive emotional exaggeration. *Cognition and Emotion, 18*, 1079-1097.
- Demaree, H. A., Schmeichel, B. J., Robinson, J. L., Jie Pu, D., Everhart, D. E., & Berntson, G. G. (2006). Up- and down-regulating facial disgust : Affective, vagal, sympathetic, and respiratory consequences. *Biological Psychology, 71*, 90-99.
- Drossman, D. A., Corazziari, E., Talley, N. H., Thompson, W. G., & Whitehead, W. E. (Éds). (2000). *Rome II: The functional gastrointestinal disorders* (2e éd.). McLean, VA : Degnon Associates.
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry, 18*, 25-33. doi:10.1080/09540260500466790
- Feder, A., Olfson, M., Gameraoff, M., Fuentes, M., Shea, S., Lantigua, R. A., & Weissman, M. M. (2001). Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics, 42*, 261-268.
- Feeney, J. A., & Ryan, S. M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology, 13*, 334-345. doi:10.1037/0278-6133.13.4.334
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700.
- Fraley, R. C., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C., & Roisman, G. I. (2011). Patterns of stability in adult attachment: An empirical test of two models of continuity and change. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*, 974-992. doi:10.1037/a0024150

- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guilford Press.
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion, 12*, 191-220. doi:10.1080/026999398379718
- Freud, A. (1966). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Friedberg, F. (2010). Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and related illnesses: A clinical model of assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 641-665.
- Futterman, A. D., Kemeny, M. E., Shapiro, D., & Fahey, J. L. (1994). Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood. *Psychosomatic Medicine, 56*, 499-511.
- Gaudreau, P., Sanchez, X., & Blondin, J. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related setting: Testing the factorial structure of the panas across two samples of french-canadian participants. *European Journal of Psychological Assessment, 22*, 240-249. doi:10.1027/1015-5759.22.4.240
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Document inédit, Département de psychologie, Université de Californie, Berkeley, États-Unis.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. Dans O. P. John & L. A. Pervin (Éds), *Handbook of personality: Theory and research* (2e éd.) (pp. 525-552). New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 214-219. doi:10.1111/1467-8721.00152
- Hamilton, N. A., Karoly, P., Gallagher, M., Stevens, N., Karlson, C., & McCurdy, D. (2009). The assessment of emotion regulation in cognitive context: The emotion amplification and reduction scales. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 255-263. doi:10.1007/s10608-007-9163-9
- Harding, S. D. (1982). Psychological well-being in great britain: An evaluation of the bradburn affect balance scale. *Personality and Individual Differences, 3*, 167-175. doi:10.1016/0191-8869(82)90031-9

- Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 845-851. doi:10.1097/01.psy.0000145823.85658.0c
- Hayward, P., Ahmad, T., & Wardle, J. (2000). Attention to bodily sensations: A test of the cognitive-attentional model of panic. *Depression & Anxiety*, *12*, 203-208.
- Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia : Associations with defense mechanisms. commentary. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 318-337.
- Henningsen, P., Zimmerman, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 528-533. doi:10.1097/01.PSY.0000075977.90337.E7
- Hepburn, D. A., Deary, I. J., Macleod, K. M., & Frier, B. M. (1994). Structural equation modeling of symptoms, awareness and fear of hypoglycemia, and personality in patients with insulin-treated diabetes. *Diabetes Care*, *17*, 1273-1280.
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality & Individual Differences*, *35*, 1261. doi:10.1016/S0191-8869(02)00333-1
- Hooker, C. I., Verosky, S. C., Germine, L. T., Knight, R. T., & D'Esposito, M. (2008). Mentalizing about emotion and its relationship to empathy. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, *3*, 204-217. doi:10.1093/scan/nsn019
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, *26*, 872-878.
- Katon, W. J., & Walker, E. A. (1998). Medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 15-21.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (Éds). (1991). *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Koch, H., van Bokhoven, M. A., ter Riet, G., van der Weijden, T., Dinant, G. J., & Bindels, P. J. E. (2007). Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: A descriptive study in general practice. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, *16*, 1483-1489. doi:10.1007/s11136-007-9252-y

- Kroenke, K., & Price, R. K. (1993). Symptoms in the community : Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, *153*, 2474-2480.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy, F. V., & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, *3*, 774-779.
- Kroenke, K. (2000). Somatization in primary care: It's time for parity. *General Hospital Psychiatry*, *22*, 141-143. doi:10.1016/S0163-8343(00)00082-7
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*, 34-43.
- Kunzmann, U., Kupperbusch, C. S., & Levenson, R. W. (2005). Behavioral inhibition and amplification during emotional arousal: A comparison of two age groups. *Psychology and Aging*, *20*, 144-158.
- Lafontaine, M., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *35*, 56-60. doi:10.1037/h0087187
- Lanzetta, J. T., Cartwright-Smith, J., & Kleck, R. E. (1976). Effects of nonverbal dissimulation on emotional experience and autonomic arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, *33*, 354-370.
- Laurent, J., & Ettelson, R. (2001). An examination of the tripartite model of anxiety and depression and its application to youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 209-230. doi:10.1023/A:1017547014504
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation : Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, *78*, 855-875.
- Lipowski, Z. J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, *31*, 13-21.

- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 519-530.
- Lundh, L., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality, 69*, 483-510. doi:10.1111/1467-6494.00153
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development, 33*, 48-61. doi:10.1159/000276502
- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M., & Russel, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 372-378.
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *J. Counseling Psychology, 52*, 358-367.
- Martin, J. B., Ahles, T. A., & Jeffery, R. (1991). The role of private body consciousness and anxiety in the report of somatic symptoms during magnetic resonance imaging. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22*, 3-7.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire, *Revue Française de Psychanalyse, 27*, 345-356.
- Mathieu, N. (2009). Comorbidités somatiques dans le syndrome de l'intestin irritable : Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique et cystite interstitielle/syndrome de la vessie douloureuse. *Gastroentérologie Clinique et Biologique, 33*, S17-S25.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J., & Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 283-290.
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 917-925. doi:10.1037/0022-3514.68.5.917
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *36*, 499-507. doi:10.1016/S0191-8869(03)00110-7
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *25*, 111-117. doi:10.1016/0022-3999(81)90098-2
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2006). *Mplus user's guide* (4e éd.). Los Angeles: Auteurs.
- Nakao, M., & Barsky, A. J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *Biopsychosocial Medicine*, *1*, 17. doi:10.1186/1751-0759-1-17
- Naudin, C., Grumbach, N. (Éds). (2002). *Larousse médical*. Paris: Larousse.
- Nichols, M. P. (1974). Outcome of brief cathartic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 403-410.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, *39*, 107-116.
- Normandin, L. (1991). *La réflexivité dans la construction de l'espace thérapeutique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Oemler, M., Grabhorn, R., Vahlensieck, W., Jonas, D., & Bickeböller, R. (2006). Psychosoziale aspekte der interstitiellen zystitis: Haben biographische faktoren einen relevanten einfluss auf das krankheitsgeschehen? [Psychosocial aspects of interstitial cystitis: Do biographical factors have a relevant impact on the disease course?]. *Der Urologe*, *45*, 728-733.
- Owens, G., Crowell, J. A., Pan, H., Treboux, D., O'Connor, E., & Waters, E. (1995). The prototype hypothesis and the origins of attachment working models: Adult relationships with parents and romantic partners. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *60*, 216-233.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. Dans L. Berkowitz (Éd.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 22 (pp. 211-244). Orlando: Academic Press.

- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1243-1254.
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the « big five » factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 371-378.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1409-1423. doi:10.1037/0022-3514.73.6.1409
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Each is in the right-hopefully, not all in the wrong. *Behavioral & Brain Sciences, 25*, 49.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2009). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research, 69*, 419-432. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.08.006
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *British Medical Journal, 322*, 767-767.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: Service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry, 180*, 248-253.
- Rief, W., Heuser, J., & Fichter, M. M. (1996). What does the toronto alexithymia scale TAS-R measure?. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 423-429.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine, 21*, 1029-1045.
- Scharfe, E., & Cole, V. (2006). Stability and change of attachment representations during emerging adulthood: An examination of mediators and moderators of change. *Personal Relationships, 13*, 363-374. doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00123.x
- Scheidt, C. E., Waller, E., Schnock, C., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., Lucking, C. H., & Wirsching, M. (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 47-52. doi:10.1097/00005053-199901000-00008

- Searle, B., & Meara, N. M. (1999). Affective dimensions of attachment styles : Exploring self-reported attachment style, gender, and emotional experience among college students. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 147-158.
- Selby, M. (2011). Managing chronic pain. *Practice Nurse, 41*, 14-19.
- Sharpe, M., & Carson, A. (2001). Unexplained somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift?. *Annals of Internal Medicine, 134*, 926-930.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods, 7*, 422-445.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*, 255-262.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine, 341*, 1329-1335.
- Smith, G. R., J., Monson, R. A., & Ray, D. C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms. their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine, 146*, 69-72.
- Smith, G. R. (1992). The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain. *General Hospital Psychiatry, 14*(4), 265-272. doi:10.1016/0163-8343(92)90097-T
- Stegen, K., van Diest, I., van De Woestijne, K., & van de Bergh, O. (2001). Do persons with negative affect have an attentional bias to bodily sensations? *Cognition and Emotion, 15*, 813-829. doi:10.1080/02699930143000211
- Stone, A. A., Cox, D. S., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L., & Neale, J. M. (1987). Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 988-993. doi:10.1037/0022-3514.52.5.988
- Stuart, S., & Noyes, R. J. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics, 40*, 34-43.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., & Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine, 72*, 404-411. doi:10.1097/PSY.0b013e3181d35e83

- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a community population. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1403-1408.
- Tchen, N., Dilhuydy, J. M., Tunon De Lara, C., Avril, A., Cousson-Gelie, F., Bruchon-Schweitzer, M., et al. (2004). *Évaluation de l'impact d'une intervention psychosociale sur la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein localisé*. Document récupéré du site internet de l'Institut Bergonié : <http://www.cotrec.org/repertoireCotrec/IBpsyKsein/protocole%20versionfinale.pdf>
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. Dans A. H. Tuma, J. D. Maser, A. H. Tuma & J. D. Maser (Éds), *Anxiety and the anxiety disorders*. (pp. 681-706). Hillsdale, NJ England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*, 987-994. doi:10.1016/0022-3999(95)00506-4
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*, 488-531.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *30*, 662-680.
- Valiant, G. E. (Éd.). (1990). *Repression in college men followed for half a century*. Chicago: University of Chicago Press.
- Vaughan, K. B., & Lanzetta, J. T. (1981). The effect of modification of expressive displays on vicarious emotional arousal. *Journal of Experimental Social Psychology*, *17*, 16-30. doi:10.1016/0022-1031(81)90003-2
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *192*, 200-209.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 239-247. doi:10.1016/S0022-3999(03)00613-5

- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry, 18*, 13-24. doi:10.1080/09540260500466774
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1020-1030. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1020
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience adverse emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465-490.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254. doi:10.1037/0033-295X.96.2.234
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research, 27*, 299-305. doi:10.1016/0022-3999(83)90052-1
- Wearden, A., Cook, L., & Vaughan-Jones, J. (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 341-347.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting an extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 279-288.
- Wedekind, D., Bandelow, B., Fentzahn, E., Trümper, P., & Rüter, E. (2007). The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): A novel instrument for the assessment of severity. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 257*, 153-163. doi:10.1007/s00406-006-0700-4
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 14-24. doi:10.1037/0022-0167.52.1.14

Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 369-380. doi:10.1037/0021-843X.88.4.369

*Appendice A*  
Questionnaire sociodémographique/ Sociodemographic questionnaire

1. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ ans

2. Quel est votre sexe?

F     M

3. Quel est votre statut civil?

Marié(e)     Séparé(e)     Divorcé(e)     Célibataire     En union libre

4. S.V.P, cochez la case qui s'applique le plus à votre situation.

Étudiant(e)

Bénéficiaire de l'aide sociale

Sur le marché du travail

Bénéficiaire de l'assurance-emploi

Retraité(e)

Bénéficiaire de la CSST

Bénéficiaire de prestations d'invalidité  
ou du régime de pensions

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

5. Quel est le dernier niveau de scolarité que vous avez complété?

Primaire

Secondaire

Études professionnelles : Diplôme d'Études Professionnelles, Attestation d'Études Professionnelles)

Collégial

Universitaire

6. Où avez-vous entendu parler de l'étude? \_\_\_\_\_

---

7. a) Souffrez-vous d'une ou de plusieurs affection(s) dont la cause n'est pas expliquée médicalement ou est expliquée seulement en partie? Exemples: fibromyalgie, douleur chronique, syndrome de fatigue chronique, maladies gastro-intestinales fonctionnelles (p. ex., syndrome de l'intestin irritable, dyspepsie non ulcéreuse, reflux gastro-oesophagien), hypersensibilité chimique multiple, cystite interstitielle (affection chronique des voies urinaires), certaines formes d'arthrite et de rhumatisme non complètement expliquées médicalement (telles que la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, l'arthrose).

Oui

Non

7. b) Si vous avez coché « oui », de quelle(s) affection(s) souffrez-vous?

Douleur chronique

Hypersensibilité chimique multiple

Syndrome de fatigue chronique

Fibromyalgie

Syndrome de l'intestin irritable

Cystite interstitielle (affection chronique des voies urinaires)

Dyspepsie non ulcéreuse

Arthrite

Reflux gastro-oesophagien

Autre(s) (précisez) :

---

7. c) Suivez-vous un traitement médical ou paramédical pour cette affection (p. ex. : médication, physiothérapie, acupuncture)?

Oui

Non

Si vous avez coché « oui », précisez le mieux possible:

---

---

---

---

8. Prenez-vous de la médication psychopharmacologique (p. ex., : antidépresseurs, somnifères, anxiolytiques)?

Oui

Non

Si oui, de quel type?

Antidépresseur

Psychostimulant

Somnifère

Stabilisateur de l'humeur

Anxiolytique

Antiépileptique ou anticonvulsivant

Antipsychotique

Autre (spécifiez): \_\_\_\_\_

Si vous ne connaissez pas le type mais seulement le nom du médicament ou de la molécule, ou encore l'affection qu'il traite, vous pouvez l'inscrire ici : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. How old are you? \_\_\_\_\_ years old

2. What is your gender?

F     M

3. What is your marital status?

Married    Séparated    Divorced    Single    Cohabitation

4. Please tick the box that best represents your situation.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Student   | <input type="checkbox"/> Beneficiary of Social assistance (welfare) |
| <input type="checkbox"/> Working   | <input type="checkbox"/> Beneficiary of Employment Insurance        |
| <input type="checkbox"/> Retired   | <input type="checkbox"/> Beneficiary of CSST                        |
| <input type="checkbox"/> Beneficiary of Pension plan disability benefits |   |

Other (specify) : \_\_\_\_\_

5. What level of study did you complete last?

- Elementary school
- High school
- Vocational training programs (Diploma of Vocational Studies, Attestation of Vocational Specialty)
- College
- University

6. Where have you heard about this study? \_\_\_\_\_

---

7.a) Do you have one or many disorder(s) that have not been completely explained medically? Examples: Fibromyalgia, Chronic pain, Chronic fatigue syndrome, Functional gastrointestinal disorders (e.g. Irritable bowel syndrome, Functional dyspepsia, Gastroesophageal reflux disease), Multiple chemical sensitivity, Interstitial cystitis (Painful bladder syndrome), certain types of arthritis and rheumatism that have not been completely explained medically (eg. rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis).

Yes

No

7. b) If you ticked « yes », which disorder(s) do you have?

Chronic pain

Multiple chemical sensitivity

Chronic fatigue syndrome

Fibromyalgia

Irritable bowel syndrome

Interstitial cystitis (Painful bladder syndrome)

Functional dyspepsia

Arthritis

Gastroesophageal reflux disease

Other(s) (specify) :

---

7. c) Are you currently receiving medical or paramedical treatment for this disorder (e.g. medication, physiotherapy, acupuncture)?

Yes

No

If you checked « yes », precise the best you can:

---

---

---

---

8. Are you currently taking psychopharmacologic drugs? (e.g. antidepressants, sleeping pills, anxiolytic)?

Yes

No

If yes, what type(s)?

Antidépresseur

Psychostimulant

Sleeping pills

Mood stabiliser

Anxiolytic

Antiépileptic or anticonvulsant

Antipsychotic

Other (specify): \_\_\_\_\_

If you don't know the type of medication but you know its name or the name of the molecule, or even the disorder for which it is prescribed, you can write it here: \_\_\_\_\_

---

*Appendice B*  
Formulaire d'information/ Information form

## FORMULAIRE D'INFORMATION

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche afin que vous puissiez choisir de façon libre et éclairée d'y participer ou de ne pas y participer.

### **Titre du projet**

Relations entre la tendance à ressentir des symptômes physiques médicalement inexpliqués ou partiellement expliqués, les émotions, et les relations avec les proches.

### **Responsable du projet**

Vickie Beauregard est la responsable de ce projet, qui est réalisé dans le cadre de sa thèse doctorale. Madame Beauregard est candidate au Doctorat en psychologie clinique au Département de Psychologie de la Faculté des lettres et sciences humaines à l'Université de Sherbrooke. Le projet est supervisé par Jean Descôteaux, Ph.D., Professeur-chercheur au Département de Psychologie de la même institution.

### **Objectifs du projet**

L'objectif de ce projet est d'explorer différents mécanismes qui peuvent lier la tendance à ressentir des symptômes physiques médicalement inexpliqués ou partiellement expliqués aux émotions et aux relations avec les proches.

### **Justification du recours à des êtres humains et du choix du groupe**

Le recours à des personnes présentant des symptômes médicalement inexpliqués s'avère nécessaire à la réalisation de cette étude car celles-ci sont les seules pouvant nous fournir des informations sur leur vécu émotionnel et relationnel.

### **Nature de la participation**

Votre participation sera requise pour répondre à des questionnaires (en version électronique ou papier) d'une durée d'environ 45 minutes. Cette passation de questionnaire peut se faire au moment et au lieu de votre choix.

Les thèmes sur lesquels portent les questions sont les suivants :

- vos symptômes physiques (p.ex. leur nature, leur fréquence, leur impact sur votre qualité de vie)
- vos émotions (p. ex. leur nature, comment vous les gérez)
- votre façon d'être en relation (p. ex. ce que vous recherchez dans vos relations, vos réactions par rapport à vos proches dans certaines situations)

### **Avantages pouvant découler de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche vous donnera une occasion de réflexion personnelle qui pourrait vous aider à mieux vous connaître. De plus, elle contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques à l'égard des facteurs impliqués dans le développement et le maintien de symptômes physiques médicalement inexplicables ou partiellement expliqués.

### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Votre participation à cette étude comporte l'inconvénient de prendre de votre temps (environ 45 minutes). Il pourrait aussi arriver que certaines questions fassent naître en vous des émotions (certaines pouvant s'avérer désagréables). De plus, certaines questions nécessiteront que vous pensiez à vos symptômes physiques; le fait d'y porter attention pourrait faire en sorte que de façon temporaire, vous les ressentiez plus intensément que d'ordinaire (comme cela peut vous arriver dans d'autres situations où vous pensez à vos symptômes ou en parlez à quelqu'un).

S'il advenait que votre participation à l'étude suscite des émotions particulièrement désagréables en lien ou non avec des symptômes physiques, il vous est suggéré d'aller chercher un soutien psychologique au CSSS de votre région. Vous trouverez les coordonnées du CSSS de votre secteur en consultant l'adresse suivante : <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/csss/>.

### **Droit de retrait sans préjudice de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, en tout temps, de mettre fin à votre participation sans avoir à justifier votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

### **Confidentialité et publications**

L'ensemble des informations recueillies au cours du projet de recherche demeurera strictement confidentiel et l'anonymat des participants sera préservé. Vous ne serez identifié(e) d'aucune façon, vous n'aurez pas à inscrire votre nom ni vos coordonnées dans les questionnaires. Les données recueillies seront conservées en lieu sûr, sous clé dans un classeur et/ou dans un fichier informatique protégé par un mot de passe, auxquels seule la chercheuse principale aura accès. Elles seront conservées pendant cinq ans, après quoi elles seront détruites. Les données du projet de recherche seront strictement utilisées à des fins de recherche (thèse de doctorat, communications scientifiques), et seuls les résultats généraux seront diffusés (aucune donnée individuelle). Ainsi, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche.

### **Résultats de la recherche**

Vous pourrez être informés sur les résultats de l'étude, dès qu'ils seront disponibles, en consultant le <http://pages.usherbrooke.ca/jdescoteaux>.

### **Personnes à contacter**

Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié à ce projet de recherche, vous pouvez joindre :

Vickie Beauregard à l'adresse courriel suivante : [vickie.beauregard@usherbrooke.ca](mailto:vickie.beauregard@usherbrooke.ca) ou au numéro de téléphone suivant : 514-764-0542

Jean Descôteaux à l'adresse courriel suivante : [Jean.Descoteaux@USherbrooke.ca](mailto:Jean.Descoteaux@USherbrooke.ca) ou au numéro de téléphone suivant : (819) 821-8000 (no sans frais : 1-800 267-8337) poste 63366

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Si vos questions portent sur les aspects éthiques de cette étude, contactez Madame Dominique Lorrain par l'intermédiaire de son secrétariat au (819) 821-8000 poste 62644 ou par courriel à l'adresse suivante : [cer\\_lsh@usherbrooke.ca](mailto:cer_lsh@usherbrooke.ca).

**Consentement libre et éclairé**

En répondant aux questionnaires qui suivent, vous acceptez librement de participer à l'étude présentée dans ce document.

**Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude**

Je, Vickie Beauregard, chercheuse principale de l'étude, suis responsable du déroulement du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document.



## INFORMATION FORM

You are invited to participate in a research project. This document provides you with information about the project's design and methodology so that you can make an informed decision as to whether to participate or not.

### **Title of Research project**

Relationships between the tendency to experience medically unexplained or partially explained physical symptoms, emotions, and relationships with close others.

### **Principal investigator**

Vickie Beauregard is the principal investigator of this project, which is carried out in the context of her doctoral thesis. Ms. Beauregard is a clinical psychology doctorate candidate at the Psychology Department of the Social Sciences Faculty at the University of Sherbrooke. The project is supervised by Jean Descôteaux, Ph.D., professorial researcher at the Psychology Department of the same institution.

### **Purpose of the study**

The purpose of this project is to explore various mechanisms in the relationship between the tendency to experience medically unexplained or partially explained physical symptoms, emotions, and relationships with close others.

### **Justification of the need to have human participants and the choice of the group**

Surveying people presenting medically unexplained symptoms is critical to this study because they are the only ones who can provide us information on their emotional and relational experience.

### **Participation procedures**

Your participation will be required to fill out questionnaires (online or on paper) for the duration of about 45 minutes. You can fill out the questionnaires at the time and place that are most convenient for you.

These are the main topics of the questionnaires:

- your physical symptoms (e.g. nature of symptoms, frequency, impact on your quality of life)
- your emotions (e.g. nature, management)
- the way you relate to others (e.g. what you look for in relationships, your reactions towards close others in different situations)

### **Possible benefits of participation**

Your participation in this research project can provide an opportunity to reflect upon yourself, which can help you to develop self-knowledge. In addition, it will contribute to advances in scientific knowledge of medically unexplained or partially explained physical symptoms.

### **Possible risks of participation**

Your participation in this research will take up some of your time (about 45 minutes). It is also possible that some questions will arouse emotions (some of which may be unpleasant). In addition, to answering some questions, you will have to think about your physical symptoms. In paying attention to them, it is possible that, temporarily, you may feel them more intensely than usual (as it can happen to you in other situations when you think about your symptoms or talk about them to someone).

If your participation in this study leads you to experience some particularly unpleasant emotions associated with physical symptoms or not, we advise you to seek psychological help at your CSSS. You can find the address and phone number of the CSSS of your region on this website: <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/csss/>.

### **Voluntary participation or withdrawal**

Your participation in this research project is completely voluntary. You may refuse to participate in this study or stop participating at any time. Your decisions will be respected and will not be questioned, nor be the subject of prejudice of any kind.

### **Confidentiality and publications**

The information collected in this research project will be strictly kept confidential and anonymous. Your name, address or phone number are not required on the questionnaires. The data collected will be stored in a secure setting, locked in a filing cabinet and/or in a computer file protected by a password, and only the principal investigator will have access to it. They will be kept during five years, and then destroyed. The data of the research project will strictly be used for research purposes (doctoral thesis, scientific communications), and only the general results will be published (no individual data). Therefore, nothing will allow participants to be identified.

### **Research results**

We invite you to look up the research results, as soon as they are available, on the following website: <http://pages.usherbrooke.ca/jdescoteaux>.

### **Contacts**

For any additional information or any problem regarding this research project, please contact:

Vickie Beauregard at this e-mail address: [vickie.beauregard@usherbrooke.ca](mailto:vickie.beauregard@usherbrooke.ca) or at this phone number: 514-764-0542

Jean Descôteaux at this e-mail address: [Jean.Descoteaux@USherbrooke.ca](mailto:Jean.Descoteaux@USherbrooke.ca) or at this phone number: (819) 821-8000 (toll free number : 1-800 267-8337), extension 63366

The Research Ethics committee of the Social Sciences Faculty has approved this project and will have to approve any further modification.

If you have any questions on ethical aspects of this research, please contact Dr. Dominique Lorrain by phone at (819) 821-8000, extension 62644 or at this e-mail address : [cer\\_lsh@usherbrooke.ca](mailto:cer_lsh@usherbrooke.ca)

### **Informed consent**

By answering to the following questionnaires, you agree to participate to the study presented in this document.

**Declaration of responsibility of the researchers**

I, Vickie Beauregard, principal investigator of the study, am responsible for the development of this research project. I commit to respecting the obligations presented in this document.

*Appendice C*  
Positive and Negative Affect Schedule

This scale consists of a number of words that describe different feelings and emotions.  
 Read each item and then tick the appropriate answer. Indicate to what extent you  
 generally feel this way, that is, how you feel on the average.

	Very slightly or not at all	A little	Moderately	Quite a bit	Extremely
1. interested	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. distressed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. excited	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. upset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. strong	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. guilty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. scared	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. hostile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. enthusiastic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. proud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. alert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ashamed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. inspired	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. nervous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. determined	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. attentive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. jittery	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. active	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. afraid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Développé par Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, p. 1070. Droits d'auteur 1988 par la American Psychological Association. Légèrement adapté pour Survey Monkey.

*Appendice D*  
Échelle d'affectivité positive et d'affectivité négative

Ce questionnaire contient des adjectifs qui décrivent des sentiments et des émotions. Lisez chacun de ces adjectifs. Pour chacun de ces adjectifs, vous devez indiquer à quel point il décrit comment vous vous sentez généralement.

	Très peu ou Pas du tout	Peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
1. Intéressé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Angoissé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Excité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Fâché(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Fort(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Coupable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Effrayé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hostile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Enthousiaste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Fier(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Irrité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Alert(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Honteux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Inspiré(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Nerveux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Déterminé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Attentif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Agité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Actif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Craintif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Développé par Watson, Clark, & Tellegen (1988). Version francophone par Gaudreau, P., Sanchez, X., & Blondin, J. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related setting: Testing the factorial structure of the panas across two samples of french-canadian participants. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, p. 249. Droits d'auteur 2006 par Hogrefe & Huber Publishers. Légèrement adapté pour Survey Monkey.

*Appendice E*  
Experiences in Close Relationships

The following statements concern how you generally feel in close relationships (e.g., with romantic partners, close friends, or family members). Respond to each statement by indicating how much you agree or disagree with it. Write the number in the space provided, using the following rating scale:

- 1= Disagree strongly
- 2= Disagree
- 3= Disagree slightly
- 4= Neutral/mixed
- 5= Agree slightly
- 6= Agree
- 7= Agree strongly

- 1. I prefer not to show others how I feel deep down. \_\_\_\_\_
- 2. I worry about being rejected or abandoned. \_\_\_\_\_
- 3. I am very comfortable being close to other people. \_\_\_\_\_
- 4. I worry a lot about my relationships. \_\_\_\_\_
- 5. Just when someone starts to get close to me I find myself pulling away. \_\_\_\_\_
- 6. I worry that others won't care about me as much as I care about them. \_\_\_\_\_
- 7. I get uncomfortable when someone wants to be very close to me. \_\_\_\_\_
- 8. I worry a fair amount about losing my close relationship partners. \_\_\_\_\_
- 9. I don't feel comfortable opening up to others. \_\_\_\_\_
- 10. I often wish that close relationship partner's feelings for me were as strong as my feelings for them. \_\_\_\_\_
- 11. I want to get close to others, but I keep pulling back. \_\_\_\_\_
- 12. I want to get very close to others, and this sometimes scares them away. \_\_\_\_\_
- 13. I am nervous when another person gets too close to me. \_\_\_\_\_
- 14. I worry about being alone. \_\_\_\_\_
- 15. I feel comfortable sharing my private thoughts and feelings with others. \_\_\_\_\_
- 16. My desire to be very close sometimes scares people away. \_\_\_\_\_

17. I try to avoid getting too close to others. \_\_\_\_\_
18. I need a lot of reassurance that close relationship partners really care about me. \_\_\_\_\_
19. I find it relatively easy to get close to others. \_\_\_\_\_
20. Sometimes I feel that I try to force others to show more feeling, more commitment to our relationship than they otherwise would. \_\_\_\_\_
21. I find it difficult to allow myself to depend on close relationship partners. \_\_\_\_\_
22. I do not often worry about being abandoned. \_\_\_\_\_
23. I prefer not to be too close to others. \_\_\_\_\_
24. If I can't get a relationship partner to show interest in me, I get upset or angry. \_\_\_\_\_
25. I tell my close relationship partners just about everything. \_\_\_\_\_
26. I find that my partners don't want to get as close as I would like. \_\_\_\_\_
27. I usually discuss my problems and concerns with close others. \_\_\_\_\_
28. When I don't have close others around, I feel somewhat anxious and insecure. \_\_\_\_\_
29. I feel comfortable depending on others. \_\_\_\_\_
30. I get frustrated when my close relationship partners are not around as much as I would like. \_\_\_\_\_
31. I don't mind asking close others for comfort, advice, or help. \_\_\_\_\_
32. I get frustrated if relationship partners are not available when I need them. \_\_\_\_\_
33. It helps to turn to close others in times of need. \_\_\_\_\_
34. When other people disapprove of me, I feel really bad about myself. \_\_\_\_\_
35. I turn to close relationship partners for many things, including comfort and reassurance. \_\_\_\_\_
36. I resent it when my relationship partners spend time away from me. \_\_\_\_\_

*Appendice F*  
Questionnaire sur les Expériences Relationnelles avec les Proches

Consigne : Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations avec vos proches (p. ex., partenaires amoureux, amis intimes, ou membres de la famille). Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Inscrivez le chiffre correspondant à votre choix dans l'espace réservé à cet effet selon l'échelle suivante :

- 1 = Fortement en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Légèrement en désaccord
- 4 = Neutre/ partagé(e)
- 5 = Légèrement en accord
- 6 = En accord
- 7 = Fortement en accord

- 1 \_\_\_\_\_ Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds aux autres.
- 2 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).
- 3 \_\_\_\_\_ Je me sens très à l'aise lorsque je suis près des autres.
- 4 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.
- 5 \_\_\_\_\_ Dès que quelqu'un se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne.
- 6 \_\_\_\_\_ J'ai peur que les autres ne soient pas autant attachés à moi que je le suis à eux.
- 7 \_\_\_\_\_ Je deviens mal à l'aise lorsque quelqu'un veut être très près de moi.
- 8 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mes proches.
- 9 \_\_\_\_\_ Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir aux autres.
- 10 \_\_\_\_\_ Je souhaite souvent que les sentiments de mes proches envers moi soient aussi forts que les miens envers eux.
- 11 \_\_\_\_\_ Je veux me rapprocher des autres, mais je ne cesse de m'en éloigner.
- 12 \_\_\_\_\_ Je cherche souvent à être très près des autres, et ceci les fait parfois fuir.
- 13 \_\_\_\_\_ Je deviens nerveux(se) lorsque quelqu'un se rapproche trop de moi.
- 14 \_\_\_\_\_ Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).

- 15 \_\_\_\_\_ Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec les autres.
- 16 \_\_\_\_\_ Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.
- 17 \_\_\_\_\_ J'essaie d'éviter d'être trop près des autres.
- 18 \_\_\_\_\_ J'ai un grand besoin que mes proches me rassurent de leur amour.
- 19 \_\_\_\_\_ Il m'est relativement facile de me rapprocher des autres.
- 20 \_\_\_\_\_ Parfois, je sens que je force les autres à me manifester davantage leurs sentiments et leur engagement.
- 21 \_\_\_\_\_ Je me permets difficilement de compter sur mes proches.
- 22 \_\_\_\_\_ Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).
- 23 \_\_\_\_\_ Je préfère ne pas être trop près des autres.
- 24 \_\_\_\_\_ Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte qu'un proche s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).
- 25 \_\_\_\_\_ Je dis à peu près tout à mes proches.
- 26 \_\_\_\_\_ Je trouve que mes proches ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.
- 27 \_\_\_\_\_ Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mes proches.
- 28 \_\_\_\_\_ Lorsque je ne suis pas avec mes proches, je me sens quelque peu anxieux(se) et insécure.
- 29 \_\_\_\_\_ Je me sens à l'aise de compter sur les autres.
- 30 \_\_\_\_\_ Je deviens frustré(e) lorsque mes proches ne sont pas là aussi souvent que je le voudrais.
- 31 \_\_\_\_\_ Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes proches.
- 32 \_\_\_\_\_ Je deviens frustré(e) si mes proches ne sont pas là quand j'ai besoin d'eux.

- 33 \_\_\_\_\_ Cela m'aide de me tourner vers mes proches quand j'en ai besoin.
- 34 \_\_\_\_\_ Lorsque les autres me désapprouvent, je me sens vraiment mal vis-à-vis de moi-même.
- 35 \_\_\_\_\_ Je me tourne vers mes proches pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me faire rassurer.
- 36 \_\_\_\_\_ Je suis contrarié(e) lorsque mes proches passent du temps loin de moi.

*Appendice G*  
Quantification Inventory for Somatoform Syndromes

1. How has your health been over the past week?

- Very good
- Good
- Moderate
- Bad
- Very bad

2. Tick the complaints that have been incapacitating you over the past week.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No complaints                                     | <input type="checkbox"/> Loss of voice                                     |
| <input type="checkbox"/> Stomach pain                                      | <input type="checkbox"/> Deafness, difficulties in hearing                 |
| <input type="checkbox"/> Nausea  | <input type="checkbox"/> Doubled visions                                   |
| <input type="checkbox"/> Vomiting  | <input type="checkbox"/> Blindness   |
| <input type="checkbox"/> Flatulence  | <input type="checkbox"/> Loss of sensitivity to touch or pain              |
| <input type="checkbox"/> Diarrhoea   | <input type="checkbox"/> Loss of consciousness                             |
| <input type="checkbox"/> Bad taste in the mouth or extremely furred tongue | <input type="checkbox"/> Seizures  |
| <input type="checkbox"/> Incompatibility of certain kinds of food          | <input type="checkbox"/> Paralysis, weakness of muscles                    |
| <input type="checkbox"/> Feeling stuffed                                   | <input type="checkbox"/> Difficulties urinating                            |
| <input type="checkbox"/> Headaches   | <input type="checkbox"/> Unpleasant feelings in or around the genital area |
| <input type="checkbox"/> Back-pain   | <input type="checkbox"/> Sexual indifference                               |
| <input type="checkbox"/> Pain in the arms or legs                          | <input type="checkbox"/> Painful sexual intercourse                        |
| <input type="checkbox"/> Pain in the joints                                | <input type="checkbox"/> Difficulties with erection or ejaculation         |
| <input type="checkbox"/> Painful urination                                 | <input type="checkbox"/> Severe menstrual pain                             |
| <input type="checkbox"/> Pain in the anal region                           | <input type="checkbox"/> Irregular menstruation                            |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath, feelings of suffocating      | <input type="checkbox"/> Very strong menses                                |
| <input type="checkbox"/> Chest-pain  | <input type="checkbox"/> Unusual or intensive vaginal discharge            |
| <input type="checkbox"/> Loss of memory                                    | <input type="checkbox"/> Tiredness   |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hallucinations                          | <input type="checkbox"/> Loss of appetite                         |
| <input type="checkbox"/> Disturbances in balance<br>coordination | <input type="checkbox"/> Uncomfortable paraesthesias              |
| <input type="checkbox"/> Difficulties in swallowing              | <input type="checkbox"/> Spotted skin or change of skin<br>colour |

3. How often did you have the mentioned symptoms over the past week?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Often
- Permanently

4. How intense have the mentioned symptoms been over the past week?

- No complaints
- Mild
- Moderate
- Intense
- Very intense

5. How strong has your quality of life been restricted by the mentioned symptoms over the past week?

- Not at all
- Mild
- Moderate
- Strong
- Very strong

6. On how many days of the past week have you been so impaired by the mentioned complaints that the daily routine could not or just insufficiently be managed?

- Not at all
- On 1 day
- On 2-3 days
- On 4-5 days
- On 6 or more days

7. How strong has your impairment in occupational functioning (including housework) been over the past week (if sick leave: rate "Maximum impairment")?

- No impairment
- Mild impairment
- Moderate impairment
- Strong impairment
- Maximum impairment

8. How strong has your impairment in social functioning and leisure activities been over the past week (sports, parties, going out, etc.)?

- No impairment
- Mild impairment
- Moderate impairment
- Strong impairment
- Maximum impairment

9. How strong has your impairment in family functioning been over the past week (partnership, children, parents)?

- No impairment
- Mild impairment
- Moderate impairment

- Strong impairment
- Maximum impairment

10. Have you been worrying about having a serious illness over the past week?

- Not at all
- Hardly correct
- Partly correct
- Mainly correct
- Absolutely correct

11. Have you had wishes about further diagnostic interventions in order to find the reasons for your complaints?

- Not at all
- Hardly correct
- Partly correct
- Mainly correct
- Absolutely correct

12. How often have you thought about better seeing a physician immediately over the past week?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Frequently
- Permanently

13. How much time have you spent in medical treatments over the past week (e.g. seeing physicians, homoeopaths, masseurs, physiotherapists)?

- None
- 0-1 hour
- 1-3 hours
- 3-6 hours
- More than 6 hours

14. Did you believe your physician is wrong in saying there is nothing to worry about over the past week?

- Not at all
- Hardly correct
- Partly correct
- Mainly correct
- Absolutely correct

15. Have you been needing help from others (e.g. relatives, friends) to cover your daily routines over the past week?

- Not at all
- Rarely
- Sometimes
- Frequently
- Permanently

16. Have you had the feeling of not being taken serious by others over the past week?

- Never
- Rarely
- Sometimes

- Frequently
- Permanently

17. Have you been worrying about your health over the past week?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Frequently
- Permanently

18. Have you been taking medication for your complaints that has been prescribed by a physician (except psychopharmacologic drugs)?

- Not at all
- On 1 day
- On 2-3 days
- On 4-5 days
- On 6-7 days

*Appendice H*  
Inventaire d'évaluation pour les troubles somatoformes

1. Comment a été votre santé durant la dernière semaine?

- 1 très bonne
- 2 bonne
- 3 moyenne
- 4 mauvaise
- 5 très mauvaise

2. Cochez les symptômes qui vous ont dérangé au cours de la dernière semaine.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> aucun symptôme  | <input type="checkbox"/> extinction de voix   |
| <input type="checkbox"/> maux d'estomac  | <input type="checkbox"/> surdité, difficultés à entendre                              |
| <input type="checkbox"/> nausée  | <input type="checkbox"/> vision double  |
| <input type="checkbox"/> vomissements  | <input type="checkbox"/> cécité   |
| <input type="checkbox"/> flatulences   | <input type="checkbox"/> perte de sensibilité au toucher ou à la douleur              |
| <input type="checkbox"/> diarrhée  | <input type="checkbox"/> perte de conscience  |
| <input type="checkbox"/> mauvais goût dans la bouche ou langue extrêmement pâteuse | <input type="checkbox"/> convulsions  |
| <input type="checkbox"/> incompatibilité avec certains types de nourriture         | <input type="checkbox"/> paralysie, faiblesse musculaire                              |
| <input type="checkbox"/> sentiment d'être trop plein                               | <input type="checkbox"/> difficultés à uriner   |
| <input type="checkbox"/> maux de tête  | <input type="checkbox"/> sensations déplaisantes dans ou autour de la région génitale |
| <input type="checkbox"/> maux de dos   | <input type="checkbox"/> indifférence à la sexualité                                  |
| <input type="checkbox"/> douleur dans les bras ou les jambes                       | <input type="checkbox"/> relation sexuelle douloureuse                                |
| <input type="checkbox"/> douleur dans les articulations                            | <input type="checkbox"/> difficulté d'érection ou d'éjaculation                       |
| <input type="checkbox"/> urination douloureuse                                     | <input type="checkbox"/> douleur menstruelle sévère                                   |
| <input type="checkbox"/> douleur dans la région anale                              | <input type="checkbox"/> menstruations irrégulières                                   |
| <input type="checkbox"/> essoufflement, impression de suffoquer                    | <input type="checkbox"/> règles très abondantes                                       |
| <input type="checkbox"/> douleur à la poitrine                                     | <input type="checkbox"/> pertes vaginales inhabituelles ou intenses                   |
| <input type="checkbox"/> perte de mémoire  | <input type="checkbox"/> fatigue  |
| <input type="checkbox"/> hallucinations  | <input type="checkbox"/> perte d'appétit  |
| <input type="checkbox"/> perturbation de l'équilibre ou de la coordination         | <input type="checkbox"/> paresthésies inconfortables                                  |
| <input type="checkbox"/> difficultés à avaler                                      | <input type="checkbox"/> plaques sur la peau ou changement dans la couleur de la peau |

3. À quelle fréquence avez-vous eu les symptômes mentionnés durant la dernière semaine?

- 0 jamais
- 1 rarement
- 2 parfois
- 3 souvent
- 4 constamment

4. De quelle intensité ont été les symptômes mentionnés durant la dernière semaine?

- 0 pas de symptômes
- 1 légère
- 2 moyenne
- 3 intense
- 4 très intense

5. À quel point votre qualité de vie a-t-elle été affectée par les symptômes mentionnés durant la dernière semaine?

- 0 pas du tout
- 1 légèrement
- 2 moyennement
- 3 fortement
- 4 très fortement

6. Combien de jours dans la dernière semaine avez-vous été si incommodé(e) par les symptômes mentionnés que votre routine quotidienne n'a pas pu être ou a été insuffisamment réalisée?

- 0 aucun
- 1 1 jour
- 2 2-3 jours
- 3 4-5 jours
- 4 6 jours ou plus

7. À quel point votre fonctionnement professionnel et dans vos occupations (incluant les tâches ménagères) a-t-il été affecté au cours de la dernière semaine? (si congé de maladie : cochez 4)

- 0 Pas affecté
- 1 légèrement affecté
- 2 modérément affecté
- 3 fortement affecté
- 4 affecté au plus haut point

8. À quel point votre fonctionnement social et vos activités de loisir ont-ils été affectés au cours de la dernière semaine?

- 0 Pas affectés
- 1 légèrement affectés
- 2 modérément affectés
- 3 fortement affectés
- 4 affectés au plus haut point

9. À quel point votre fonctionnement familial a-t-il été affecté durant la dernière semaine (sports, partys, sorties, etc.)

- 0 Pas affecté
- 1 légèrement affecté
- 2 modérément affecté
- 3 fortement affecté
- 4 affecté au plus haut point

10. Vous êtes-vous inquiété(e) d'avoir une maladie grave au cours de la dernière semaine?

- 0 pas du tout
- 1 à peine
- 2 partiellement
- 3 assez
- 4 absolument

11. Avez-vous souhaité avoir davantage d'évaluations diagnostiques afin de trouver les causes de vos symptômes?

- 0 pas du tout
- 1 à peine
- 2 partiellement
- 3 assez
- 4 absolument

12. À quelle fréquence avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux consulter un médecin immédiatement au cours de la dernière semaine?

- 0 jamais
- 1 rarement
- 2 parfois
- 3 fréquemment
- 4 constamment

13. Combien de temps avez-vous passé dans les traitements médicaux au cours de la dernière semaine (ex. consulter des médecins, homéopathes, massothérapeutes, physiothérapeutes)?

- 0 aucun
- 1 0-1 heure
- 2 1-3 heures
- 3 3-6 heures
- 4 plus de 6 heures

14. Avez-vous pensé que votre médecin avait tort en disant qu'il n'y a pas à s'inquiéter au cours de la dernière semaine?

- 0 pas du tout
- 1 à peine
- 2 partiellement
- 3 assez
- 4 absolument

15. Avez-vous eu besoin de l'aide des autres (ex : proches, amis) pour effectuer votre routine quotidienne au cours de la dernière semaine?

- 0 jamais
- 1 rarement
- 2 parfois
- 3 fréquemment
- 4 constamment

16. Avez-vous eu l'impression de ne pas être pris au sérieux par les autres au cours de la dernière semaine?

- 0 jamais
- 1 rarement
- 2 parfois
- 3 fréquemment
- 4 constamment

17. Vous êtes-vous inquiété à propos de votre santé durant la dernière semaine ?

- 0 jamais
- 1 rarement
- 2 parfois
- 3 fréquemment
- 4 constamment

18. Avez-vous pris de la médication qui a été prescrite par un médecin pour vos symptômes (excepté les médicaments psychopharmacologiques)?

- 0 pas du tout
- 1 1 jour
- 2 2-3 jours
- 3 4-5 jours
- 4 6-7 jours

*Appendice I*  
Twenty-item Toronto Alexithymia Scale

Using the scale as a guide, please indicate if you agree or disagree with the following statements, by circling the appropriate number. Only give one answer by statement.

- 1 = STRONGLY DISAGREE
- 2 = PASSABLY DISAGREE
- 3 = NOT DISAGREE NOR AGREE
- 4 = PASSABLY AGREE
- 5 = STRONGLY AGREE

1. I am often confused about what emotion I am feeling.	1	2	3	4	5
2. It is difficult for me to find the right words for my feelings.	1	2	3	4	5
3. I have physical sensations that even doctors do not understand.	1	2	3	4	5
4. I am able to describe my feelings easily.	1	2	3	4	5
5. I prefer to analyze problems rather than just describe them.	1	2	3	4	5
6. When I am upset, I do not know if I am sad, frightened, or angry.	1	2	3	4	5
7. I am often puzzled by sensations in my body.	1	2	3	4	5
8. I prefer to just let things happen rather than to understand why they turned out that way.	1	2	3	4	5
9. I have feelings that I cannot quite identify.	1	2	3	4	5
10. Being in touch with emotions is essential.	1	2	3	4	5
11. I find it hard to describe how I feel about people.	1	2	3	4	5

12. People tell me to describe my feelings more.	1	2	3	4	5
13. I do not know what's going on inside me.	1	2	3	4	5
14. I often do not know why I am angry.	1	2	3	4	5
15. I prefer talking to people about their daily activities rather than their feelings.	1	2	3	4	5
16. I prefer to watch 'light' entertainment shows rather than psychological dramas.	1	2	3	4	5
17. It is difficult for me to reveal my innermost feelings, even to close friends.	1	2	3	4	5
18. I can feel close to someone, even in moments of silence.a	1	2	3	4	5
19. I find examination of my feelings useful in solving personal problems.a	1	2	3	4	5
20. Looking for hidden meanings in movies or plays distracts from their enjoyment.	1	2	3	4	5

*Appendice J*  
Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

En vous servant de l'échelle comme guide, veuillez indiquer si vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants, en encerclant le chiffre approprié. Ne donnez qu'une réponse par énoncé.

- 1 = FORTEMENT EN DÉSACCORD  
 2 = PASSABLEMENT EN DÉSACCORD  
 3 = NI EN DÉSACCORD, NI EN ACCORD  
 4 = PASSABLEMENT EN ACCORD  
 5 = FORTEMENT EN ACCORD

1. Je ne suis jamais sûr(e) de l'émotion que je ressens.	1	2	3	4	5
2. J'ai de la difficulté à trouver les mots justes pour exprimer ce que je ressens.	1	2	3	4	5
3. J'ai des sensations physiques que même les médecins ne comprennent pas.	1	2	3	4	5
4. Je peux facilement décrire ce que je ressens.	1	2	3	4	5
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de simplement les décrire.	1	2	3	4	5
6. Quand je suis bouleversé(e), je sais pas si je suis triste, apeuré(e), ou fâché(e).	1	2	3	4	5
7. J'ai souvent des sensations dans mon corps qui me rendent perplexe.	1	2	3	4	5
8. Je préfère accepter les choses telles qu'elles arrivent plutôt que de chercher à comprendre pourquoi elles sont ainsi.	1	2	3	4	5
9. Je ressens certaines choses que je ne peux tout à fait identifier.	1	2	3	4	5
10. Il est essentiel d'être en contact avec ses émotions.	1	2	3	4	5
11. Il m'est difficile de décrire ce que je ressens envers les gens.	1	2	3	4	5

12. Les gens me demandent de décrire davantage ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je ne sais pas ce qui se passe en dedans de moi.	1	2	3	4	5
14. Souvent, je ne sais pas pourquoi je suis fâché(e).	1	2	3	4	5
15. Je préfère parler avec les gens de leurs activités de tous les jours plutôt que de leurs sentiments.	1	2	3	4	5
16. Je préfère regarder des programmes de variété plutôt que des drames psychologiques.	1	2	3	4	5
17. Il m'est difficile de faire part de mes sentiments les plus profonds et ce, même à mes ami(e)s intimes.	1	2	3	4	5
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant des moments de silence.	1	2	3	4	5
19. Je trouve utile d'examiner mes sentiments lorsqu'il s'agit de régler mes problèmes personnels.	1	2	3	4	5
20. Le fait de chercher des significations cachées dans un film ou une pièce de théâtre nous empêche de l'apprécier.	1	2	3	4	5

*Appendice K*  
Interpersonal Reactivity Index

We ask you to indicate the degree to which the items describe you, by choosing the appropriate number on a 5 point scale from 0 (does not describe me well) to 4 (describes me very well).

1. I daydream and fantasise, with some regularity, about things that might happen to me.	0	1	2	3	4
2. I often have tender, concerned feelings for people less fortunate than me.	0	1	2	3	4
3. I sometimes find it difficult to see things from the "other guy's" point of view.	0	1	2	3	4
4. Sometimes I don't feel very sorry for other people when they are having problems.	0	1	2	3	4
5. I really get involved with the feelings of the characters in a novel.	0	1	2	3	4
6. In emergency situations, I feel apprehensive and ill-at-ease.	0	1	2	3	4
7. I am usually objective when I watch a movie or play, and I don't often get completely caught up in it.	0	1	2	3	4
8. I try to look at everybody's side of a disagreement before I make a decision.	0	1	2	3	4
9. When I see someone being taken advantage of, I feel kind of protective towards them.	0	1	2	3	4
10. I sometimes feel helpless when I am in the middle of a very emotional situation.	0	1	2	3	4
11. I sometimes try to understand my friends better by imagining how things look from their perspective.	0	1	2	3	4
12. Becoming extremely involved in a good book or movie is somewhat rare for me.	0	1	2	3	4

13. When I see someone get hurt, I tend to remain calm.	0	1	2	3	4
14. Other people's misfortunes do not usually disturb me a great deal.	0	1	2	3	4
15. If I'm sure I'm right about something, I don't waste much time listening to other people's arguments.	0	1	2	3	4
16. After seeing a play or movie, I have felt as though I were one of the characters.	0	1	2	3	4
17. Being in a tense emotional situation scares me.	0	1	2	3	4
18. When I see someone being treated unfairly, I sometimes don't feel very much pity for them.	0	1	2	3	4
19. I am usually pretty effective in dealing with emergencies.	0	1	2	3	4
20. I am often quite touched by things that I see happen.	0	1	2	3	4
21. I believe that there are two sides to every question and try to look at them both.	0	1	2	3	4
22. I would describe myself as a pretty soft-hearted person.	0	1	2	3	4
23. When I watch a good movie, I can very easily put myself in the place of a leading character.	0	1	2	3	4
24. I tend to lose control during emergencies.	0	1	2	3	4
25. When I'm upset at someone, I usually try to "put myself in his shoes" for a while.	0	1	2	3	4
26. When I am reading an interesting story or novel, I imagine how I would feel if the events in the story were happening to me.	0	1	2	3	4

27. When I see someone who badly needs help in an emergency, I go to pieces.	0	1	2	3	4
28. Before criticizing somebody, I try to imagine how I would feel if I were in their place.	0	1	2	3	4

*Appendice L*  
Indice de Réactivité Interpersonnelle

Nous vous demandons d'indiquer à quel degré les items vous décrivent, en choisissant le chiffre approprié sur une échelle en 5 points qui va de 0 (ne me décrit pas bien) à 4 (me décrit très bien).

1.	Avec une certaine régularité, je rêve à des choses qui pourraient m'arriver et je me les imagine.	0	1	2	3	4
2.	J'éprouve souvent des sentiments de tendresse et d'inquiétude envers les gens qui ont moins de chance que moi.	0	1	2	3	4
3.	Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre.	0	1	2	3	4
4.	Parfois, je ne plains pas beaucoup les autres quand ils ont des problèmes.	0	1	2	3	4
5.	Je me sens vraiment concerné(e) par les sentiments des personnages dans un roman.	0	1	2	3	4
6.	Dans les situations d'urgence, j'éprouve de l'appréhension et je me sens mal à l'aise.	0	1	2	3	4
7.	Je suis habituellement objectif(ve) lorsque je regarde un film ou une pièce de théâtre, et je ne me laisse pas souvent prendre complètement.	0	1	2	3	4
8.	J'essaie d'envisager le point de vue de chacun dans un désaccord avant de prendre une décision.	0	1	2	3	4
9.	Lorsque je vois quelqu'un dont on a profité, je me sens du genre protecteur à l'égard de cette personne.	0	1	2	3	4
10.	Je me sens parfois impuissant(e) quand je me trouve au coeur d'une situation très riche en émotions.	0	1	2	3	4
11.	J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant à quoi ressemblent les choses selon leur point de vue.	0	1	2	3	4
12.	Finir par "embarquer" vraiment dans un bon livre ou un bon film est assez rare pour moi.	0	1	2	3	4
13.	Lorsque je vois quelqu'un se blesser, j'ai tendance à rester calme.	0	1	2	3	4
14.	Les malheurs des autres ne me troublent habituellement pas beaucoup.	0	1	2	3	4
15.	Si je suis sûr (sûre) d'avoir raison au sujet de quelque chose, je ne perds pas grand temps à écouter les arguments des autres.	0	1	2	3	4

16.	Après avoir vu une pièce de théâtre ou un film, j'ai l'impression d'être un des personnages.	0	1	2	3	4
17.	Le fait d'être dans une situation émotionnelle tendue m'effraie.	0	1	2	3	4
18.	Quand je vois des gens qu'on traite injustement, quelquefois je ne sens pas beaucoup de pitié pour eux.	0	1	2	3	4
19.	Je suis en général assez efficace quand je fais face à des situations critiques.	0	1	2	3	4
20.	Je suis souvent très touché(e) par les choses qui se passent sous mes yeux.	0	1	2	3	4
21.	Je crois qu'il existe deux côtés pour toute question et j'essaie de les envisager tous les deux.	0	1	2	3	4
22.	Je me décrirais comme une personne au coeur assez tendre.	0	1	2	3	4
23.	Quand je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place d'un des personnages principaux.	0	1	2	3	4
24.	J'ai tendance à perdre le contrôle lors de situations critiques.	0	1	2	3	4
25.	Lorsque je suis fâché(e) contre quelqu'un, j'essaie habituellement de "me mettre dans la peau" de cette personne pour un certain temps.	0	1	2	3	4
26.	Lorsque je lis une histoire ou un roman intéressant, j'imagine ce que je ressentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient à moi.	0	1	2	3	4
27.	Lorsque je vois quelqu'un qui a sérieusement besoin d'aide à l'occasion d'une crise, je m'effondre.	0	1	2	3	4
28.	Avant de critiquer des gens, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à leur place.	0	1	2	3	4

*Appendice M*  
The Emotion Amplification and Reduction Scales

For the next 18 statements, please indicate the degree to which each is true or is not true for you using the following four point scale:

- 1 = Not at all true for me
- 2
- 3
- 4 = Very true for me

<b>Emotion amplification</b>				
1. If I want to, I can get myself emotionally “charged up”	1	2	3	4
2. I can get emotionally “revved up” to enhance my performance	1	2	3	4
3. I can harness the energy of my emotions to enhance my performance	1	2	3	4
4. I can use my emotions or feelings to my advantage	1	2	3	4
5. I can do things that will enrich my emotional experience	1	2	3	4
6. If I wanted to, I could turn UP the intensity level of whatever emotion I may be feeling	1	2	3	4
7. I can do things that will deepen my emotional experience	1	2	3	4
8. I can hold on to a feeling or emotion	1	2	3	4
9. I can deepen the feeling of an existing emotion	1	2	3	4
<b>Emotion reduction</b>				
1. No matter how intensely I may be feeling a particular emotion, I can almost always make myself calm down	1	2	3	4
2. When the need arises, I can cut short an emotional response	1	2	3	4

3. I can readily make myself tone down the intensity of any emotion that I might be feeling	1	2	3	4
4. I can stop an emotion before it overwhelms me	1	2	3	4
5. Prior to a stressful situation, I can get myself into a calm state that actually prevents me from feeling bad when the stressful event happens	1	2	3	4
6. When I know in advance that an upcoming situation is going to make me feel a particular emotion (such as sadness or anger), I am able to do things that prevent the feelings from occurring when that situation arises	1	2	3	4
7. I can choose to remain calm in almost any situation	1	2	3	4
8. I can control my emotional reaction to events or situation	1	2	3	4
9. When I know in advance that I will be faced with an exciting or stressful situation, I could (if I wanted to) remain calm	1	2	3	4

*Appendice N*  
Les Échelles d'Amplification et de Réduction des Émotions

S.V.P. indiquez à quel point chacune des 18 affirmations qui suivent est vraie pour vous en utilisant l'échelle en quatre points suivante :

1 = Pas du tout vrai pour moi

2

3

4 = Très vrai pour moi

<b>Amplification des émotions</b>				
1. Si je le veux, je peux devenir à fleur de peau.	1	2	3	4
2. Je peux devenir intense émotionnellement pour améliorer ma performance.	1	2	3	4
3. Je peux canaliser l'énergie de mes émotions pour améliorer ma performance.	1	2	3	4
4. Je peux utiliser mes émotions ou mes sentiments à mon avantage.	1	2	3	4
5. Je peux faire des choses pour enrichir mon expérience émotionnelle.	1	2	3	4
6. Si je le voulais, je pourrais augmenter l'intensité de n'importe quelle émotion que je ressens.	1	2	3	4
7. Je peux faire des choses qui vont approfondir mon expérience émotionnelle.	1	2	3	4
8. Je peux faire durer/m'accrocher à un sentiment ou une émotion.	1	2	3	4
9. Je peux approfondir la sensation d'une émotion que je vis.	1	2	3	4
<b>Réduction des émotions</b>				
1. Peu importe l'intensité à laquelle je peux ressentir une émotion particulière, je peux presque toujours me calmer.	1	2	3	4

2. Quand le besoin se présente, je peux interrompre ma réaction émotionnelle.	1	2	3	4
3. Je peux facilement réduire l'intensité de n'importe quelle émotion que je ressens.	1	2	3	4
4. Je peux arrêter une émotion avant qu'elle prenne le dessus sur moi.	1	2	3	4
5. Avant une situation stressante, je peux me mettre dans un état de calme qui m'empêche de me sentir mal lorsque l'événement stressant survient.	1	2	3	4
6. Lorsque je sais à l'avance qu'une situation va me faire sentir une émotion particulière (telle que la tristesse ou la colère), je suis capable de faire des choses qui empêchent les sentiments de survenir quand cette situation se présente.	1	2	3	4
7. Je peux choisir de rester calme dans presque n'importe quelle situation.	1	2	3	4
8. Je peux contrôler ma réaction émotionnelle aux événements ou situations.	1	2	3	4
9. Lorsque je sais à l'avance que je vais faire face à une situation excitante ou stressante, je pourrais (si je le voulais) rester calme.	1	2	3	4

*Appendice O*  
Emotion Reactivity Scale

This questionnaire asks different questions about how you experience emotions on a regular basis. When you are asked about being “emotional”, this may refer to being angry, sad, excited, or some other emotion. Please rate the following statements.

0 = Not at all like me

1

2

3

4 = Completely like me

1. When something happens that upsets me, it's all I can think about it for a long time.	0	1	2	3	4
2. My feelings get hurt easily.	0	1	2	3	4
3. When I experience emotions, I feel them very strongly/intensely.	0	1	2	3	4
4. When I'm emotionally upset, my whole body gets physically upset as well.	0	1	2	3	4
5. I tend to get very emotional very easily.	0	1	2	3	4
6. I experience emotions very strongly.	0	1	2	3	4
7. I often feel extremely anxious.	0	1	2	3	4
8. When I feel emotional, it's hard for me to imagine feeling any other way.	0	1	2	3	4
9. Even the littlest things make me emotional.	0	1	2	3	4
10. If I have a disagreement with someone, it takes a long time for me to get over it.	0	1	2	3	4
11. When I am angry/upset, it takes me much longer than most people to calm down.	0	1	2	3	4
12. I get angry at people very easily.	0	1	2	3	4
13. I am often bothered by things that other people don't react to.	0	1	2	3	4

14. I am easily agitated.	0	1	2	3	4
15. My emotions go from neutral to extreme in an instant.	0	1	2	3	4
16. When something bad happens, my mood changes very quickly. People tell me I have a very short fuse.	0	1	2	3	4
17. People tell me that my emotions are often too intense for the situation.	0	1	2	3	4
18. I am a very sensitive person.	0	1	2	3	4
19. My moods are very strong and powerful.	0	1	2	3	4
20. I often get so upset it's hard for me to think straight.	0	1	2	3	4
21. Other people tell me I'm overreacting.	0	1	2	3	4

*Appendice P*  
Échelle de réactivité émotionnelle

Ce questionnaire pose différentes questions à propos de la manière dont vous vivez les émotions habituellement. Lorsque les questions concernent le fait d'être « émotif(ve)», cela peut référer à être fâché, triste, excité ou toute autre émotion. S.V.P. veuillez répondre aux énoncés qui suivent.

0 = Pas du tout comme moi

1 =

2 =

3 =

4 = Totalelement comme moi

1. Lorsque quelque chose qui m'affecte survient, je ne pense qu'à cela pendant longtemps.	0	1	2	3	4
2. Je me sens facilement blessé(e).	0	1	2	3	4
3. Lorsque je vis des émotions, je les ressens très fortement/intensément.	0	1	2	3	4
4. Lorsque je suis émotionnellement affecté(e), tout mon corps devient aussi physiquement affecté.	0	1	2	3	4
5. J'ai tendance à devenir très émotif(ve) très facilement.	0	1	2	3	4
6. Je vis les émotions très fortement.	0	1	2	3	4
7. Je me sens souvent extrêmement anxieux(se).	0	1	2	3	4
8. Lorsque je me sens émotif(ve), c'est difficile pour moi de m'imaginer me sentir autrement.	0	1	2	3	4
9. Même les plus petites choses me rendent émotif(ve).	0	1	2	3	4
10. Si j'ai un désaccord avec quelqu'un, cela me prend beaucoup de temps pour passer par dessus.	0	1	2	3	4
11. Lorsque je suis fâché(e)/contrarié(e), cela me prend beaucoup plus de temps que la plupart des gens pour me calmer.	0	1	2	3	4

12. Je me fâche contre les gens très facilement.	0	1	2	3	4
13. Je suis souvent dérangé(e) par des choses auxquelles les autres ne réagissent pas.	0	1	2	3	4
14. Je suis facilement agité(e).	0	1	2	3	4
15. Mes émotions passent de neutres à extrêmes en un instant.	0	1	2	3	4
16. Lorsque quelque chose de mal arrive, mon humeur change très rapidement. Les gens me disent que j'ai la mèche très courte.	0	1	2	3	4
17. Les gens me disent que mes émotions sont souvent trop intenses pour la situation.	0	1	2	3	4
18. Je suis une personne très sensible.	0	1	2	3	4
19. Mes humeurs sont très intenses et puissantes.	0	1	2	3	4
20. Je deviens souvent si affecté(e) qu'il m'est difficile de penser logiquement.	0	1	2	3	4
21. Les gens me disent que je réagis de façon excessive.	0	1	2	3	4

*Appendice Q*  
Courtauld Emotional Control Scale

Below are listed some of the reactions people have to certain feelings or emotions. Read each one and indicate how far it describes the way you *generally* react. Indicate your answer by circling the appropriate number on the scale. Please work quickly.

	Almost never 1	Sometimes 2	Often 3	Almost always 4
<b>When I feel <u>angry</u>:</b>				
1. I keep quiet.	1	2	3	4
2. I refuse to argue or say anything.	1	2	3	4
3. I bottle it up.	1	2	3	4
4. I say what I feel.	1	2	3	4
5. I avoid making a scene.	1	2	3	4
6. I smother my feelings.	1	2	3	4
7. I hide my annoyance.	1	2	3	4
<b>When I feel <u>depressed</u>:</b>				
1. I refuse to say anything about it.	1	2	3	4
2. I hide my unhappiness.	1	2	3	4
3. I put on a bold face.	1	2	3	4
4. I keep quiet.	1	2	3	4
5. I let others see how I feel.	1	2	3	4
6. I smother my feelings.	1	2	3	4
7. I bottle it up.	1	2	3	4

<b>When I feel <u>anxious</u>:</b>				
1. I let others see how I feel.	1	2	3	4
2. I keep quiet.	1	2	3	4
3. I refuse to say anything about it.	1	2	3	4
4. I tell others all about it.	1	2	3	4
5. I say what I feel.	1	2	3	4
6. I bottle it up.	1	2	3	4
7. I smother my feelings.	1	2	3	4

*Appendice R*  
Échelle de Contrôle Émotionnel de Courtauld

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

	Presque jamais 1	Parfois 2	Souvent 3	Presque toujours 4
<b>Quand je suis en <u>colère</u>:</b>				
1. Je reste calme.	1	2	3	4
2. Je refuse de discuter ou de dire quoi que ce soit.	1	2	3	4
3. Je retiens, j'étouffe ma colère.	1	2	3	4
4. Je dis ce que je ressens.	1	2	3	4
5. J'évite de faire une scène, de crier.	1	2	3	4
6. J'étouffe, je retiens mes sentiments.	1	2	3	4
7. Je cache mon chagrin, mon ennui.	1	2	3	4
<b>Quand je suis triste, <u>deprimé(e)</u>:</b>				
1. Je refuse de dire quoi que ce soit sur ma tristesse.	1	2	3	4
2. Je cache ma tristesse.	1	2	3	4
3. Je garde un air ou une mine confiante et assurée.	1	2	3	4
4. Je reste calme.	1	2	3	4

5. Je montre aux autres ce que je ressens.	1	2	3	4
6. Je retiens mes sentiments.	1	2	3	4
7. Je retiens ma tristesse.	1	2	3	4
<b>Quand je me sens <u>inquiet(e) anxieux/anxieuse</u>:</b>				
1. Je laisse voir aux autres ce que je ressens	1	2	3	4
2. Je reste calme	1	2	3	4
3. Je refuse de dire quoi que ce soit sur mon inquiétude	1	2	3	4
4. Je dis aux autres combien je suis inquiète	1	2	3	4
5. Je dis ce que je ressens	1	2	3	4
6. J'étouffe, je retiens mon inquiétude	1	2	3	4
7. Je retiens mes sentiments	1	2	3	4

© Développé par Watson & Greer (1983). Traduction francophone par Tchen, N., Dilhuydy, J. M., Tu De Lara, C., Avril, A., Cousson-Gelie, F., Bruchon-Schweitzer, M., et al. (2004). *Évaluation de l'impact d'une intervention psychosociale sur la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein localisé*. Document récupéré du site internet de l'Institut Bergonié : <http://www.cotrec.org/repertoireCotrec/IBpsyKsein/protocole%20versionfinale.pdf>

*Appendice S*

Associations, groupes Facebook, forums et cliniques ayant diffusé l'annonce de l'étude

---

## Associations

Association de la cystite interstitielle du Québec  
Association de la fibromyalgie de Laval  
Association de la fibromyalgie de l'Estrie  
Association de la fibromyalgie de Manicouagan et de la Haute Côte-Nord  
Association des personnes vivant avec de la douleur chronique  
Association québécoise de la douleur chronique  
Association québécoise de la névralgie du trijumeau  
Fibromyalgie entraide

## Cliniques

Centre de la douleur CAP  
Centre Kinesis  
Clinique médicale physergo du Sud-Ouest  
Polyclinique médicale populaire  
Médecind de l'association des gastro-entérologues du Québec

## Groupes Facebook

Adrienne Dellwo's fibromyalgia and chronic fatigue syndrome  
Canadian society of intestinal research  
Centre postura, posturologie et traitement de la douleur chronique  
Chronic pain info  
Cystite interstitielle  
Fibro 360 community - Fibromyalgia and fatigue centers  
IBS (irritable bowel syndrome) awareness  
Interstitial cystitis a.k.a painful bladder syndrome  
Interstitial cystitis and chronic pelvic pain awareness and education  
Interstitial cystitis association  
Irritable bowel syndrome  
Irritable bowel syndrome self help and support group  
Je suis victime d'une maladie appelée fatigue chronique

(suite)

---

---

Groupes Facebook (suite)

Multiple chemical sensitivity- Intolérance chimique multiple- MCS

National fibromyalgia association

Rheumatoid arthritis information

Rheumatoid arthritis warrior

The many faces of multiple chemical sensitivities in Canada

Two frogs healing center- Lyme disease, fibromyalgia, chronic pain, IBS

Forums

Fibro'forum

Forum d'échanges autour des maladies environnementales

---

*Appendice T*  
Annonce de l'étude/ Study ad

**Vous souffrez de  
symptômes physiques  
ou d'un syndrome  
dont la cause n'est pas  
complètement expliquée  
médicalement?**

**Vous êtes invité(e) à participer à une étude  
portant sur les liens entre la tendance à ressentir  
de tels symptômes, les émotions et les relations  
avec les proches.**

**Rendez-vous au  
[https:// www.surveymonkey.com/s/etude](https://www.surveymonkey.com/s/etude)  
pour obtenir de plus amples informations ou  
pour accéder aux questionnaires en ligne.**

**Sensibilité chimique  
multiple**



**Fatigue chronique**



**Cystite  
interstitielle  
(affection  
urinaire  
chronique)**



**Maladies  
gastro-  
intestinales  
fonctionnelles**



**Douleur chronique**



**Fibromyalgie**



**Rhumatisme**

# Are you suffering from medically unexplained or partially explained symptoms?

You are invited to participate in a research project on the relationships between this type of symptoms, emotions, and relationships with close others.

Go to [https://www.surveymonkey.com/s/study\\_1](https://www.surveymonkey.com/s/study_1)  
for additional information and access  
to online questionnaires.

