Alexithymie : Des origines de la médecine psychosomatique aux recherches actuelles

Olivier Luminet[*]*

Sous presse, Revue française de Psychosomatique

Université catholique de Louvain (UCLouvain) – Institut de recherche en sciences psychologiques
10, place du Cardinal Mercier, 1348 Louvain-la-Neuve, bte L3.05.01; Belgique
olivier.luminet@uclouvain.be

Title : Alexithymia: From the origins of psychosomatic medicine to current research

Abstract : The psychosomatic movement has left its mark on the history of medicine in Europe and North America since the early 20th century. This article reviews some of the major developments in this movement, with a particular focus on the notions of "pensée opératoire" and alexithymia, which emerged in the 60s and 70s. It highlights the relevance of several hypotheses of alexithymic functioning that are tested in approaches derived from the affective sciences, such as the distinction between emotional deficit and excessive emotional response ("over-responding") and the dissociation between attenuated cognitive and exacerbated behavioral responses. The notion of mental elaboration is also proposed to account for the mechanisms impacted by alexithymia. The final section presents an agenda for future research inspired by the contributions of psychosomatics.

Keywords : Affect - Alexithymia – Emotion - Externally-oriented thinking – Psychosomatic

[*] Olivier Luminet est directeur de recherche au Fond de la recherche scientifique (FRS-FNRS), professeur à l'UCLouvain et à l'ULB. Ses thématiques concernent a) les liens entre émotion, identité et mémoire sur le plan individuel et collectif ; b) les interactions entre émotions, personnalité et santé physique et mentale, c) l'impact psychologique de la pandémie de covid19.

Alexithymie : Des origines de la médecine psychosomatique aux recherches actuelles

INTRODUCTION

Le courant psychosomatique a marqué l'histoire de la médecine dès le début du 20ème siècle en Europe et en Amérique du Nord. Nous proposons de reprendre quelques évolutions majeures de ce courant en posant un regard plus particulier sur les notions de pensée opératoire et d'alexithymie qui ont émergé dans les années 60 et 70. Nous mettrons ensuite en évidence la pertinence de plusieurs hypothèses du fonctionnement alexithymique qui sont maintenant testées dans de nouvelles approches issues des sciences affectives comme la distinction entre déficit émotionnel et « over-responding » et la dissociation entre réponses cognitives atténuées et comportementales exacerbées. La notion d'élaboration mentale nous semble également très pertinente pour rendre compte des mécanismes impactés par l'alexithymie. Enfin, nous présenterons un agenda de recherches futures inspirées par les apports de la psychosomatique.

POSITIONNEMENT PERSONNEL

Mon intérêt pour l'alexithymie a commencé avant ma thèse de doctorat. J'ai en effet baigné dans les apports de la psychosomatique dès mon enfance grâce aux travaux de mon père, Daniel Luminet. Au sortir de ses études de médecine, il a postulé pour un séjour de formation clinique et de recherche à l'Institut de Psychanalyse de Chicago, La Mecque de la médecine psychosomatique à l'époque. Les aléas de l'histoire troublée de l'Europe l'avaient obligé à partir pour les USA au début de la guerre. S'ensuit une période de vie de 4 ans à New York, entre 1941 et 1945, durant laquelle il a acquis une maîtrise parfaite de l'anglais.
Son séjour à Chicago au milieu des années '50 lui a permis de côtoyer très régulièrement tous les grands noms du courant psychosomatique, Franz Alexander, Felix Deutsch, Thomas French ou Roy Grinker. Deux autres séjours dans les années '60 à Boston lui offriront la possibilité de travailler étroitement avec Peter Knapp (voir notamment Knapp 1963a , 1963b). Son sens clinique exceptionnel, sa capacité de tester en laboratoire certaines intuitions psychosomatiques, le tout conjugué avec un humanisme authentique exerceront un impact déterminant sur la vision que mon père développera de la psychosomatique. A son retour, il

mettra en place un laboratoire de psychophysiologie à l'Université libre de Bruxelles dans lequel il étudiera notamment la possibilité de conditionnement des crises asthmatiques (D. Luminet, 1969a, 1969b, 1975 ; Luminet & Haber, 1972).

Mon père s'est intéressé de très près à l'alexithymie et à la « pensée opératoire » (e.g., Luminet, 1983 ; Luminet, 1985). Il a entretenu pendant de très longues années des relations étroites avec Pierre Marty à qui il ne manquait pas de rendre visite à l'hôpital de la Poterne des Peupliers durant ses séjours à Paris. Il a aussi eu l'occasion d'échanger avec Peter Sifneos lors de colloques de psychosomatique dès la fin des années '60. Quelques années après avoir été nommé professeur de psychiatrie, médecine psychosomatique et psychologie médicale à l'Université de Liège, il a invité Peter Sifneos à venir présenter ses travaux, un moment dont je me souviens encore ! Enfin, mon père a eu le privilège d'être membre correspondant de la Revue française de Psychosomatique pendant de nombreuses années. C'est donc avec beaucoup de plaisir et d'émotion que j'ai répondu favorablement à l'invitation du comité de rédaction de la RFP à l'occasion de ce numéro spécial sur "L'économie psychosomatique".

ELEMENTS HISTORIQUES

Le rôle du ressenti et de l'expression des émotions sur la santé est au cœur des préoccupations humaines depuis l'Antiquité grecque (e.g., Hot, Grynberg, Desmedt et Luminet, 2021). Le développement du courant psychosomatique au début du 20è siècle constitue un moment charnière pour l'élargissement des connaissances en la matière. On peut mettre en évidence plusieurs étapes dans la conception des émotions et leurs effets sur la santé mentale et somatique dans les modèles psychosomatiques.

Alors que Freud proposait une théorie restrictive selon laquelle les modifications corporelles avaient un sens symbolique interprétable, Dunbar (1935) et Alexander (1950) opèrent un changement radical en réfutant la signification symbolique du trouble psychosomatique. Selon ces auteurs, le trouble serait une conséquence directe d'émotions exprimées de manière inadéquate ou inappropriée qui créent une tension chronique associée avec une série de corrélats somatiques. À terme, ces tensions provoquent des troubles fonctionnels puis organiques et, in fine, la maladie s'installe. Franz Alexander (1950) et ses collaborateurs du *Chicago Psychoanalytic Institute* mettent l'accent sur la présence de conflits intrapsychiques spécifiques en lien avec sept maladies, les fameux « Holy seven » (ulcère peptique, asthme, hypertension essentielle, thyrotoxicose ou maladie de Basedow, colite ulcéreuse, polyarthrite rhumatoïde et dermatite atopique). La conjonction de conflits, couplée à une vulnérabilité d'organe congénitale ou acquise précocement et à un événement

précipitant de la vie de l'individu seraient des facteurs constitutifs centraux de l'apparition de maladies psychosomatiques.

La notion de conflit spécifique est ensuite contestée et puis abandonnée notamment par Roy Grinker qui fondera l'Institute of *Psychosomatic and Psychiatric Research and Training* au *Michael Reese Hospital Medical Center* de Chicago. Grinker s'intéresse à la manière dont les individus font face à des situations nouvelles de l'environnement. Si l'individu est incapable de maitriser la situation, une régression se produit à la fois sur le plan psychologique et physiologique, conduisant in fine à des manifestations psychosomatiques (Grinker, 1956 ; Grinker & Robbins, 1954).

Ensuite, avec les notions de pensée opératoire puis d'alexithymie, l'attention porte sur la présence de déficits dans le traitement des émotions (e.g., Sifneos, 1991). L'apport de Marty et de l'école psychosomatique de Paris (notamment David, Fain, de M'Uzan, McDougall) est essentiel. L'originalité de leurs travaux est d'avoir montré la présence d'éléments spécifiques à certains fonctionnements mentaux parmi les patients psychosomatiques (e.g., Marty, de M'Uzan, & David, 1963). Leur approche met en évidence une pauvreté de la vie fantasmatique et une difficulté à filtrer les émotions entre conscient et préconscient. Marty (1976/1988) parlera de manque de fluidité du préconscient qu'il conçoit comme la plaque tournante de l'économie psychosomatique.

Marty sera également l'initiateur du concept de pensée opératoire (Marty et de M'Uzan, 1963). Il s'agit d'une forme de pensée consciente qui se contente d'illustrer les actions, sans aucun retentissement fantasmatique. Il en résulte un style cognitif dominé par la préoccupation pour des détails externes (par exemple, le temps qu'il fait) au détriment des réponses internes. L'action n'est plus signifiée, mais simplement doublée. McDougall (1982, pp. 52-53) complète le tableau en précisant que « *Le concept de la pensée opératoire renvoie à une forme spécifique de relation aux autres, relation « opératoire » et pragmatique qui apparaît comme privée de liens affectifs dans le vécu psychique du sujet*. » Ces réponses s'observent principalement dans le contexte de situations traumatiques ou conflictuelles (décès, rupture, perte d'emploi) durant lesquelles ces individus semblent ignorer tout retentissement émotionnel. D'autres caractéristiques retiennent l'attention. On distingue tout d'abord un Surmoi schématique et non-intégré. Il se caractérise par un conformisme envers les interdictions habituelles de la société. Le sujet est présent mais vide. Son espace est meublé par des paroles sans résonance. Sa vie onirique est pauvre et limitée à des préoccupations utilitaires. Deux voies d'écoulement des excitations psychiques se présentent,

le comportement et la décharge somatique (Marty, de M'Uzan, & David, 1963). Certains auteurs ont par la suite suggéré de distinguer deux dimensions de la pensée opératoire, la pensée pragmatique en lien avec un style cognitif mécanique et peu imaginatif et la faible importance ou l'inattention accordée aux émotions (Gignac et al., 2007; Müller et al., 2003).

La notion de pensée opératoire sera intégrée comme une composante fondamentale du construit d'alexithymie proposé par Sifneos et Nemiah de la *Medical Harvard School* dans les années 1970 (Nemiah et al. 1976; Nemiah & Sifneos 1970). Ces auteurs notent la présence plus importante de difficultés émotionnelles parmi des patients atteints de maladies psychosomatiques qui sont comparés à un groupe contrôle. Parmi les huit caractéristiques investiguées, figurent notamment l'incapacité à utiliser les mots appropriés pour décrire ses émotions ou l'utilisation de termes d'action pour exprimer ses émotions et éviter les conflits (Sifneos, 1973). Sifneos note la présence plus importante de ce qu'il nomme des caractéristiques alexithymiques chez les patients psychosomatiques. Il précise cependant la présence importante de ces caractéristiques également parmi des patients atteints d'autres pathologies telles que l'abus de substance (alcool, drogues), ainsi que suite à l'exposition à une situation traumatique (Sifneos, 1991). On voit donc que la spécificité psychosomatique de l'alexithymie est mise en doute dès les premières observations empiriques.

Les définitions contemporaines de l'alexithymie incluent quatre dimensions fondamentales. La première concerne une difficulté à identifier et à différencier ses sentiments et à les distinguer des sensations corporelles. La deuxième reprend la notion centrale de difficulté à décrire ses sentiments aux autres. La troisième concerne la pauvreté de la vie fantasmatique incluant un manque de rêveries, d'activités imaginaires et de références aux aspects abstraits et symboliques de la vie. Enfin, la quatrième concerne la pensée opératoire (Luminet et al. 2021b, Taylor & Bagby 2021).

Dans les sections suivantes, nous souhaitons mettre en évidence les continuités entre les approches cliniques initiales du courant psychosomatique et le développement des recherches contemporaines sur l'alexithymie. On assiste en effet depuis le début des années 2000 à un essor considérable de ces recherches qui proviennent de nombreux domaines de la psychologie et des neurosciences.

DISTINCTION ENTRE REPONSES EMOTIONNELLES DEFICITAIRES ET REPONSES EMOTIONNELLES EXCESSIVES

Depuis ses origines, l'alexithymie est principalement considérée comme un **déficit** dans l'identification et la communication des émotions (e.g., Sifneos, Apfel-Savitz, & Frankel, 1977 ; Sifneos, 1991), ainsi que dans le traitement cognitif et la régulation des émotions (Taylor, 2000 ; Taylor, Bagby & Parker, 1991). Dans ces perspectives, les caractéristiques alexithymiques ne seraient pas la résultante de processus régressifs mais d'un déficit primaire de la personnalité (Salminen, Saarijärvi, et Äärelä, 1995).

On note par exemple des défauts essentiels dans les défenses mentales qui se traduisent par des capacités réduites d'incorporation des objets, ainsi que par une absence d'élaboration des conflits (D. Luminet, 1982). On peut établir des liens entre ces observations et les recherches actuelles qui mettent en évidence des schémas émotionnels peu organisés, différenciés et intégrés. Une conséquence importante de ce déficit émotionnel est la grande difficulté de personnes fortement alexithymiques à analyser les aspects les plus pertinents de leurs réactions émotionnelles ou à dégager des interprétations précises par rapport à des contextes à forte teneur émotionnelle (Luminet, Vermeulen, & Grynberg, 2013).

Les émotions remplissent des fonctions de signal, d'intégration et de communication (Luminet & Grynberg, 2021). Ces fonctions sont absentes ou altérées chez les personnes fortement alexithymiques qui apparaissent par conséquent comme vulnérables face à la tension croissante résultant d'états indifférenciés d'excitation émotionnelle désagréable. Pour Taylor et al. (1991), la vulnérabilité des personnes alexithymiques à la maladie s'explique par des déficits dans le traitement cognitif des émotions. Dans cette perspective ces auteurs décrivent l'alexithymie comme un trouble de la régulation des émotions (Taylor et al., 1997). Parallèlement, l'alexithymie a également été conceptualisée comme une réaction défensive (déni, répression) face à des ressentis persistants d'émotivité ou d'hyper-émotivité, se traduisant par des décharges somatiques diffuses qui signalent l'incapacité de l'appareil mental à faire face à l'excitation (e.g., Nemiah et Sifneos, 1970). Le sujet alexithymique se situe au niveau de ses besoins concrets qui nécessitent des réponses immédiates. La demande passe par le corps, en présence de défenses caractérielles associées à des agis soudains et brutaux (D. Luminet, 1982 ; Marchesi et al., 2014). Nous reviendrons par après sur des résultats de recherche qui montrent que cette réponse émotionnelle excessive peut déboucher ensuite sur des comportements agressifs impulsifs.

Suite à ces réponses émotionnelles intenses, les individus mettent en place des stratégies d'évitement émotionnel qui les font régresser à un niveau de développement

antérieur de traitement de l'information (Luminet et al., 2021b ; Luminet & Nielson, 2025). Nous avons nommé cette dimension comme une réponse émotionnelle excessive ou over-responding (OR) (Luminet et al., 2021a, 2021b). Récemment, nous avons mis en évidence la nécessité de distinguer les contextes dans lesquels on peut observer des réponses émotionnelles excessives (« over-responding ») par rapport à celles qui impliquent un déficit de réponse émotionnelle (Luminet et al., 2021a ; Luminet & Nielson, 2025). Quelques illustrations de recherches récentes permettront de mieux identifier les dimensions de l'alexithymie et les contextes dans lesquels ces deux modes de réponses opèrent.

Nous examinerons tout d'abord les réponses considérées comme des déficits émotionnels. On observe que des scores élevés d'alexithymie sont liés à des déficits attentionnels, aussi bien dans l'attention précoce et automatique aux émotions, que dans les étapes ultérieures d'attention contrôlée (Luminet et al., 2021a). Bien que la plupart des études aient examiné le score total d'alexithymie, celles qui distinguent les facettes du construit insistent sur le rôle primordial de la facette de pensée opératoire comme explicateur de ces déficits attentionnels (e.g., Coffey et al., 2003 ; Wiebe et al., 2016).

Par ailleurs, on observe que ces déficits de traitement des émotions sont affectés par le type de tâche et par le type d'émotion impliqués. Par rapport au premier aspect, le déficit se manifeste en particulier lorsque la difficulté de la tâche est accrue, par exemple en cas de contraintes de temps courtes ou de qualité dégradée du stimulus (Ihme et al., 2014a, 2014b ; Kätsyri et al., 2008 ; Prkachin et al., 2009). Ces résultats mettent en évidence que le déficit émotionnel n'est pas généralisé. Il apparaît uniquement lorsque les contraintes de traitement des émotions sont plus importantes.

En ce qui concerne le type d'émotion, il semble que le déficit soit particulièrement marqué quand il s'agit de réagir à des contextes où la colère d'autrui est impliquée (Fujiwara, 2018 ; Luminet et al., 2011 ; Ridout, Smith et Hawkins, 2021 ; Vermeulen et al., 2006, 2008). Vermeulen et al. (2006) ont par exemple montré que les personnes alexithymiques ne sont pas du tout affectées par la présence d'images de visages de colère présentées très rapidement avant un visage ou un mot présenté de façon plus longue. Dans ce paradigme d'amorçage affectif (« emotion priming »), l'image présentée brièvement avant le stimulus cible crée un effet de facilitation si le stimulus qui suit est de même nature émotionnelle (négatif-négatif) ou un effet d'inhibition s'ils sont de nature différente (négatif-positif). Ce lien particulier de l'alexithymie avec un déficit de traitement de la colère d'autrui revêt des implications importantes en référence à des contextes de menace pour l'intégrité de l'individu. Comme le notait D. Luminet (1985, p. 71) dans sa description du fonctionnement alexithymique « Un

trouble majeur des fonctions symboliques rend les émotions fondamentales inaccessibles comme signaux pour le Moi. C'est ainsi que l'angoisse-signal notamment est soit inexistante, soit non-perçue lors de menace de conflit. » L'étude de Vermeulen et al. (2006) permet de soutenir empiriquement les observations cliniques mises en évidence par D. Luminet qui soulignaient l'incapacité des personnes alexithymiques à percevoir des signaux de danger qui sont habituellement perçus de façon prioritaire. La réponse à la menace constitue une situation prototypique qui implique des réponses urgentes afin d'éviter le danger. Les déficits du traitement de la menace représentée par la colère d'autrui suggèrent qu'une alexithymie élevée entraîne une réduction de l'attention et de la réactivité dans des situations critiques qui exigent des réponses particulièrement rapides mettant en évidence le caractère dysfonctionnel d'une alexithymie élevée.

Par rapport aux réponses émotionnelles excessives (« over-responding »), il semble que la facette de difficultés à identifier les émotions soit la plus impliquée. En termes de capacités mnésiques, une étude a mis en évidence que les personnes alexithymiques avaient une meilleure mémoire pour des mots liés à la maladie, malgré une mémoire déficitaire pour des mots liés à des états émotionnels négatifs (Meltzer & Nielson, 2010). Ce résultat souligne qu'il est essentiel de distinguer différentes catégories de termes émotionnels car leur traitement n'est pas de même nature en cas d'alexithymie élevée. Malgré un moindre intérêt global pour les dimensions émotionnelles, certains aspects comme ceux liés à la maladie seraient particulièrement saillants, entraînant des préoccupations excessives quant au fonctionnement corporel. Un autre résultat intéressant concerne l'évolution temporelle des souvenirs en fonction de leur valence. Dans la population générale les souvenirs négatifs s'estompent davantage avec le temps que les souvenirs positifs. Cet effet de filtre de la mémoire connu sous le nom de « Fading Affect Bias » présente comme avantage d'atténuer avec le temps les effets délétères de souvenirs liés à des événements déplaisants. Par contre, en cas d'alexithymie élevée on observe un effet opposé à ce biais mnésique, à savoir qu'avec le temps les souvenirs positifs s'estompent davantage que les souvenirs négatifs (Muir et al., 2017). En conséquence, les personnes alexithymiques ressentiront les affects négatifs liés à un événement spécifique comme devenant plus intenses avec le temps rendant leur régulation plus difficile sur le long terme.

Le modèle déficitaire et celui des réponses émotionnelles excessives ne s'excluent pas mutuellement. Certains auteurs du courant psychosomatique incluent d'ailleurs les deux perspectives (e.g., Krystal, 1982/83 ; D. Luminet, 1985 ; McDougall, 1982/83 ; Nemiah, 1977). Comme le note D. Luminet (1985, p. 71) « Les affects principaux, qu'il s'agisse de

tristesse, de désespoir, de colère, comme de rage ne semblent guère mentalisés. Ils sont en quelque sorte exclus ainsi qu'en témoigne la pauvreté du discours affectif ; qu'il s'agisse d'une défense ou d'une incapacité foncière à décrire la vie affective et à trouver « les mots pour le dire » ».

Malgré l'importance conceptuelle et clinique de distinguer ces deux modes de réponses, il manque de travaux qui examinent systématiquement les conditions qui expliquent l'approche déficitaire ou celle de l' « over-responding ». Etablir ces conditions est essentiel d'un point de vue conceptuel, mais également pour mettre en place des interventions cliniques adaptées à ces profils différenciés. Ces conditions varient en fonction de plusieurs facteurs. Il faut tenir compte du contexte situationnel afin d'examiner si les effets se produisent dans des conditions neutre et/ou émotionnelle, et à l'intérieur des conditions émotionnelles, distinguer des conditions agréables et désagréables. Une autre source de variation concerne le type de processus impliqué. On observe par exemple que des scores élevés d'alexithymie sont liés quasi exclusivement à des réponses émotionnelles déficitaires pour les processus liés au langage. Par contre, pour les processus mnésiques, l'alexithymie est liée à des réponses d' « over-responding » dans un nombre important de contextes (Luminet et al., 2021a).

UNE DISSOCIATION ENTRE COMPOSANTES COGNITIVES ATTENUEES ET COMPORTEMENTALES EXACERBEES

Des études cliniques ont montré que les personnes alexithymiques manifestent plus souvent leurs émotions par des comportements, sans nécessairement les ressentir mentalement (MacLean, 1949 ; Van Heule, 2008). A la suite de ces observations, plusieurs auteurs ont suggéré que les personnes alexithymiques tenteraient de réguler leurs états émotionnels de manière comportementale plutôt que cognitive, ce qui entraînerait des réponses impulsives telles que l'abus de substances ou les troubles alimentaires (Morrie & Ridout, 2018 ; Taylor et al., 1997). L'examen des réactions comportementales en contraste avec les processus cognitifs pourrait mettre en évidence certaines dissociations importantes entre composantes de la réponse émotionnelle.

Ces dissociations font écho à la distinction entre névrose de caractère et névrose de comportement proposée par Marty (e.g., 1980, 1990). Dans la névrose de caractère, même si on observe toujours des comportements associés ils ne sont jamais à l'avant-plan du tableau clinique. Ces personnes conservent une conscience d'eux et des autres et sont capables de s'isoler dans la réflexion. On observe également un maintien des processus mentaux qui se fait au prix de contre-investissements énergétiques pour empêcher l'émergence de la pulsion

(e.g., propreté excessive ou hyperactivité du coronarien). Par contre, lorsque l'essentiel de la symptomatologie concerne des comportements observables, on entre dans le registre de la névrose de comportement. Elle se caractérise par des décompensations physiques qui peuvent être subites et graves. Dans ce cas, l'insuffisance permanente du système psychique empêche de faire barrage à la pulsion. L'individu est dans un état de vide psychique. Dans le domaine des addictions par exemple, on observe une prédominance d'une névrose de comportement qui se caractérise par une prise de substance à la moindre frustration.

Les perspectives contemporaines sur l'émotion mettent en évidence une séquence de processus qui précèdent l'accès conscient aux émotions (e.g., Frijda, 1986 ; Scherer, 2019). Deux dimensions jouent un rôle central, l'évaluation cognitive de la situation (« appraisals ») et les tendances à l'action (« action tendencies »). Dès que l'organisme détecte dans son environnement un changement par rapport au cours habituel de son existence, un ensemble d'évaluations se met en place de façon automatique. La personne évaluera ainsi le caractère nouveau, important, familier ou compatible avec ses normes de la situation qu'il rencontre. L'activation des « appraisals » conduira ensuite à l'activation des tendances à l'action qui sont des tendances automatiques de l'organisme à se tenir prêt comportementalement lorsqu'une situation émotionnelle apparaît dans notre environnement. Les tendances à l'action ne se transforment pas nécessairement en comportements accomplis, mais l'individu ressent néanmoins une activation intense comme s'il allait effectivement accomplir un acte. Les tendances à l'action liées à la colère seront traduites dans des phrases comme « J'avais envie d'insulter quelqu'un, de lui faire du mal ». Celles liées à la fierté incluent des réponses comme « J'avais envie de sauter, de chanter, de bouger ». L'association d'une évaluation cognitive et d'une tendance à l'action spécifiques constitue les antécédents d'une réponse émotionnelle (Luminet & Grynberg, 2021). Chaque état émotionnel est la résultante de combinaisons uniques d' « appraisals » et de tendances à l'action (Frijda, 1986 ; Scherer, 2019).

Faisant écho à la notion de névrose de comportement développée par Marty, nous avons suggéré qu'une caractéristique fondamentale de l'alexithymie concerne la dissociation entre évaluations cognitives et tendances à l'action. D'une part, on note une atténuation générale des « appraisals » (Luminet et al., 2021a). Une situation qui provoque des réactions de tristesse par exemple sera évaluée comme moins déplaisante, moins importante ou moins porteuse de sens par une personne alexithymique. En contraste avec ce déficit, une série d'études cliniques mettent en évidence une propension plus élevée à manifester des réponses comportementales plus intenses en cas d'alexithymie élevée. En particulier, la prévalence de

comportements agressifs impulsifs est supérieure à celle observée dans des populations contrôles (Edwards & Wupperman, 2017 ; Velotti et al., 2016). Les ressources cognitives et affectives nécessaires pour refouler les émotions pénibles et inhiber les actions impulsives seraient insuffisantes chez les personnes alexithymiques soulignant leurs capacités déficientes de régulation des émotions. Celles-ci pourraient s'expliquer par la tendance à recourir à l'évitement expérientiel qui englobe des comportements d'évitement et de fuite et se compose de deux aspects liés : (a) le désir de se déconnecter des expériences privées aversives, (b) les actions entreprises pour modifier les expériences aversives ou leurs sources d'élicitation (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). L'évitement expérientiel est associé à un large éventail de psychopathologies (Kashdan et al., 2010 ; Kingston et al., 2010).

ELABORATION MENTALE ET ALEXITHYMIE

Marty (1991) a introduit le terme de mentalisation, faisant référence à la quantité et la qualité des représentations disponibles dans les activités mentales afin de pouvoir percevoir ses états mentaux, ses affects et sentiments. La mentalisation se situe dans une perspective économique selon laquelle un excès d'excitation peut conduire à un état traumatique si les moyens de défense psychique sont débordés. Comme le note Pierlot (2021, P. 228) « la mentalisation recouvre tout le champ de l'élaboration psychique à savoir l'activité représentationnelle et fantasmatique du sujet. »

La présence de traits alexithymiques serait la conséquence de l'échec d'un ou plusieurs mécanismes d'élaboration psychique, avec comme corollaire que l'activité de la composante biologique de l'émotion ne serait pas régulée par des processus émotionnels et cognitifs. Ce manque de régulation aurait comme conséquence le développement de symptômes somatiques ou de passages à l'acte comportementaux. Comme le note Pierlot (2021, p. 227) « les sujets psychosomatiques vivent presque directement leurs pulsions sans que leurs actions se trouvent d'abord soumise à une élaboration mentale. » L'absence d'élaboration mentale peut avoir des conséquences graves. Comme le note D. Luminet (1985, p. 74), « Certaines compulsions du corps à répéter inlassablement un scénario a minima ne peuvent ainsi jamais devenir paroles susceptibles d'une élaboration mentale. (…) pour le malade psychosomatique grave, lorsque l'objet est perdu, le patient l'est également. Une dépression essentielle exprimant une déstructuration mentale profonde s'installe parallèlement à une pensée opératoire et à des désordres somatiques justiciables le plus souvent d'une thérapie d'urgence. »

Plusieurs études empiriques ont montré différents domaines dans lesquels un déficit d'élaboration mentale est observé dans le cas d'un niveau élevé d'alexithymie. Un premier concerne le rôle du langage, par la mise en relation des sentiments avec des mots pour les décrire et la production d'images et de fantasmes exprimant ses sentiments. Comme souligné par D. Luminet (1975, p. 39) « lors de traumatismes graves, maladies somatiques, pertes affectives significatives, isolement social par exemple, seul le langage, par la densité de sa valeur symbolique, permettra d'échapper à la primauté toujours menaçante de l'enlisement dans le corporel. (…). Ce langage permettra l'organisation du fantasme, mais aussi la prise de distance entre l'actuel et le symbolique et la démarcation entre le concret et le représenté. » Par ailleurs, la première dimension de l'alexithymie inclut la notion de difficultés à distinguer les émotions des sensation corporelles. Cette difficulté dans les processus d'intéroception (Desmedt et al. 2023) peut ensuite limiter la capacité à décrire les états émotionnels en raison de représentations symboliques déficitaires (Welding & Samur, 2018). Les données empiriques confirment que les personnes alexithymiques éprouvent des difficultés majeures dans les capacités expressives et réceptives du langage qui se traduit notamment par une complexité réduite du vocabulaire et de l'expression des émotions (Wotschack & Klann-Delius, 2013), et par un style de communication moins ouvert (Wagner & Lee, 2008).

Ces résultats suggèrent un déficit de prise de perspective dans l'alexithymie, cohérent avec un engagement narratif réduit, qui est probablement dû à une imagerie mentale plus pauvre (van der Velde et al., 2013) et à un faible développement des schémas d'émotion (Hoemann & Feldman Barrett, 2019) et de l'empathie (Grynberg, Berthoz, & Bird, 2018). Le manque d'élaboration mentale se manifeste également sous forme d'une réduction des pensées à propos d'événements personnels positifs (Luminet et al., 2000) et des pensées intrusives après avoir été exposé à une situation émotionnelle de tristesse (Luminet et al., 2004). Ces résultats soulignent que le déficit d'élaboration concerne autant les situations émotionnelles plaisantes que déplaisantes. Un autre domaine dans lequel le manque d'élaboration mentale se manifeste concerne le réseau de souvenirs liés aux sentiments. Toute situation émotionnelle évoque des expériences physiologiques et subjectives qui, à moins d'être extrêmes, améliorent la mémoire (e.g EEM model, Ack Baraly et al., 2017). On observe cependant des difficultés d'élaboration mnésique chez les personnes alexithymiques quand ils traitent du matériel émotionnel, tandis que leurs capacités sont le plus souvent préservées pour des contextes neutres (Vermeulen, Domachowska, & Nielson, 2018 ; Luminet et al., 2021a, Luminet & Nielson, 2025).

Enfin, les personnes alexithymiques ne bénéficient pas de la présence d'indices émotionnels pour améliorer leurs capacités de récupération de l'information en mémoire. Les nombreux résultats obtenus pour le langage verbal s'étendent également aux quelques études portant sur le langage non-verbal. On observe notamment des déficits pour la mémoire des visages et des interactions sociales de nature émotionnelle (Donges & Suslow, 2015 ; Ridout et al., 2021) ainsi que pour le changement des expressions du visage (Takahashi, Hirano, & Gyoba, 2015).

Le déficit d'élaboration mentale est à mettre en parallèle avec les modèles développementaux qui soulignent l'importance des capacités d'élaboration émotionnelle et cognitive chez l'enfant (Lane & Schwartz, 1987). Celles-ci s'acquièrent par les interactions avec les parents d'abord, avec les pairs ensuite. Par contre, dans un processus de développement dysfonctionnel, les parents ne parviennent pas à créer des liens émotionnels avec les enfants (Li et al. 2023), ou n'encouragent pas la compréhension et le partage des émotions (Lane & Schwartz 1987). Ces enfants manquent des étapes cruciales du développement émotionnel, telles que la compréhension et le décodage des expressions faciales, des postures ou de l'intonation avec lesquels une émotion est exprimée. Cela concerne également l'apprentissage de la signification des mots émotionnels et du contexte dans lequel ils sont utilisés, ainsi que de la manière, du moment et du lieu pour partager les aspects émotionnels de leur vie.

En résumé, les personnes fortement alexithymiques présentent des déficits d'élaboration émotionnelle et cognitive explicables par quelques processus fondamentaux tels que le manque de capacités pour délimiter une expérience émotionnelle brute en une variété de nuances qualitativement différentes, une difficulté à établir un lien entre états ressentis et vocabulaire pour les décrire, une difficulté à traduire leurs états internes par des images mentales, et l'absence d'un réseau élaboré de souvenirs liés aux situations émotionnelles.

ORIENTATIONS FUTURES

Dans cet article, nous avons montré comment certains processus mis en évidence dans les approches psychosomatiques, principalement basées sur des observations cliniques, ont pu ensuite être testées de façon concluante dans des études empiriques. Dans cette section nous proposons d'autres directions issues d'observations cliniques qui pourraient être examinées de façon systématique sur le plan empirique.

L'une d'entre elle concerne une approche typologique de l'alexithymie. D'un point de vue économique, Marty (e.g., 1980) a proposé quatre systèmes de fonctionnement qui se

caractérisent par des étiologies contrastées et par des niveaux différents de sévérité (apparentes inorganisations, désorganisations progressives, régressions globales et régressions partielles). Une approche typologique similaire pourrait être considérée comme un modèle de référence pour examiner de façon empirique différents sous-groupes de personnes exprimant un score élevé d'alexithymie et les mettre en relation avec différents niveaux de gravité en termes de santé mentale et de santé physique.

Les études empiriques actuelles ne considèrent la sévérité de l'alexithymie qu'en fonction du score total obtenu sur une échelle d'alexithymie. Cette approche comporte plusieurs limites. Tout d'abord, un score total identique reflète des réalités cliniques différentes. Le profil d'une personne qui éprouve essentiellement des difficultés à identifier ses émotions sera très différent d'une autre pour laquelle la difficulté principale concerne une pensée opératoire. Pour cette raison, nous recommandons d'examiner les liens spécifiques entre chaque facette de l'alexithymie et des indicateurs de santé mentale et somatique (e.g., Luminet et al., 2021a, Luminet & Nielson, 2025).

Malgré son intérêt, cette approche par facteurs se cantonne à une conceptualisation linéaire des associations entre difficultés émotionnelles et implications pour la santé. Une approche typologique permettrait de distinguer des clusters caractérisés par des combinaisons particulières de scores sur les différentes facettes du construit et d'examiner ensuite quels clusters sont le plus liés à des indicateurs de sévérité mentale et somatique.

En lien avec l'approche typologique, une autre perspective future concerne le potentiel impact différentiel de difficultés liées au traitement des émotions en fonction de leur valence. Preece et al. (2017) ont développé une nouvelle approche qui examine de façon distincte les difficultés d'identification et de verbalisation des émotions négatives et positives. Des études futures pourraient utilement examiner la prévalence de clusters caractérisés par des difficultés spécifiques a) pour les émotions positives, b) pour les émotions négatives ou c) pour les deux types de valence. Elles pourraient ensuite mettre en relation ces différentes catégories de difficultés avec des indicateurs de sévérité liés à la santé mentale et somatique. Ces approches permettraient un diagnostic précoce des typologies les plus à risque pour la santé mentale et physique, suivies de directions spécifiques de traitement (voir Luminet & Nielson, 2025 pour une vue d'ensemble des interventions thérapeutiques recommandées).

Références bibliographiques

Ack Baraly, K.T., Hot, P., Davidson, P.S.R., & Talmi, D. (2017). How Emotional Arousal Enhances Episodic Memory. In J.H. Byrne & J.T. Wixted (Eds.), *Learning and Memory: A Comprehensive Reference* (2nd ed., Vol. 2, pp. 295-324).

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton & Company.

Coffey, E., Berenbaurn, H., & Kerns, J. G. (2003). The dimensions of emotional intelligence, alexithymia, and mood awareness: Associations with personality and performance on an emotional stroop task. *Cognition Emotion. 17*: 671-679.

Desmedt, O., Luminet, O., Maurage, P., & Corneille, O. (2023). Discrepancies in the definition and measurement of human interoception: A comprehensive discussion and suggested ways forward. *Perspect Psychol Sci.* DOI: 10.1177/17456916231191537

Donges, U. S., & Suslow, T. (2015). Alexithymia and memory for facial emotions. *Univ Psychol*. *14* : 103-110.

Dunbar, F. (1935). *Emotions and bodily changes: A survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1933*. New York: Columbia University Press.

Edwards, E. R., & Wupperman, P. (2017). Emotion regulation mediates effects of alexithymia and emotion differentiation on impulsive aggressive behavior. *Deviant Behav. 38* : 1160-1171.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.

Fujiwara, E. (2018). Looking at the eyes interferes with facial emotion recognition in alexithymia. *J Abnorm Psychol. 127* : 571-577.

Gignac, G. E., Palmer, B. R., & Stough, C. (2007). A confirmatory factor analytic investigation of the TAS-20 : Corroboration of a five-factor model and suggestions for improvement. *J Pers Assess. 89* : 247-257.

Grinker, R.R. (1956). *Toward a unified theory of human behavior*. New York: Basic Books.

Grinker, R.R. & Robbins, F.P. (1954). *Psychosomatic case book*. New York: Blakiston.

Grynberg, D., Berthoz, S., & Bird, G. (2018). Social and interpersonal implications In O. Luminet, G. J. Taylor, & R. M. Bagby, (2018). *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice* (pp. 174-89). Cambridge, UK: Cambridge University Press

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psych*. *64* :1152-1168.

Hoemann, K., & Feldman Barrett, L. (2019). Concepts dissolve artificial boundaries in the study of emotion and cognition, uniting body, brain, and mind. *Cognition Emotion*. *33* : 67-76. 10.1080/02699931.2018.1535

Hot, P., Grynberg, D., Desmedt, O., & Luminet, O. (2021). Introduction à la psychologie des émotions. In O. Luminet, & D. Grynberg (Eds.). *Psychologie des émotions. Concepts fondamentaux et implications cliniques* (pp. 5-43). Bruxelles: De Boeck.

Ihme K, Sacher J, Lichev V, Rosenberg N, Kugel H, et al. 2014a. Alexithymic features and the labeling of brief emotional facial expressions – an fmri study. *Neuropsychologia*. 64 : 289-99.

Ihme K, Sacher J, Lichev V, Rosenberg N, Kugel H, et al. 2014b. Alexithymia and the labeling of facial emotions: Response slowing and increased motor and somatosensory processing. *BMC Neurosci.* 15 : 40.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev. 30* : 865-878.

Kätsyri, J., Saalasti, S., Tiippana, K., von Wendt, L., & Sams, M. (2008). Impaired recognition of facial emotions from low-spatial frequencies in Asperger syndrome. *Neuropsychologia*. *46* : 1888-1897.

Kingston, J., Clarke, S., & Remington B. (2010). Experiential avoidance and problem behavior: A mediational analysis. *Behav Modif. 34* : 145-163.

Knapp, P.H. (1963a). *Asthmatic child*. New York: Harper and Row.

Knapp, P.H. (Ed.) (1963b). *Expression of the Emotions in Man*. New York: International Universities Press.

Krystal, H. (1982/1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psy. 9 :* 353-388.

Lane, R.D. & Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiat. 144 :* 133-143.

Li R, Kajanoja J, Karlsson L, Karlsson H, Karukivi M. 2023. Sex-specific role of alexithymia in associations between parental bonding and mental health: A moderated mediation model. *J Clin Psychol.* 79 : 126-42.

Luminet, D. (1969a). Etudes de psychophysiologie de la respiration. I. Suggestion et dysfonctionnement respiratoire. *Acta Neurol Belg. 69* : 123-147.

Luminet, D. (1969b). Etudes de psychophysiologie de la respiration. II. Pavlov et Freud. Essai de synthèse. *Acta Neurol Belg. 69* : 147-172.

Luminet, D. (1975). Leçon inaugurale du cours de psychologie médicale et de médecine psychosomatique. *Revue médicale de Liège. 30* : 33-40.

Luminet, D. (1982). Psychothérapie et psychosomatique : Un problème essentiellement économique ? *Psychother. 4* : 161-166.

Luminet, D. (1983). L'alexithymie. Un nouveau syndrome ? *Acta Psychiat Belg. 83* : 289-294.

Luminet, D. (1985). Réflexions psychanalytiques sur l'alexithymie. *Revue belge de Psychanalyse. 6 :* 65-80.

Luminet, D. & Haber, M. (1972). Etudes de psychophysiologie de la respiration. III. Le souffle et le soupir. *Revue de Médecine Psychosomatique. 14 :* 1-13.

Luminet, O., & Grynberg, D. (2021). *Psychologie des émotions. Concepts fondamentaux et implications cliniques*. Bruxelles : De Boeck.

Luminet, O., Grynberg, D., Ruzette, N., & Mikolajczak, M. (2011). Personality-dependent effects of oxytocin: Greater social benefits for high alexithymia scorers. *Biol Psychol. 87* : 401-406.

Luminet, O., Nielson, K., & Ridout, N. (2021b). Having no words for feelings: Alexithymia as a fundamental personality dimension at the interface of cognition and emotion. *Cognition Emotion. 35 :* 435-448 . DOI: 10.1080/02699931.2021.1916442

Luminet, O., Nielson, K., & Ridout, N. (2021a). Cognitive-emotional processing in alexithymia: An integrative review. *Cognition Emotion*. *35* : 449-487. DOI: 10.1080/02699931.2021.1908231

Luminet, O., & Nielson, K. (2025). Alexithymia: Towards an experimental, processual affective science with effective interventions. *Annu Rev Psychol. 76 :* 741-769. DOI : 10.1146/annurev-psych-021424-030718

Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition Emotion. 18* : 741-766.

Luminet, O., Vermeulen, N., & Grynberg, D. (2013). *L'alexithymie. Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé*. Bruxelles : De Boeck, collection Le point sur …

Luminet, O., Zech, E., Rimé, B., & Wagner, H.L. (2000). Predicting cognitive and social consequences of emotional episodes: The contribution of emotional intensity, the Five Factor Model and alexithymia. *J Res Pers, 34* : 471-497.

MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the « visceral brain » - recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosom Med. 11 :* 338-353.

Marchesi, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). The TAS-20 more likely measures negative affects rather than alexithymia itself in patients with major depression, panic disorder, eating disorders and substance use disorders. *Compr Psychiat*. 55 : 972–978.

Marty, P. (1976/1998). *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique.* Paris : Payot.

Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris : Payot.

Marty, P. (1990). Psychosomatique et psychanalyse. *Rev fr Psychanal. 54* : 615-624.

Marty, P. (1991). Mentalisation et psychosomatique. Delagrange : Paris.

Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Rev fr Psychanal. 27 :* 345-356.

Marty, de M'Uzan, M., et David, C. (1963). L'investigation psychosomatique. Paris : Presses Universitaires de France.

McDougall, J. (1982). *Théâtres du je*. Paris : Gallimard.

McDougall, J. (1982–83). Alexithymia, psychosomatosis, and psychosis. *Int J Psychoanal Psy. 9* : 379–388.

Meltzer, M. A., & Nielson, K. A. (2010). Memory for emotionally provocative words in alexithymia: A role for stimulus relevance. *Conscious Cogn. 19* : 1062-1068.

Morie, K. P., & Ridout, N. (2018). Alexithymia and maladaptive regulatory behaviors in substance use disorders and eating disorders. In O. Luminet, G. J. Taylor, & R. M. Bagby, (Eds.), *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice* (pp. 158-174). Cambridge: Cambridge University Press.

Muir, K., Madill, A., & Brown, C. (2017). Individual differences in emotional processing and autobiographical memory: Interoceptive awareness and alexithymia in the fading affect bias. *Cognition Emotion. 31* : 1392-1404.

Müller, J., Bühner, M., & Ellgring, H. (2003). Is there a reliable factorial structure in the 20 item Toronto Alexithymia Scale ? A comparison of factor models in clinical and normal adult samples. *J Psychosom Res. 55* : 561-568.

Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychother Psychosom. 28* : 199–206.

Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. 1976. Alexithymia: A view of the psychosomatic process In *Modern trends in psychosomatic medicine*, ed. OW Hill, pp. 430-39. London, UK: Butterworths

Nemiah, J.C. & Sifneos, P.E. (1970). Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychother Psychosom. 18 :* 154-160.

Pierlot, G. (2021). Elaboration psychique et psychosomatique : Mentalisation et démentalisation. In R. Miljkovitch, & C. Beauvais (Eds.), *L'élaboration mentale (*pp. 221-231). Paris : Elsevier Masson.

Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences* 119 : 341-52.

Prkachin, G. C., Casey, C., & Prkachin, K. M. (2009). Alexithymia and perception of facial expressions of emotion. *Pers Indiv Differ. 46* : 412-417.

Ridout, N., Smith, J., & Hawkins, H. (2021). The influence of alexithymia on memory for emotional faces and realistic social interactions. *Cognition Emotion.* 35 : 540-58.

Salminen, J.K., Saarijärvi, S., & Äärelä, E. (1995). Two decades of alexithymia. *J Psychosom Res.* 39 : 803-807.

Scherer, K. R. (2019). Studying appraisal-driven emotion processes: Taking stock and moving to the future. *Cognition Emotion. 33* : 31-40.

Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom. 22* : 255-262.

Sifneos, P.E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychother Psychosom*. 56 : 116-122.

Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of « alexithymia ». Observations in Neurotic and Psychosomatic Patients. *Psychother Psychosom. 28* : 47-57.

Takahashi, J., Hirano, T., & Gyoba, J. (2015). Effects of facial expressions on visual short-term memory in relation to alexithymia traits. *Pers Indiv Differ. 83* : 128-135.

Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiat. 44* : 134-142.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2021). Examining proposed changes to the conceptualization of the alexithymia construct: The way forward tilts to the past. *Psychother Psychosom.* 90 : 145-55.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics. 32* : 153-164.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

van der Velde, J., Servaas, M. N., Goerlich, K. S., Bruggeman, R., Horton, P., Costafreda, S. G., & Aleman, A. (2013). Neural correlates of alexithymia: A meta-analysis of emotion processing studies. *Neurosci Biobehav R. 37* : 1774-1785.

Vanheule, S. (2008). Challenges for alexithymia research: A commentary on "the construct of alexithymia: associations with defense mechanisms". *J Clin Psychol. 64* : 332–337.

Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., et al. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiat Res. 237* : 296-303.

Vermeulen, N., Luminet, O., & Corneille, O. (2006). Alexithymia and the automatic processing of affective information: Evidence from the affective priming paradigm. *Cognition Emotion. 20* : 64-91.

Vermeulen, N., Luminet, O., de Sousa, M.C., & Campanella, S. (2008). Categorical perception of anger is disrupted in alexithymia: Evidence from a visual ERP study. *Cognition Emotion. 22* : 1052-1067.

Vermeulen, N., Domachowska, I., & Nielson, K. A. (2018). Memory and executive functions in alexithymia. In O. Luminet, G. J. Taylor, & R. M. Bagby, (Eds.), *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice* (pp. 49-77). Cambridge: Cambridge University Press.

Wagner, H., & Lee, V. (2008). Alexithymia and individual differences in emotional expression. *J Res Pers. 42* : 83-95.

Welding, C., & Samur, D. (2018). Language processing in alexithymia. In O. Luminet, G. J. Taylor, & R. M. Bagby, (Eds.), *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice* (pp. 90-104). Cambridge: Cambridge University Press.

Wiebe, A., Kersting, A., & Suslow, T. (2016). Deployment of attention to emotional pictures varies as a function of externally oriented thinking: An eye tracking investigation. *J Behav Ther Exp Psy. 55* : 1-5.

Wotschack, C., & Klann-Delius, G. (2013). Alexithymia and the conceptualization of emotions: A study of language use and semantic knowledge. *Journal of Research in Personality. 47* : 514-523.

RESUME

Le courant psychosomatique a marqué l'histoire de la médecine dès le début du 20ème siècle en Europe et en Amérique du Nord. L'article reprend quelques évolutions majeures de ce courant en posant un regard plus particulier sur les notions de pensée opératoire et d'alexithymie qui ont émergé dans les années 60 et 70. Il met en évidence la pertinence de plusieurs hypothèses du fonctionnement alexithymique qui sont testées dans des approches issues des sciences affectives comme la distinction entre déficit émotionnel et réponse émotionnelle excessive (« over-responding ») et la dissociation entre réponses cognitives atténuées et comportementales exacerbées. La notion d'élaboration mentale est également proposée pour rendre compte des mécanismes impactés par l'alexithymie. La dernière partie présente un agenda de recherches futures inspirées par les apports de la psychosomatique.

MOTS-CLES

Affect, Alexithymie, Emotion, Pensée opératoire, Psychosomatique