

Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques

Emotional awareness and mentalization bias in children presenting somatic complaints

Éliane Paquin, Miguel M. Terradas, Rosalie Guillemette et Olivier Didier

Volume 6, novembre 2019

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1066579ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1066579ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université Laurentienne

ISSN

1920-6275 (imprimé)

1929-8544 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Paquin, É., Terradas, M. M., Guillemette, R. & Didier, O. (2019). Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques. *Enfance en difficulté*, 6, 65–95. <https://doi.org/10.7202/1066579ar>

Résumé de l'article

La somatisation réfère à la présence de symptômes physiques pour lesquels aucun diagnostic médical ne peut être émis et concerne environ 20 % des enfants issus de la population générale. Certains concepts (p. ex. alexithymie) et variables (p. ex. anxiété) ont fait l'objet d'études visant à mieux comprendre les facteurs psychologiques y étant liés. Cette étude cherche à explorer la contribution de la conscience des affects et des biais de mentalisation aux plaintes somatiques chez les enfants. Des questionnaires mesurant les plaintes somatiques, la conscience des affects, les biais de mentalisation et les comportements intériorisés et extériorisés ont été administrés à 112 enfants âgés de 8 à 12 ans et à leurs parents. Les résultats démontrent que la conscience des affects, les biais de mentalisation et l'anxiété prédisent significativement les plaintes somatiques. La recherche fournit des indications quant aux variables liées à l'apparition et au maintien de la somatisation chez les enfants.



Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques

Éliane Paquin

Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon (Châteauguay)

Miguel M. Terradas, Rosalie Guillemette et Olivier Didier

Université de Sherbrooke

Introduction

La somatisation réfère à la présence de symptômes physiques pour lesquels aucun diagnostic médical ne peut être émis (Meesters, Muris, Ghys, Reumerman et Rooijmans, 2003; Waller et Scheidt, 2006). Certains concepts explicatifs de la somatisation, comme l'alexithymie et la conscience des affects, ont été abordés dans diverses études afin d'approfondir la compréhension des facteurs psychologiques pouvant y être liés (De Gucht, Fischler et Heiser, 2004; Grabe, Spitzer et Freyberger, 2004; Waller et Scheidt, 2004). L'alexithymie est caractérisée par un déficit cognitif au niveau de la vie affective pouvant être sous-tendu par des difficultés sur le plan de la conscience des affects (Lecours, Robert et Desruisseaux, 2009). Celle-ci réfère pour sa part à l'habileté à identifier et à décrire ses propres expériences émotionnelles de même que celles des autres (Lane et Schwartz, 1987). Elle représente une habileté qui peut être développée à différents niveaux alors que l'alexithymie est un construit dimensionnel faisant partie de la personnalité d'un individu (Bagby et Taylor, 1997).

Fonagy et Target (1998) suggèrent que la capacité à comprendre son propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux est

un élément crucial dans l'organisation de soi et la régulation des affects. Sont considérés des états mentaux les pensées, sentiments, désirs et intentions pouvant expliquer les comportements de l'individu. Cette capacité réflexive, appelée la capacité de mentalisation, permet de lier la capacité d'un individu à reconnaître ses émotions, référant donc au concept de conscience des affects, ainsi qu'à la capacité plus générale de reconnaître et de réfléchir à l'ensemble de ses états mentaux (Guilbaud, 2007). De ce fait, la notion de mentalisation pourrait permettre une nouvelle compréhension des difficultés qu'ont les enfants qui manifestent des plaintes somatiques.

Environ 20 à 30 % des enfants issus de la population générale présentent plusieurs symptômes physiques sans cause médicale (Gilleland, Suveg, Jacob et Thomassin, 2009) dont les plus fréquents sont les maux de tête et les douleurs abdominales (Garber, Walker et Zeman, 1991; Rieffe, Meerum Terwoegt et Bosch, 2004; Vila et al., 2009). Au niveau du sexe des enfants, il n'y aurait pas de différence de prévalence durant les premières années de vie (Campo et al., 2004). Toutefois, vers la fin de l'enfance et à l'adolescence, les filles manifesteraient plus souvent des plaintes somatiques que les garçons (Campo et al., 2004), ce qui persisterait également à l'âge adulte (American Psychiatric Association; APA, 2013). De plus, la prévalence des plaintes somatiques augmenterait vers la fin de la petite enfance pour atteindre son apogée vers la terminaison de l'enfance et le début de l'adolescence (Jellesma, Rieffe, Meerum Terwoegt et Kneepkens, 2006). Selon Bialas et Craig (2007), la somatisation à l'âge adulte trouverait généralement son origine durant l'enfance, appuyant la pertinence de s'attarder aux facteurs pouvant entraîner des plaintes somatiques chez les enfants.

Définition et bref historique de la somatisation

La conceptualisation du terme « somatisation » a évolué au fil du temps grâce aux travaux de plusieurs auteurs. Pour certains d'entre eux, la somatisation réfère à des difficultés dans l'expression symbolique de conflits psychiques, qui se traduisent sur le plan physique (Alexander, 1963; Marty et de M'Uzan, 1963; Menninger, 1947; Sifneos, 1973; Stekel, 1924). La somatisation pourrait notamment être une forme de défense contre les conflits psychiques qui ne peuvent être résolus au niveau psychologique (Alexander, 1963; Marty et de M'Uzan, 1963; Menninger, 1947). Certains rapprochements ont donc été faits entre la somatisation ainsi que la gestion et l'expression inadéquates des émotions.

Actuellement, pour être en mesure de poser un diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2013), le patient doit présenter au moins un symptôme physique qui entraîne un dysfonctionnement dans la vie quotidienne et un état symptomatique perdurant depuis plus de six mois. Le diagnostic se base davantage sur la présence de certaines manifestations psychiques que sur l'absence d'une condition médicale pouvant expliquer les symptômes physiques. Les indices diagnostiques réfèrent à la présence de pensées persistantes et excessives relatives à la gravité des symptômes, à un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes, et au temps et à l'énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé (APA, 2013). Pour sa part, la deuxième édition du Manuel diagnostique psychodynamique (*Psychodynamic Diagnostic Manual*; PDM-2; Lingardi et McWilliams, 2017) ajoute une compréhension de la somatisation spécifique aux enfants et aux adolescents selon laquelle les facteurs psychosociaux jouent un rôle dans l'apparition, le maintien et la détérioration des symptômes. D'après ce manuel, la somatisation serait caractérisée par des pensées et des états affectifs négatifs engendrant une détresse physiologique, permettant ainsi d'associer les plaintes somatiques à un fonctionnement psychologique altéré. De ce fait, plutôt que de parler de syndrome ou de trouble à symptomatologie somatique chez les enfants, et étant donné la stabilité et l'intensité des symptômes nécessaires au diagnostic de ces derniers, les auteurs utilisent souvent le terme « plainte somatique » pour faire référence, par exemple, aux douleurs abdominales (Campo et al., 2004) et aux symptômes médicalement inexpliqués (Eminson, 2007).

Facteurs explicatifs du développement et du maintien de la somatisation

Une recension des principales théories et études empiriques concernant la somatisation réalisée par Kellner (1990) a permis d'énumérer plusieurs variables pouvant être reliées au développement et au maintien de la somatisation : les manifestations d'anxiété ou de dépression, l'hostilité et la colère réprimées, l'inhibition, les mécanismes de défense tels que la répression et le déni, la non-résolution de conflits intrapsychiques et l'alexithymie. Plus récemment, Campo et al. (2004) ajoutent d'autres variables : une humeur négative, un désordre affectif comme l'anxiété ou la dépression, la capacité à s'adapter et à gérer le stress, et l'estime de soi. Néanmoins, ces variables semblent surtout avoir été étudiées

séparément, plutôt qu'observées en interaction entre elles dans l'explication des causes de la somatisation (Campo et al., 2004).

Conscience des affects

Selon Gilleland et al. (2009), la conscience des affects serait un prérequis pour un fonctionnement émotionnel adapté. Ce concept se définit par l'habileté à identifier et à décrire ses propres expériences émotionnelles de même que celles des autres (Lane et Schwartz, 1987). De plus, un individu ayant une faible conscience de ses affects ne parviendrait pas à attribuer de cause à ses sentiments, l'empêchant ainsi de les gérer adéquatement et d'y accorder un sens (Mohaupt, Holgersen, Binder et Nielsen, 2006). La conscience des affects serait en effet un prérequis de la capacité à réguler ceux-ci. De fait, lorsqu'un enfant ne parvient pas à être conscient de ses affects, il peut difficilement les réguler et les élaborer (Gilleland et al., 2009).

Une étude complétée auprès de 706 enfants ($M_{\text{âge}} = 10$ ans et 8 mois; $ÉT = 0,93$ mois) et adolescents ($M_{\text{âge}} = 14$ ans et 3 mois; $ÉT = 14$ mois), âgés de 8 à 16 ans (55,34 % de filles) et issus de la population générale, rapporte que la conscience des affects est corrélée négativement avec la somatisation (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt et Ly, 2008). Cette étude possède l'avantage d'avoir été réalisée auprès d'un large échantillon de jeunes issus de la population générale permettant une plus grande généralisation des résultats. Les conclusions stipulent donc que le fait d'être conscient de ses affects et de bien les gérer entraînerait moins de symptômes de somatisation. Les conclusions découlant de cette étude ont été validées par une autre recherche effectuée auprès d'un groupe de 35 enfants du primaire ayant des plaintes somatiques et un groupe de comparaison composé de 35 enfants qui n'en avaient pas (Jellesma, Rieffe, Meerum Terwogt et Westenberg, 2009). Celle-ci conclut que les enfants présentant des plaintes somatiques manifestent des difficultés dans la différenciation de leurs émotions et dans la compréhension de celles-ci en termes d'états internes liés à leur expérience émotionnelle. En résumé, ces études semblent mettre en évidence qu'une faible conscience des affects entraîne une difficulté dans la gestion des affects et des sensations physiques ainsi que la capacité à les percevoir, à les différencier, à les analyser et à les exprimer (Mohaupt et al., 2006).

Émotions négatives

Les émotions négatives, comme la peur, la tristesse et la colère,

comportent des sensations physiques souvent plus intenses que les émotions positives, les rendant ainsi généralement plus difficiles à gérer (Meerum Terwogt, Rieffe, Miers, Jellesma et Tolland, 2006). D'ailleurs, plus les émotions négatives sont intenses, plus les sensations physiologiques sont fortes (Rieffe et al., 2004). Chez les enfants qui ont tendance à somatiser, ces émotions négatives seraient gérées de façon moins efficace en raison de l'accent mis sur les manifestations physiques de l'émotion. Par conséquent, les émotions négatives persisteraient chez les enfants puisqu'elles ne seraient pas élaborées sur le plan psychique (Gilleland et al., 2009; Rieffe et al., 2007; Sifneos, 1973). Une étude de Meerum Terwogt et al. (2006), effectuée auprès de 352 enfants issus de la population générale ($M_{\text{âge}} = 10,75$; $\acute{E}T = 1,16$; 53,69 % de filles), conclut que les enfants qui somatisent présentent un niveau plus élevé d'émotions négatives, comme la peur, la colère et la tristesse. Parmi les émotions négatives présentes chez ces enfants, la peur serait celle rapportée comme étant la plus fréquente et la plus intense (Jellesma et al., 2006; Rieffe et al., 2007). Toutefois, aucune de ces études n'établit de lien entre la présence d'émotions négatives, les plaintes somatiques et la capacité des enfants à identifier et à gérer leurs émotions négatives.

Anxiété et dépression

Selon Waller et Scheidt (2004), la somatisation devrait être étudiée en lien avec l'anxiété et la dépression afin de vérifier leur rôle explicatif respectif. En effet, plusieurs recherches complétées auprès d'enfants ont mis en lumière la présence d'une corrélation positive entre la somatisation, l'anxiété et la dépression (Campo et al., 2004; Garber et al., 1991; Jellesma et al., 2006; Meerum Terwogt et al., 2006; Meester et al., 2003; Rieffe et al., 2004; Vila et al., 2009). Selon une étude effectuée auprès de 244 enfants issus de la population générale ($M_{\text{âge}} = 12,7$; $\acute{E}T = 3,0$; 50,8 % de filles), la dépression, l'alexithymie et la somatisation seraient significativement liées entre elles (Allen, Lu, Tsao, Hayes et Zeltzer, 2011). Concernant spécifiquement l'anxiété et la somatisation, une étude réalisée auprès de 128 enfants âgés de 6 à 17 ans ($M_{\text{âge}} = 10,8$; $\acute{E}T = 6,17$) présentant un trouble d'anxiété selon les critères du DSM-IV (anxiété sociale, de séparation ou généralisée; APA, 1994), a démontré que 96 % d'entre eux présentaient également au moins un symptôme somatique, avec une moyenne de six symptômes par enfant (Ginsburg, Riddle et Davies, 2006). Ainsi, l'anxiété chez les enfants semble traduire, dans une majorité de cas, des manifestations somatiques.

Traumas et trouble de stress post-traumatique

De nombreux travaux tendent à démontrer que les traumas vécus en bas âge et les symptômes de stress post-traumatique occasionnés par ceux-ci seraient liés à des symptômes de somatisation chez les enfants, pouvant même perdurer à l'âge adulte. Certaines études réalisées auprès d'individus ayant subi un traumatisme durant l'enfance (p. ex., violence physique ou psychologique, négligence, abandon) en viennent à la conclusion que, dans plus de la moitié des cas, ceux-ci présentent des symptômes de somatisation (Kugler, Bloom, Kaercher, Truax et Storch, 2012; Rimsza, Berg et Locke, 1988), d'autant plus s'ils ont vécu une menace à leur intégrité physique, comme un abus sexuel (Lieb et al., 2002; Rimsza et al., 1988; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan et Seremetis, 2003). En plus du type d'abus, sa durée et l'âge de la victime affecteraient la fréquence à laquelle seraient rapportés les symptômes somatiques. Par exemple, les enfants ayant été abusés sur une plus longue période de temps auraient davantage tendance à rapporter des symptômes somatiques, les enfants plus jeunes étant les plus vulnérables (Rimsza et al., 1988). De plus, un nombre élevé d'évènements traumatiques vécus serait lié à la chronicité des troubles de somatisation (Essau, 2007). Enfin, tant l'historique d'abus ou de négligence (Spertus et al., 2003) que les symptômes somatiques (Kugler et al., 2012) seraient associés à davantage d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique.

À cet effet, les résultats de plusieurs études réalisées auprès d'enfants révèlent que le fait d'avoir été exposé à une catastrophe naturelle (p. ex. ouragan, tsunami) ou à de la violence envers sa communauté, ou encore le fait d'avoir un statut de réfugié, seraient des prédicteurs significatifs de symptômes de trouble de stress post-traumatique tout comme de symptômes somatiques (Bailey et al., 2005; Hensley et Varela, 2008; Rothe et al., 2002; Vijayakumar, Kannan et Daniel, 2006). D'ailleurs, plus les enfants auraient été affectés directement (p. ex. conséquences directes sur les membres de la famille immédiate et le domicile), plus ils rapporteraient des symptômes somatiques significatifs (Vijayakumar et al., 2006).

Enfin, ces variables n'expliquant que partiellement la somatisation — entre autres, la notion de conscience des affects n'étant pas prise en compte par la plupart des études rapportées ci-haut —, il semble pertinent de se pencher sur une autre compréhension de la somatisation, soit en lien avec la notion de mentalisation. Ce concept permet de lier la

capacité d'un individu de reconnaître et de gérer ses émotions, c'est-à-dire la conscience des affects, à la capacité plus générale de reconnaître et de réfléchir à l'ensemble de ses états mentaux et de ceux des autres (Guilbaud, 2007).

Apport de la notion de mentalisation à la compréhension de la somatisation

La mentalisation réfère au processus inférentiel (Fonagy, Gergely et Target, 2007), subjectif et dynamique (Bateman et Fonagy, 2013), qui permet à l'individu de percevoir et de comprendre les états mentaux (p. ex. pensées, croyances, sentiments, désirs et intentions) sous-jacents à ses propres comportements et à ceux des autres (Fonagy et Target, 1998), tout en sachant qu'il s'agit de représentations subjectives de la réalité (Mohaupt et al., 2006). En d'autres termes, la capacité de mentalisation permet d'émettre des hypothèses concernant la cause de ses émotions, de ses comportements et de ceux d'autrui, tout en reconnaissant que ces hypothèses peuvent être colorées par des impressions subjectives. De plus, la capacité de mentalisation est dynamique puisqu'elle peut changer dans le temps, en fonction des situations et de la flexibilité de l'individu. En effet, plus la capacité de mentalisation d'un individu est grande, plus ce dernier peut revisiter ses hypothèses ou croyances à propos des états mentaux.

La capacité de mentalisation de l'enfant se développe plus favorablement dans le contexte d'une relation d'attachement sécurisante, et ce, durant les premières années de vie (Fonagy et Target, 1998; Jurist, 2005; Sharp, 2006; Subic-Wrana, 2011). La période cruciale du développement de la mentalisation se déroule généralement avant l'âge de six ans (Fonagy, 2001; Jurist, 2005). Le parent doit refléter de façon *contingente, juste, distincte et marquée* les états mentaux de l'enfant pour que ce dernier puisse progressivement intérioriser cette capacité à comprendre et à réguler ses propres affects (Fonagy, Gergely, Jurist et Target, 2002). La contingence fait allusion à l'émission d'une réponse dans un délai suffisamment rapproché du comportement ou de l'état de l'enfant afin qu'il comprenne que les deux événements sont associés. Le reflet du parent est juste lorsque ce dernier est en mesure d'identifier la nature des états mentaux de l'enfant et d'y consentir; ceci peut ensuite se traduire par des émotions positives. Il se différencie du comportement de l'enfant quand il est fondé sur ce qui habite l'enfant et non sur l'état d'esprit du parent. Enfin, la réponse marquée du parent est une version intentionnellement exagérée de la réponse émotionnelle

réaliste et normale qu'il donnerait par rapport à l'état interne que présente l'enfant (Fonagy et al., 2002). Ce processus permettra à l'enfant de transformer la *représentation primaire* de son expérience interne en une *représentation secondaire* et de comprendre ainsi que son émotion est en fait une représentation modulable de l'état interne qu'il ressent. La représentation primaire concerne les réactions somatiques (p. ex. la modification du rythme cardiaque, la sensation de douleur, le rire) et les expériences innées de l'enfant qui n'ont pas encore été interprétées par l'esprit. La représentation secondaire est celle que l'enfant peut se former à partir de la réponse contingente, juste, distincte et marquée du parent. La mise en place de ces processus permet à l'enfant d'échapper à l'emprise unique de la réalité physique. Il comprend alors que ce qu'il manifeste physiquement peut être représenté dans l'esprit de l'autre. C'est ainsi que l'enfant apprend graduellement à se représenter lui-même ses états internes (Fonagy et al., 2002).

Lorsqu'un enfant a une bonne capacité de mentalisation, il est en mesure d'évaluer les intentions des autres de façon juste, adaptée et réaliste (Sharp, Croudace et Goodyer, 2007). Toutefois, si la capacité de mentalisation n'est pas développée adéquatement, il est possible de parler de biais ou de difficultés de mentalisation. Ainsi, l'enfant peut ne pas savoir mentaliser, mentaliser inadéquatement ou encore utiliser la mentalisation à mauvais escient (Allen, Fonagy et Bateman, 2008). Ces biais cognitifs dans le processus de gestion des états mentaux peuvent entraîner divers désordres émotionnels (Sharp et al., 2007). Par exemple, un enfant pourrait encoder les informations sociales de façon inadaptée en interprétant un stimulus ou un indice social comme étant hostile envers soi, ou encore en interprétant une situation sociale ambiguë comme étant menaçante, ce qui entraînerait un biais de mentalisation négatif. De tels biais de mentalisation négatifs pourraient provoquer des affects qui soient négatifs — de la rumination et de l'hypervigilance — qui pourraient à leur tour générer de l'anxiété ou des symptômes dépressifs. Un autre enfant pourrait avoir tendance à se surestimer et à centrer les intentions des autres sur soi de façon égocentrique, ce qui entraînerait, inversement, un biais de mentalisation positif. Ce dernier biais serait associé principalement aux problèmes de comportement comme l'agressivité, la paranoïa, l'égocentrisme et l'opposition (Sharp et al., 2007).

À notre connaissance, rares sont les recherches qui permettent d'établir un lien entre la mentalisation et la conscience des affects chez les enfants présentant des plaintes somatiques. Pourtant, depuis les

écrits de Marty (1991), la mentalisation a été identifiée comme étant l'un des facteurs explicatifs de la somatisation. En effet, il est démontré que, si la capacité à mentaliser n'est pas bien développée chez l'enfant, ce dernier ne peut comprendre le fait que ses manifestations physiques peuvent être représentées psychiquement (Fonagy et al., 2002). Il est donc possible de croire que l'enfant qui présente des plaintes somatiques ne peut traiter mentalement les représentations primaires afin de leur donner un sens, de les interpréter et de les conceptualiser (p. ex. associer l'augmentation du rythme cardiaque, le tremblement des membres du corps et la transpiration au fait d'avoir peur). La capacité à élaborer des représentations internes d'une expérience émotionnelle permettrait donc à l'enfant de se dégager de la réalité physique, c'est-à-dire de réfléchir plutôt que de donner des réponses automatiques, viscérales et non réflexives (Domon-Archambault et Terradas, 2015). Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle l'enfant qui manifeste des plaintes somatiques est aux prises avec des représentations primaires, proches des sensations corporelles et non symbolisées.

D'ailleurs, ceci concorde avec les résultats de l'étude menée par Subic-Wrana, Beutel, Knebel et Lane (2010), au sein de laquelle 30 patients adultes souffrant d'un trouble de somatisation ont été comparés à 30 adultes issus de la population générale quant à leur niveau de conscience des affects et à leur fonctionnement sur le plan de la théorie de l'esprit. Il s'agit d'un concept étroitement lié à la capacité de mentalisation, mais qui se centre davantage sur le développement cognitif nécessaire à la compréhension des états mentaux (Allen et al., 2008). Les résultats de cette étude stipulent que les patients souffrant d'un trouble de somatisation possèdent un niveau moins élaboré de représentation mentale de leurs émotions et associent leurs symptômes physiques uniquement à des sensations corporelles, ce qui ne leur permet pas d'intégrer et de différencier leurs états mentaux et leurs symptômes physiques. Ainsi, l'étude conclut que ces derniers présentent non seulement un déficit sur le plan de la conscience des affects, mais également quant à leur fonctionnement sur le plan de la théorie de l'esprit.

Dans le même ordre d'idées, Bizzi, Ensink, Borelli, Charpentier Mora et Cavanna (2018) ont réalisé une étude auprès de 131 participants italiens ($M_{\text{âge}} = 11,19$; $ÉT = 1,98$; 38,17 % de filles), s'intéressant, entre autres, aux liens entre le trouble à symptomatologie somatique et la capacité de mentalisation durant l'enfance et le début de l'adolescence. Pour ce faire, un groupe d'enfants issus d'une population clinique

présentant un trouble à symptomatologie somatique ($n = 45$) a été comparé à un groupe d'enfants issus de la population générale ($n = 46$). Les résultats de cette étude révèlent des différences significatives entre les groupes d'enfants en termes de capacité de mentalisation, les difficultés notées sur ce plan étant davantage associées aux enfants du groupe clinique. En effet, tant leur capacité de mentalisation générale que celle reliée à soi se sont avérées significativement plus faibles que celles des enfants du groupe de comparaison, alors que la capacité de mentalisation reliée aux autres ne diffère pas entre les groupes. Selon les auteurs de cette étude, les difficultés des enfants du groupe clinique sur le plan de la capacité de mentalisation pourraient appuyer les difficultés rencontrées par ces enfants quant à l'identification de leurs émotions et quant à la capacité de les lier à leur expérience pour mieux les comprendre (Bizzi et al., 2018).

Les résultats de ces deux études tendent donc à confirmer l'hypothèse proposée selon laquelle les individus qui somatisent seraient aux prises avec des représentations primaires, proches des sensations corporelles et non symbolisées. Cependant, bien que ces deux études révèlent des associations intéressantes entre la somatisation et des difficultés sur le plan de la théorie de l'esprit ou de la capacité de mentalisation, elles se sont intéressées à des populations cliniques, présentant un diagnostic de trouble somatique selon des critères diagnostiques établis. Ainsi, ces études ne renseignent ni au sujet de la réalité d'individus pouvant présenter des symptômes ou des plaintes somatiques sans nécessairement atteindre un seuil clinique ou recevoir un diagnostic ni au sujet d'enfants d'âge scolaire. En effet, l'échantillon de la première étude étant constitué d'adultes et celui de la seconde d'enfants, mais aussi d'adolescents, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à la situation d'enfants fréquentant l'école primaire. Enfin, les deux études ont mesuré la théorie de l'esprit et la capacité de mentalisation, des construits différant de celui de biais de mentalisation, bien que ce dernier puisse être lié à ces deux habiletés plus larges.

Objectifs et hypothèses de recherche

L'objectif général de cette étude est d'explorer la contribution de la conscience des affects et des biais de mentalisation aux plaintes somatiques des enfants. Ainsi, il est proposé d'évaluer, chez des enfants d'âge scolaire issus de la population générale, les liens pouvant exister entre les biais de mentalisation, la conscience des affects, les plaintes somatiques ainsi que les difficultés émotionnelles (comportements

intériorisés), notamment les symptômes anxieux et dépressifs, et les difficultés comportementales (comportements extériorisés). Deux hypothèses ont été retenues. La première stipule que plus les enfants présentent de biais de mentalisation, tant positifs que négatifs, plus ceux-ci présenteront des plaintes somatiques. La seconde postule que plus les enfants ont un score de conscience des affects élevé, moins ils présenteront de plaintes somatiques.

Par ailleurs, l'objectif spécifique de la recherche est de vérifier quelles sont les variables qui prédisent significativement la somatisation chez les enfants. Ainsi, il est proposé de mesurer l'apport que peuvent avoir les différentes variables à l'étude dans l'explication des plaintes somatiques chez les enfants. En ce sens, une troisième hypothèse propose qu'un faible score de conscience des affects, la présence de biais de mentalisation, tant positifs que négatifs, ainsi que la présence de difficultés émotionnelles et comportementales prédisent les plaintes somatiques chez les enfants, et ce, en contrôlant le sexe et l'âge de ceux-ci.

Méthodologie

Participants et procédure

Cent-douze enfants âgés de 8 à 12 ans ($M_{\text{âge}} = 10,02$; $ÉT = 1,10$; 64,29 % de filles) et leurs parents ont participé à la recherche. Les enfants ont été recrutés dans des classes ordinaires de troisième, quatrième, cinquième et sixième année d'une école primaire de la banlieue de Montréal.

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Tout d'abord, un dépliant expliquant la nature de l'étude et comprenant un coupon-réponse dans lequel les parents pouvaient indiquer leur intérêt à participer à la recherche a été transmis aux 350 enfants faisant partie des années scolaires ciblées. Ensuite, les parents qui ont accepté de participer à l'étude ont reçu, par l'entremise de leur enfant, une enveloppe à retourner comprenant le formulaire d'information et de consentement ainsi que les deux questionnaires devant être remplis par un des parents. Le temps nécessaire pour remplir les questionnaires était d'environ 30 minutes. Enfin, pour les trois questionnaires qui demandent la participation de l'enfant, une administration collective, d'une durée approximative de 45 minutes, a eu lieu en classe. La collecte de données s'est déroulée durant une période de bibliothèque afin d'éviter de pénaliser les enfants participant à l'étude.

Instruments de mesure

Deux des instruments utilisés sont disponibles et validés uniquement dans leur version originale anglaise, soit le *Children's Somatization Inventory* (CSI-24; Walker, Beck, Garber et Lambert, 2009) et le *Social Stories Test* (Sharp et al., 2007). Ces instruments ont été traduits en français selon la méthode de traduction/retraduction (Behling et Law, 2000) en utilisant une approche consensuelle (Bradley, 1994)¹.

Mesures des plaintes somatiques

L'utilisation d'un seul questionnaire autorapporté pour mesurer la somatisation peut susciter des doutes quant à la validité des symptômes rapportés, car un individu ayant des plaintes somatiques peut amplifier ou mal interpréter certains symptômes (Waller et Scheidt, 2004). Ainsi, il est préférable d'utiliser un questionnaire autorapporté et un autre complété par le parent (ou une autre source d'information), ce qui constitue une mesure plus juste et valide des plaintes somatiques (Jellesma et al., 2006; Lecours et al., 2009).

Children's Somatization Inventory (CSI-24; Walker et al., 2009). Ce questionnaire comporte une version pour les parents et une version autorapportée, composées toutes les deux de 24 items. Chaque item représente un symptôme physique différent pour lequel un choix de réponse est donné selon une échelle de type Likert allant de 0 (*pas du tout*) à 4 (*énormément*), en fonction de l'intensité du symptôme. Pour conclure que l'enfant présente des plaintes somatiques, il devra avoir obtenu un score de 4 pour au moins une réponse du questionnaire. Pour qu'un symptôme soit considéré comme fréquent, le participant doit avoir accordé une cote de 3 (*beaucoup*) ou de 4 (*énormément*). Le temps prévu pour répondre au questionnaire est d'environ 10 minutes. Selon les auteurs de l'instrument, la cohérence interne mesurée par l'alpha de Cronbach est élevée ($\alpha = 0,88$; Walker et al., 2009). La multidimensionnalité du questionnaire est également bonne, permettant une catégorisation des symptômes somatiques. Au sein du présent échantillon, la cohérence interne mesurée par l'alpha de Cronbach est également élevée, tant pour la version enfant ($\alpha = 0,84$) que pour la version parent ($\alpha = 0,80$).

¹ Selon cette méthode, deux personnes bilingues traduisent chacune l'instrument de façon indépendante, puis comparent leurs versions respectives et résolvent les différences dans le texte. Une troisième personne retraduit ensuite l'instrument dans sa langue d'origine dans le but de s'assurer que les énoncés ont conservé leur sens. La traduction est finalement révisée par des utilisateurs potentiels de l'instrument (Bradley, 1994).

Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (CBCL; Achenbach et Rescorla, 2001). Ce questionnaire, composé de 113 items, est rempli par les parents. Il comporte plusieurs échelles permettant d'évaluer la présence de comportements intériorisés (p. ex. anxiété, dépression, plaintes somatiques) et de comportements extériorisés (p. ex. agressivité, hyperactivité, opposition). Chaque item représente un comportement différent pour lequel un choix de réponse est donné selon une échelle de type Likert allant de 0 à 2 (0 : *Ne s'applique pas*; 1 : *Plus ou moins ou parfois vrai*; 2 : *Très vrai ou souvent vrai*). Les résultats de chacune des échelles sont comparés à des scores standardisés (scores T) permettant de savoir si les difficultés de l'enfant sont significatives ou non en comparaison avec d'autres enfants de son âge. Ce questionnaire a été utilisé principalement pour déterminer la présence significative de symptômes somatiques, mais également pour vérifier si les enfants présentaient des difficultés sur le plan des comportements intériorisés et extériorisés. Le temps prévu pour répondre au questionnaire est d'environ 20 minutes. L'instrument a d'excellentes propriétés psychométriques. La cohérence interne mesurée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach est de 0,95. La fidélité interjuge est de 0,96 pour les items concernant les problèmes spécifiques ($p = 0,001$). La fidélité test-retest s'étend entre 0,95 et 1,00 pour les différentes échelles (Achenbach et Rescorla, 2001). Dans le présent échantillon, l'indice de cohérence interne est également très élevé ($\alpha = 0,94$). Il est à noter que cet outil a également été utilisé afin de recueillir les informations sociodémographiques des enfants.

Mesure de la conscience des affects

Emotion Awareness Questionnaire (EAQ-30 FR; Lahaye, Luminet, Van Broeck, Bodart et Mikolajczak, 2010). Ce questionnaire autorapporté permet d'évaluer le niveau de conscience des affects chez les enfants âgés de 8 à 16 ans. Il a été traduit et validé en français. L'instrument comporte 30 énoncés cotés selon une échelle de Likert en trois points (1 : *Pas vrai*; 2 : *Parfois vrai*; 3 : *Vrai*). Les items du questionnaire mesurent six dimensions associées à la conscience des affects :

- a) différenciation des émotions (p. ex. *Je suis souvent confus ou perplexe à propos de ce que je ressens*);
- b) partage verbal des émotions (p. ex. *Je trouve ça difficile d'expliquer à un ami comment je me sens*);

- c) conscience corporelle des sensations physiques associées aux émotions (p. ex. *quand j'ai peur ou que je suis nerveux, je ressens quelque chose dans mon ventre*);
- d) expression des émotions (p. ex. *quand je suis contrarié à propos de quelque chose, je le garde souvent pour moi*);
- e) analyse des émotions (p. ex. *C'est important de comprendre comment je me sens*); et
- f) conscience des émotions des autres (p. ex. *Je sais habituellement comment mes amis se sentent*).

Le temps requis pour répondre au questionnaire est d'environ 15 minutes. L'instrument comporte de bonnes propriétés psychométriques. Selon les auteurs, la cohérence interne de la version française du questionnaire, mesurée par l'alpha de Cronbach, est acceptable ($\alpha = 0,74$). La corrélation entre les six dimensions mesurées est également bonne, avec un alpha de Cronbach oscillant entre 0,73 et 0,82 (Lahaye et al., 2010). Dans le présent échantillon, l'alpha de Cronbach est également acceptable ($\alpha = 0,72$).

Mesure de la mentalisation chez l'enfant

Social Stories Test (Sharp et al., 2007). Ce questionnaire auto-rapporté permet d'évaluer les biais de mentalisation chez les enfants d'âge scolaire. La version française du questionnaire a été élaborée par Girard, Terradas et Achim (2012). Cet instrument consiste en une série de 15 vignettes, écrites et illustrées sur des planches, portant sur diverses situations sociales qui font appel à la capacité de mentalisation de l'enfant, telles que la solitude, la peur d'être ridiculisé, la gêne en contexte social, le rejet, la perte, l'échec scolaire, le déménagement, l'embarras social, le divorce et la pauvreté. L'instrument est conçu pour avoir une tâche spécifique pour chaque sexe, c'est-à-dire que les vignettes contiennent des prénoms de garçons ou de filles pour permettre à l'enfant de s'identifier plus facilement au personnage. Le temps prévu pour y répondre est d'environ 20 minutes. Pour chacune des vignettes présentées, il est demandé à l'enfant de sélectionner une réponse parmi trois choix concernant ce que le personnage de la vignette pourrait penser que les autres enfants penseraient de lui. Cela permet de classer les réponses de l'enfant selon trois catégories de mentalisation; deux étant liées à des attributions irréalistes associées à des biais de mentalisation. Ces biais peuvent être négatifs lorsque les attributions sont trop négativement centrées sur l'enfant (p. ex. *Les*

autres enfants pourraient penser que je suis laid), ou positifs, lorsqu'au contraire, les attributions sont trop positivement centrées sur l'enfant (p. ex. *Les autres enfants pourraient penser que je suis populaire*). La troisième catégorie concerne des attributions neutres, rationnelles et plutôt adaptatives, associées à l'absence de biais de mentalisation (p. ex. *Les autres enfants pourraient penser que n'importe qui aurait pu se faire pousser*). La version anglaise de l'instrument comporte une bonne validité de construit (Sharp et al., 2007), tout comme la version française. Dans une étude préliminaire (Dubé, Terradas, Didier, Guillemette et Achim, soumis) réalisée auprès de 16 enfants âgés de 7 à 11 ans hébergés dans des ressources spécialisées, on obtient une forte relation négative avec une échelle de mentalisation et l'Échelle de fonctionnement réflexif (Ensink, Target et Oandason, 2013) appliquée au Child Attachment Interview (CAI; Target, Fonagy, Shmueli-Goetz, Datta et Schneider, 1998), ce qui signifie que les biais de mentalisation mesurés par les *Social Stories Test* sont inversement liés à la capacité de mentalisation. Dans l'échantillon actuel, la cohérence interne, mesurée à partir du coefficient alpha de Cronbach, est élevée ($\alpha = 0,80$). Pour la présente étude, plutôt que de diviser les scores en trois catégories, les scores des enfants ont fait l'objet d'une dichotomisation : une cote de 0 est associée à l'absence de biais de mentalisation et une cote de 1 est reliée à la présence de biais de mentalisation. Ainsi, les enfants ont reçu une cote de 0 si plus de la moitié de leurs réponses référaient à une absence de biais alors qu'au contraire, ils ont reçu une cote de 1 si plus de la moitié de leurs réponses référaient à un biais de mentalisation, que le biais soit positif ou négatif. Le rationnel sous-jacent à cette procédure de cotation réside dans le fait qu'aucune étude à ce jour ne mesure les biais de mentalisation chez les enfants qui ont des plaintes somatiques, empêchant donc d'obtenir une justification pertinente au plan méthodologique quant à la technique de cotation pouvant être utilisée. Sharp et al., (2007) en proposent plusieurs et celle-ci semble la plus appropriée pour cette étude.

Résultats

Analyses préliminaires

Les analyses préliminaires des données démontrent que celles-ci respectent les postulats de base des analyses (voir Tableau 1). Nous constatons tout d'abord que la moyenne et l'écart-type des plaintes somatiques telles que rapportées par les enfants sont plus élevés que

lorsque rapportées par le parent, démontrant que les enfants présentent plus de plaintes que celles que leurs parents peuvent constater, toutefois avec une plus grande variabilité des résultats (voir Tableau 1).

Tableau 1

Analyses descriptives des variables mesurées (n = 105)

Mesures	M	ÉT	Asymétrie	Aplatissement
EAQ-30				
Score total	2,18	0,24	0,26	-0,41
Échelle 1	2,33	0,45	-0,37	-0,47
Échelle 2	2,15	0,58	-0,22	-0,75
Échelle 3	2,03	0,43	0,03	-0,47
Échelle 4	1,91	0,55	0,20	-0,82
Échelle 5	2,48	0,42	-0,66	-0,21
Échelle 6	2,10	0,52	-0,22	-0,74
CSI-24 (enfant)	12,85	10,55	1,05	0,47
CSI-24 (parent)	6,53	6,34	1,17	0,95
The Social Stories Test	0,29	0,45	0,96	-1,09
Biais négatif	3,70	3,16	0,94	0,39
Biais positif	2,14	1,71	1,81	1,89
Neutre	9,15	3,26	-0,69	-0,34
CBCL (échelles utilisées)				
Anxiété	56,34	7,65	1,14	0,40
Dépression	55,19	5,81	1,01	-0,11
Somatisation	57,93	7,08	0,72	-0,52
Intériorisée	54,88	10,09	-0,26	-0,49
Extériorisée	51,39	11,64	-0,41	0,87

Note : EAQ-30 = Emotion Awareness Questionnaire; EAQ-30 Échelle 1 = Différenciation des émotions; EAQ-30 Échelle 2 = Partage verbal des émotions; EAQ-30 Échelle 3 = Expression des émotions; EAQ-30 Échelle 4 = Conscience corporelle des sensations physiques associées aux émotions; EAQ-30 Échelle 5 = Conscience des émotions des autres; EAQ-30 Échelle 6 = Analyse des émotions; CSI-24 (enfant) = Children's Somatization Inventory (version autorapportée); CSI-24 (parent) = Children's Somatization Inventory (version pour les parents); CBCL = Liste de vérification des comportements des enfants de 6 à 18 ans.

Étant donné cette différence entre la perception de l'enfant de ses symptômes de somatisation et celle des parents, et afin de réduire l'erreur

de mesure, le nombre d'analyses et d'augmenter la puissance statistique, une analyse en composantes principales avec rotation Varimax a été effectuée avec les trois mesures de somatisation, soit le questionnaire autorapporté par l'enfant (CSI-24-enfant), le questionnaire rempli par le parent (CSI-24-parent) et l'échelle de somatisation du CBCL remplie également par le parent, afin de vérifier empiriquement s'il était pertinent de les regrouper. Les résultats suggèrent de les regrouper en un facteur (eigenvalue supérieur à un), qui représente 63,92 % de la variance totale. De plus, le coefficient de saturation du CSI-24-enfant est de 0,62, celui du CSI-24-parent est de 0,85 et, en dernier lieu, celui de l'échelle de somatisation du CBCL est de 0,90. Ainsi, un score moyen a été formé à partir des trois mesures standardisées. Ce score global de somatisation a été utilisé dans les analyses principales.

Tableau 2

Prévalence des symptômes de somatisation, selon l'enfant et le parent

Symptômes	Enfant %	Parent %
Maux de tête	8,90	10,71
Étourdissement ou malaise	3,57	0,89
Douleur au cœur ou à la poitrine	5,36	1,79
Perte d'énergie	5,36	1,79
Douleur au bas du dos	7,14	1,79
Douleur musculaire	7,14	4,46
Difficulté à respirer	2,68	0
Bouffée de chaleur ou frisson	8,04	0
Engourdissement ou picotement	5,36	0
Faiblesse	2,68	0,89
Sensation de lourdeur dans les bras ou jambes	2,68	0,89
Nausée	3,57	6,25
Constipation	0,89	0,89
Diarrhée	0	0,89
Douleur à l'estomac	5,36	7,14
Accélération du rythme cardiaque	2,68	0,89
Difficulté à avaler	1,79	0,89
Perdre la voix	1,79	0
Vision embrouillée	1,79	0
Vomissement	0,89	1,79
Ballonnement ou gaz	5,36	5,36
Aliments qui font vomir	3,57	0,89
Douleur aux articulations	8,04	8,90
Douleurs aux bras ou aux jambes	6,25	5,36

Prévalence des symptômes de somatisation des enfants

Le Tableau 2 présente la prévalence des symptômes de somatisation, tels que rapportés par l'enfant et par le parent. La prévalence pour chacun des symptômes est présentée en fonction du nombre de participants ayant reçu une cote 3 (*beaucoup*) ou 4 (*énormément*) dans le questionnaire CSI-24. Les résultats démontrent que les symptômes les plus fréquemment rapportés sont les maux de tête, tant par les enfants (8,90 %) que par les parents (10,71 %).

Liens entre les différentes variables à l'étude

Afin de répondre à l'objectif général de la recherche visant à évaluer les liens pouvant exister entre les biais de mentalisation, la conscience des affects, les plaintes somatiques et les comportements intériorisés et extériorisés, des analyses corrélationnelles ont été réalisées entre l'ensemble des variables mesurées (voir Tableau 3). Le score global de somatisation est corrélé positivement de façon significative avec la présence des biais de mentalisation ainsi qu'avec l'échelle d'anxiété et l'échelle globale de comportements intériorisés du CBCL. Le score global de somatisation est également corrélé négativement de manière significative avec l'échelle globale de conscience des affects, ainsi qu'avec l'échelle 2 (partage verbal des émotions) et l'échelle 4 (conscience corporelle des sensations physiques associées aux émotions) de conscience des affects.

Par ailleurs, la présence de biais de mentalisation est corrélée négativement de façon significative avec l'échelle globale de conscience des affects et l'échelle 4 (conscience corporelle des sensations physiques associées aux émotions). Enfin, l'échelle globale de conscience des affects est corrélée positivement de manière significative avec l'échelle d'anxiété du CBCL, ainsi que négativement et significativement avec les échelles globales de comportements intériorisés et extériorisés du CBCL.

Prédicteurs de la somatisation

Afin de répondre à l'objectif spécifique de la recherche visant à vérifier quelles sont les variables qui prédisent significativement la somatisation chez les enfants, une analyse de régression multiple a été effectuée. Ce modèle permet de vérifier la force de la prédiction de chacune des variables lorsqu'elles sont utilisées de façon combinée avec les autres variables. Tout d'abord, étant donné que plusieurs

Tableau 3
Corrélations entre les variables mesurées ($n = 105$)

Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. Score global de mentalisation	--													
2. Biais de mentalisation	0,22*	--												
3. EAQ-30 score total	-0,31**	-0,26**	--											
4. EAQ Échelle 1	-0,11	-0,13	0,65***	--										
5. EAQ Échelle 2	-0,24*	-0,22*	0,69***	0,33**	--									
6. EAQ Échelle 3	-0,15	-0,20*	0,64*	0,26**	0,49**	--								
7. EAQ Échelle 4	-0,25	-0,25***	0,44***	0,31**	0,27**	0,08	--							
8. EAQ Échelle 5	-0,08	0,03	0,38***	0,05	0,16	0,19	-0,20*	--						
9. EAQ Échelle 6	-0,12	-0,01	0,27**	-0,17	0,07	0,12	-0,28**	0,15	--					
10. CBCL — Anxiété	0,43***	0,18	-0,22*	-0,09	-0,13	-0,04	-0,26**	-0,09	-0,07	--				
11. CBCL — Dépression	0,14	0,02	-0,13	-0,03	-0,09	-0,01	-0,12	-0,07	-0,07	0,49***	--			
12. CBCL — Somatisation	0,87**	0,08	-0,26*	-0,08	-0,20*	-0,15	-0,25**	-0,01	-0,18	-0,46***	0,18	--		
13. CBCL — Intériorisée	0,70**	0,11	-0,31*	-0,13	-0,20*	-0,10	-0,26*	-0,05	-0,12	0,84***	0,62***	0,70***	--	
14. CBCL — Extériorisée	0,27*	-0,03	-0,29*	-0,18	-0,02	0,08	0,06	-0,23*	-0,06	0,37***	0,35***	0,25**	0,41**	--

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Note : EAQ-30 Échelle 1 = Différenciation des émotions; EAQ-30 Échelle 2 = Partage verbal des émotions; EAQ-30 Échelle 3 = Expression des émotions; EAQ-30 Échelle 4 = Conscience corporelle des sensations physiques associées aux émotions; EAQ-30 Échelle 5 = Conscience des émotions des autres; EAQ-30 Échelle 6 = Analyse des émotions; CBCL = Liste de vérification des comportements des enfants de 6 à 18 ans

études mentionnent que le sexe et l'âge des enfants sont des facteurs faisant varier la prévalence des symptômes de somatisation, ces variables sociodémographiques ont été contrôlées en les insérant dans un premier bloc dans l'analyse de régression. Ensuite, les biais de mentalisation, la conscience des affects, l'anxiété, la dépression et les comportements extériorisés ont été utilisés comme prédicteurs dans un deuxième bloc. La variable « comportements intériorisés » n'a pas pu être utilisée dans ces régressions étant donné sa forte corrélation avec l'anxiété ($r = 0,84, p < 0,001$), permettant ainsi d'éviter tout problème de multicollinéarité. Les variables « anxiété » et « dépression » ont donc été utilisées plutôt que celle des comportements intériorisés, car bien qu'elles représentent des sous-échelles, elles demeurent des variables dont les apports sont distincts et spécifiques. Les résultats présentés au Tableau 4 démontrent que, parmi l'ensemble des variables insérées dans le deuxième bloc, la conscience des affects ($\alpha = -0,19, p = 0,04$), les biais de mentalisation ($\alpha = 0,16, p = 0,04$) et l'anxiété ($\alpha = 0,39, p < 0,01$) prédisent significativement la présence de plaintes somatiques, ce qui n'est pas le cas pour la dépression ni pour les comportements extériorisés. La proportion de variance, qui peut être expliquée par le modèle final de régression, est de 23,8 %.

Tableau 4

Modèle final des variables prédictives de la somatisation en contrôlant l'âge et le sexe de l'enfant

	Score global de somatisation			
	ΔR^2	ΔF	ddl	β
Bloc 1	0,03	1,67	(2,102)	
Âge				-0,14
Sexe (être une fille)				-0,06
Bloc 2	0,26	7,04**	(5,97)	
Biais de mentalisation (avoir un biais)				0,16*
Conscience des affects				-0,19*
Anxiété				0,39**
Dépression				-0,14
Comportements extériorisés				0,14

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Discussion

L'objectif général de l'étude était d'explorer la contribution de la conscience des affects et des biais de mentalisation aux plaintes somatiques observées chez les enfants d'âge scolaire de la population générale. Tout d'abord, les analyses descriptives ont permis de constater que le symptôme le plus fréquemment rapporté, tant par les enfants que par les parents, est le mal de tête. Cela concorde partiellement avec les résultats de certaines études qui mentionnent que les plaintes somatiques les plus fréquentes chez les enfants sont les maux de tête et les douleurs abdominales (Garber et al., 1991; Rieffe et al., 2004; Vila et al., 2009). Dans le présent échantillon, il semble que les douleurs abdominales ne soient pas les plus fréquentes. Cela peut être expliqué en partie par l'impact possible de la désirabilité sociale, car les enfants peuvent ressentir de la gêne ou de la honte à mentionner avoir de la constipation, des ballonnements ou de la diarrhée.

La première hypothèse découlant de l'objectif général visait à vérifier si les biais de mentalisation, tant positifs que négatifs, sont liés aux plaintes somatiques chez les enfants. Cette hypothèse a été confirmée : plus les enfants manifestent des biais de mentalisation, tant positifs que négatifs, plus ils présentent de plaintes somatiques. Cela confirme les résultats des deux seules études antérieures qui, à notre connaissance, ont mesuré des concepts étroitement liés à la mentalisation ainsi que la somatisation. En effet, l'étude de Subic-Wrana et al. (2010) a conclu que le fonctionnement sur le plan de la théorie de l'esprit est corrélé négativement avec la présence de symptômes de somatisation chez les adultes. Pour ce qui est de l'étude de Bizzi et ses collaborateurs (2018), celle-ci a établi que la capacité de mentalisation générale et celle reliée à soi étaient significativement plus faibles chez les enfants présentant un trouble de somatisation que chez les enfants issus de la population générale. Ainsi, la notion de biais de mentalisation, pouvant potentiellement expliquer une part des déficits sur le plan de la capacité de mentalisation, s'ajoute à la liste de concepts s'avérant étroitement liés aux plaintes somatiques, du moins chez les enfants d'âge scolaire d'une population non clinique.

La deuxième hypothèse de l'étude, stipulant que la conscience des affects est significativement et négativement liée aux plaintes somatiques chez les enfants, a également été confirmée. En effet, les résultats démontrent que plus les enfants possèdent un niveau élevé de conscience des affects, moins ils manifestent de plaintes somatiques.

Cela corrobore les résultats des études antérieures qui relient négativement la conscience des affects et la somatisation (Jellesma et al., 2009; Rieffe et al., 2008; Subic-Wrana et al., 2010). D'ailleurs, les résultats concordent avec ceux de l'étude de Subic-Wrana et ses collaborateurs (2010) ayant comparé un groupe de patients adultes souffrant d'un trouble de somatisation avec un groupe d'adultes issus de la population générale. Cette recherche révèle que les patients possèdent une capacité moins élaborée de représentation mentale de leurs émotions, car ils associent leurs symptômes physiques à des sensations corporelles plutôt qu'à des représentations mentales, ne leur permettant donc pas de lier et de différencier leurs états mentaux de leurs symptômes physiques.

Dans le cadre de la présente étude, les dimensions de la conscience des affects les plus liées à la somatisation (associations négatives) sont le partage verbal des émotions et la conscience corporelle des sensations physiques associées aux émotions. Ainsi, il est possible de croire que l'enfant qui somatise peut difficilement traiter les représentations primaires, c'est-à-dire les sensations physiques, afin de leur donner un sens et de les interpréter en lien avec une émotion ressentie étant donné qu'il semble moins à même de remarquer ces sensations au départ. Par exemple, étant moins conscient des signaux corporels, l'enfant qui somatise ne peut associer l'augmentation de son rythme cardiaque, le tremblement des membres de son corps ou encore sa transpiration au fait qu'il a peur. D'ailleurs, cette dimension de conscience corporelle des sensations physiques associées aux émotions a été liée significativement et négativement à la présence de biais de mentalisation. De fait, au-delà de la conscience des affects, si l'enfant n'a pas développé adéquatement sa capacité de mentalisation et qu'il tend à avoir des biais de mentalisation, ce dernier ne sera alors pas en mesure de comprendre que ses manifestations physiques peuvent être représentées et analysées psychiquement : il aura de la difficulté à transformer ses représentations primaires, directement liées aux sensations corporelles, en représentations secondaires, associées à l'élaboration des émotions au plan psychique (Allen et al., 2008). Enfin, il a été démontré que des biais cognitifs dans le processus de représentation des états mentaux peuvent entraîner divers désordres émotionnels, comme l'anxiété, la dépression, la rumination et l'hypervigilance (Sharp et al., 2007). Ces émotions, ne pouvant être gérées sur le plan mental, pourraient alors engendrer des symptômes physiques chez l'enfant sans qu'il soit pour autant en mesure d'établir un lien entre les sensations corporelles et

l'émotion. En résumé, les résultats de la présente étude soulignent l'importance du développement de la capacité de mentalisation comme précurseur de la conscience corporelle et des affects.

L'objectif spécifique de la recherche visait à vérifier la contribution que peuvent avoir les variables à l'étude dans l'explication des plaintes somatiques chez les enfants. En ce sens, la troisième hypothèse a pu être confirmée partiellement puisqu'une faible conscience des affects ainsi que la présence de biais de mentalisation et d'anxiété permettent de prédire les plaintes somatiques, alors que la dépression et les comportements extériorisés ne semblent pas jouer un rôle significatif dans la compréhension de la somatisation chez les enfants. Plusieurs études antérieures ont tenté de vérifier l'apport de l'anxiété et de la dépression à la compréhension des plaintes somatiques, mais un faible consensus se dégage de ces études, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats obtenus. Par exemple, l'une de ces études a conclu que, chez les enfants qui manifestent des plaintes somatiques, la peur liée à l'anxiété serait l'émotion négative rapportée comme étant la plus fréquente et la plus intense (Jellesma et al., 2006; Rieffe et al., 2007), appuyant ainsi les résultats de la présente recherche. Enfin, une faible conscience des affects ainsi que les biais de mentalisation comme prédicteurs des plaintes somatiques chez les enfants appuient encore une fois l'importance de développer ces habiletés en bas âge, pouvant alors agir comme facteurs contribuant à l'accès aux représentations secondaires ainsi qu'à l'élaboration des émotions sur le plan psychique.

Limites de l'étude

Il importe de souligner quelques limites méthodologiques à considérer dans la présente étude. Premièrement, bien que la taille de l'échantillon, issu de la population générale, permette une certaine puissance statistique, elle ne permet pas de généraliser les résultats à un groupe clinique d'enfants. Ainsi, il aurait été pertinent d'ajouter un groupe d'enfants qui présentent, par exemple, un trouble psychosomatique ou qui consultent une clinique spécialisée en somatisation. Cela aurait permis de bonifier les analyses en comparant les variables à l'étude auprès d'enfants issus des populations générale et clinique.

Deuxièmement, le questionnaire utilisé pour mesurer la mentalisation permet de regrouper les enfants selon qu'ils présentent ou non des biais de mentalisation, mais ne permet pas d'évaluer la capacité de mentalisation de l'enfant. Pour y parvenir, un entretien semi-structuré

(p. ex. l'entretien d'attachement de l'enfant; Ensink et le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval, 2002; d'après la version originale anglaise du CAI; Target et al., 1998) et un système de cotation de la capacité de mentalisation à partir du discours de l'enfant (p. ex. celui proposé par Ensink et al., 2013) auraient pu être utilisés afin de mieux comprendre la contribution de la capacité de mentalisation aux manifestations des plaintes somatiques chez les enfants, au-delà de la présence ou de l'absence de biais de mentalisation. L'analyse des CAI permettrait également d'obtenir certains éléments de réponse concernant les processus sous-jacents à la mentalisation chez les enfants qui manifestent des plaintes somatiques et leur fonctionnement mental.

Troisièmement, un autre biais méthodologique a été relevé, celui de la désirabilité sociale. En effet, certains items des différents instruments utilisés dans la recherche sont propices à ce biais afin d'éviter le sentiment de honte ou de gêne qu'ils peuvent susciter chez les participants (p. ex. les questions concernant certains symptômes physiques tels que la diarrhée, les ballonnements ou la constipation). De plus, les réponses aux items à choix multiples du questionnaire de mentalisation ont pu être affectées par la désirabilité sociale. Ainsi, certains enfants auraient pu sélectionner une réponse optimale afin de demeurer dans les normes plutôt que de choisir une réponse plus authentique.

Enfin, il serait intéressant d'ajouter des instruments de mesure autorapportés qui évaluent spécifiquement l'anxiété et la dépression chez l'enfant, en plus d'utiliser un questionnaire pouvant être rempli par le parent. Cela permettrait d'approfondir le rôle, tant direct que médiateur, de ces deux variables dans la compréhension des facteurs explicatifs de la somatisation.

Conclusion

La présente étude est, à notre connaissance, la première à explorer le lien entre la mentalisation, la conscience des affects et la somatisation chez les enfants âgés de 8 à 12 ans. Malgré le fait qu'elle soit effectuée auprès d'un échantillon d'enfants issus de la population générale et non clinique, elle demeure suffisamment complète pour fournir une généralisation intéressante des résultats. La majorité des hypothèses que cette étude visait à vérifier ont été confirmées par l'entremise de différentes analyses statistiques. D'abord, les résultats démontrent

que les enfants qui ont une conscience des affects plus faible et des biais de mentalisation rapportent plus de plaintes somatiques. Ensuite, les résultats permettent de constater qu'une faible conscience des affects et la présence de biais de mentalisation et d'anxiété sont des prédicteurs des plaintes somatiques, mais que les symptômes dépressifs et les comportements extériorisés ne le sont pas, et ce, malgré le débat scientifique qui subsiste face à cette dernière question. Enfin, les résultats permettent de suggérer diverses pistes d'exploration intéressantes ayant comme objectif d'approfondir la compréhension de l'apparition et du maintien de la somatisation chez les enfants. Ces pistes pourront éventuellement mener à la création d'un modèle de prévention et d'intervention visant les enfants aux prises avec des manifestations somatiques.

Références

- Achenbach, T. M. et Rescorla L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Alexander, F. (1963). The development of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 24(1), 13–24.
- Allen, J. G., Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric publishing.
- Allen, L. B., Lu, Q., Tsao, J. C. I., Hayes, L. P. et Zeltzer, L. K. (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Journal of Health Psychology*, 16(8), 1177–1186. doi: 10.1177/1359105311402407
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bagby, R. M. et Taylor, G. J. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia, medical and psychiatric illness*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Bailey, B. N., Delaney-Black, V., Hannigan, J. H., Ager, J., Sokol, R. J. et Covington, C. Y. (2005). Somatic complaints in children and community violence exposure. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(5), 341–348.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595–613. doi: 10.1080/07351690.2013.835170

- Behling, O. et Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions*. London, UK: Sage Publications.
- Bialas, I. et Craig, T. K. J. (2007). 'Needs expressed' and 'offers of care': An observational study of mothers with somatisation disorder and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 97–104. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01637.x
- Bizzi, F., Ensink, K., Borelli, J. L., Charpentier Mora, S. et Cavanna, D. (2018). Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(5), 1–13. doi: 10.1007/s00787-018-1238-5
- Bradley, C. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and cultures. Dans C. Bradley (dir.), *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (p. 43–55). Suisse: Harwood Academic Publisher.
- Campo, J. V., Bridge, J., Ehmann, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., Brent, D. A. (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*, 113(4), 817–824. doi: 10.1542/peds.113.4.817
- De Gucht, V., Fischler, B. et Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1655–1667. doi: 10.1016/j.paid.2003.06.012
- Domon-Archambault, V. et Terradas, M. M. (2015). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2), 229–262.
- Dubé, G., Terradas, M. M., Didier, O., Guillemette, R. et Achim, J. (soumis). Empathie, mentalisation et comportements extériorisés chez les enfants d'âge scolaire hébergés en centre jeunesse: une étude exploratoire. *Revue de psychoéducation*.
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 855–871. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.007
- Ensink, K. et Le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval. (2002). *Child Attachment Interview: version française* (document inédit). Université Laval, Québec, QC.
- Ensink, K., Target, M. et Oandasan, C. (2013). *Child reflective functioning scale scoring manual: For application to the Child Attachment Interview*. London, UK: Anna Freud Centre — University College London.
- Essau, C. A. (2007). Course and outcome of Somatoform Disorders in non-referred adolescents. *Psychosomatics*, 48(6), 502–509. doi: 10.1176/appi.psy.48.6.502
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York, NY: Other Press.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G. et Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48, 288–328. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fonagy, P. et Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87–114. doi: 10.1080/10481889809539235
- Garber, J., Walker, L. S. et Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the children's somatization inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), 588–595.
- Gilleland, J., Suveg, C., Jacob, M. L. et Thomassin, K. (2009). Understanding the medically unexplained: Emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child: Care, Health, and Development*, 35(3), 383–390. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00950.x
- Ginsburg, G. S., Riddle, M. A. et Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1179–1187.
- Girard, É., Terradas, M. M. et Achim, J. (2012). *Mentalizing Task: traduction française* (Document inédit). Université de Sherbrooke, Québec, QC.
- Grabe, H. J., Spitzer, C. et Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1299–1301.
- Guilbaud, O. (2007). L'alexithymie dans ses rapports avec un mode de fonctionnement autistique. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(2), 503–526.
- Hensley, L. et Varela, E. R. (2008). PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: The roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(3), 542–552. doi: 10.1080/15374410802148186
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M. et Kneepkens, F. C. M. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 63, 2640–2648.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M. et Westenberg, M. (2009). Do I feel sadness, fear or both? Comparing self-reported alexithymia and emotional task-performance in children with many or few somatic complaints. *Psychology and Health*, 24(8), 881–893. doi: 10.1080/08870440801998970
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426–444.

- Kellner, R. (1990). Somatization: Theories and research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150–160.
- Kugler, B. B., Bloom, M., Kaercher, L. B., Truax, T. V. et Storch, E. A. (2012). Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Journal of Child Psychiatry and Human Development*, 43, 661–673. doi: 10.1007/s10578-012-0289-y
- Lahaye, M., Luminet, O., Van Broeck, N., Bodart, E. et Mikolajczak, M. (2010). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children in a French-speaking population. *Journal of Personality Assessment*, 92(4), 317–326. doi: 10.1080/00223891.2010.482003
- Lane, R. D. et Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133–143.
- Lecours, S., Robert, G. et Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59, 187–195.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Höfler, M., Tholen, S. et Wittchen, H. U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 18(6), 321–331.
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2* (2^e éd.). New York, NY: Guilford.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Les laboratoires Delagrangé.
- Marty, P. et de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27, 354–356.
- Meerum Terwogt, M., Rieffe, C., Miers, A. C., Jellesma, F. C. et Tolland, A. (2006). Emotions and self-esteem as indicators of somatic complaints in children. *Infant and Child Development*, 15, 581–592.
- Meesters, C., Muris, P., Ghys, A., Reumerman, T. et Rooijmans, M. (2003). The Children's Somatization Inventory: Further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(6), 413–422. doi: 10.1093/jpepsy/jsg031
- Menninger, W. C. (1947). Psychosomatic medicine: Somatization reactions. *Psychosomatic Medicine*, 9, 92–97.
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P.-E. et Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 237–244. doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M. et Bosch, J. D. (2004). Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(1), 31–47.

- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K. V., Cowan, R., Miers, A. C. et Tolland, A. (2007). Psychometric property of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 95–105. doi: 10.1016/j.paid.2006.11.015
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A. C., Meerum Terwogt, M. et Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 756–761. doi: 10.1016/j.paid.2008.08.001
- Rimsza, M. E., Berg, R. A. et Locke, C. (1988). Sexual abuse: Somatic and emotional reactions. *Child Abuse and Neglect*, 12, 201–208. doi: 10.1016/0145-2134(88)90028-2
- Rothe, E. M., Lewis, J., Castillo-Matos, H., Martinez, O., Busquets, R. et Martinez, I. (2002). Post-traumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 53, 970–976.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. Dans J. G. Allen et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing-based treatment* (p. 101–121). Chichester, UK: Wiley.
- Sharp, C., Croudace, T. J. et Goodyer, I. M. (2007). Biased mentalizing in children aged seven to 11: Latent class confirmation response styles to social scenarios and associations with psychopathology. *Social Development*, 16(1), 181–202.
- Sifneos, P. E. (1973). Prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S. et Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27(11), 1247–1258. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.05.001
- Stekel, W. (1924). *Peculiarities of behavior: Impulsive acts, wandering mania, dipsomania, kleptomania, pyromania and allied mental states* (2 tomes). New York, NY: Boni and Liveright.
- Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. Dans I. Nyklicek, A. Vingerhoets et M. Zeelenberg (dir.), *Emotion regulation and well-being* (p. 245–260). New York, NY: Springer.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M., Knebel, A. et Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic medicine*, 72, 404–411.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A. et Schneider, T. (1998). *The Child Attachment Interview (CAI) protocol, Revised Edition VI* (Document inédit). University College London.

- Vijayakumar, L., Kannan, G. K. et Daniel, S. J. (2006). Mental health status in children exposed to tsunami. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 507–513. doi: 10.1080/09540260601037581
- Vila, M., Kramer, T., Hickey, N., Dattani, M., Jefferis, H., Singh, M. et Garralda, M. E. (2009). Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the Children's Somatization Inventory. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9), 989–998.
- Walker, L. S., Beck, J. E., Garber, J. et Lambert, W. (2009). Children's Somatization Inventory: Psychometric properties of the revised form (CSI-24). *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 430–440.
- Waller, E. et 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(3), 239–247. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00613-5
- Waller, E. et Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24. doi: 10.1080/09540260500466774

Correspondance :

Miguel M. Terradas

Département de psychologie

Faculté des lettres et sciences humaines

Université de Sherbrooke

Campus de Longueuil

150, place Charles Le Moyne

C.P. 200

Longueuil, Québec

Canada, J4K 0A8

Tél.: +1 (450) 463-1835, poste 61611

Courriel : miguel.terradas@usherbrooke.ca

Résumé

Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques. La somatisation réfère à la présence de symptômes physiques pour lesquels aucun diagnostic médical ne peut être émis et concerne environ 20 % des enfants issus de la population générale. Certains concepts (p. ex. alexithymie) et variables (p. ex. anxiété) ont fait l'objet d'études visant à mieux comprendre les facteurs psychologiques y étant liés. Cette étude cherche à explorer la contribution de la conscience des affects et des biais de mentalisation aux plaintes somatiques chez les enfants. Des questionnaires mesurant les plaintes somatiques, la conscience des affects, les biais de mentalisation et les comportements intériorisés et extériorisés ont été administrés à 112 enfants âgés de 8 à 12 ans et à leurs parents. Les résultats démontrent que la conscience des affects, les biais de mentalisation et l'anxiété prédisent significativement les plaintes somatiques. La recherche fournit des indications quant aux variables liées à l'apparition et au maintien de la somatisation chez les enfants.

Mots-clés : plaintes somatiques; biais de mentalisation; conscience des affects; enfants.

Abstract

Emotional awareness and mentalization bias in children presenting somatic complaints. Somatization refers to physical symptoms that cannot be explained medically and affect about 20 % of children from the general population. Some concepts (e.g., alexithymia) and variables (e.g., anxiety) have been studied in order to identify the psychological factors related to somatization. This research aims to explore the contribution of affect awareness and mentalization biases to children's somatic complaints. Questionnaires measuring somatic complaints, affect awareness, mentalizing bias, and internalizing and externalizing behaviours were administered to 112 children aged 8 to 12 and their parents. The results demonstrate that affect awareness, mentalization bias and anxiety significantly predict children's somatic complaints. This research provides some insight about the variables related to the onset and maintenance of somatization in children.

Keywords: somatic complaints; mentalizing bias; affect awareness; children.