

LA DÉPENDANCE AFFECTIVE

G. SCANTAMBURLO (1), W. PITCHOT (2), M. ANSSEAU (3)

RÉSUMÉ : La dépendance affective se caractérise par une angoisse affective (l'attachement en insécurité) et la dépendance à l'autre qui associe une faible estime de soi et un besoin de réassurance. Cet article propose une réflexion autour de la définition de la dépendance affective, comprise par certains comme une addiction, et la confusion engendrée par ses différentes dénominations. Elle prend ses racines dans l'enfance et les avatars des relations primordiales où la dépendance serait le rapport d'une personne tributaire à une autre avec un attachement lié par l'insécurité. Elle est liée à des facteurs familiaux (des comportements surprotecteurs ou très autoritaires), des facteurs culturels, et socio-environnementaux. Il semble, en effet, qu'un traumatisme émotionnel dans l'enfance puisse engendrer des modifications épigénétiques laissant une « empreinte » sur les circuits préfronto-limbiques, substrats neuronaux des réactions émotionnelles. Des expériences de stress précoces altèrent également les systèmes régulateurs de l'axe du stress et les voies ocytoninergiques en lien avec l'attachement. La dépendance affective est associée à un risque accru de violence physique et psychologique. L'objectif pour le praticien est de proposer un travail de restauration de l'estime de soi et des stratégies thérapeutiques ciblées vers l'autonomie.

MOTS-CLÉS : *Dépendance affective - Personnalité dépendante - Dépendance émotionnelle*

INTRODUCTION

C'est en 1975 que l'amour, pour la première fois est assimilé à une dépendance par Stanton Peele (cité dans 1). Il élabore également la première classification entérinant l'existence de la « dépendance affective ». Il y décrit que « l'expérience d'une dépendance consiste à étourdir la conscience d'une personne et à la libérer de son anxiété et de sa douleur, tout comme le ferait un analgésique. Cette relation est caractérisée par la présence rassurante d'une autre personne » (1). Le mot dépendance provient du latin « de pendere », qui signifie « se pendre », « s'accrocher ». Le terme de « dépendance émotionnelle » est défini en 1990 : « Lorsque l'obsession pour l'autre personne atteint un degré tel que l'individu ne se soucie plus de ses propres besoins et priorités, voire de sa propre vie » (1). Finalement, devant la confusion entre les différents vocables utilisés, l'Association américaine de

AFFECTIVE DEPENDENCY

SUMMARY : Affective dependency is characterized by emotional distress (insecure attachment) and dependency to another person with a low self-esteem and reassurance need. The paper proposes a reflection on the definition of emotional dependency and the confusion caused by various denominations. Overprotective and authoritarian parenting, cultural and socio-environmental factors may contribute to the development of dependent personality. Psychological epigenetic factors, such as early socio-emotional trauma could « imprint » on neuronal circuits in prefronto-limbic regions that are essential for emotional behaviour. We also focus on the interrelations between dependent personality, domestic violence and addictions. The objective for the clinician is to propose a restoration of self-esteem and therapeutic strategies focused on autonomy. **KEYWORDS :** *Dependent personality - Love addiction - Affective dependency*

Psychiatrie a choisi la notion de « personnalité dépendante ». Aux Etats-Unis, s'est aussi répandue depuis quelques années pour désigner les dépendants émotionnels, l'expression « sex and love addict », redéfinie en Europe dans des groupes de « self help » par le terme « DASA » pour Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPENDANCE AFFECTIVE

La dépendance interpersonnelle est définie comme une tendance à compter sur d'autres personnes pour le dévouement, l'orientation, la protection et le soutien, même dans les situations où un fonctionnement autonome est possible.

Selon le DSM-IV (2), le trouble de la personnalité dépendante se caractérise par un « besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers » (tableau I). R.F. Bronstein (cité dans 3) a critiqué les critères du DSM-IV, et notamment les critères 3 et 4 qui sont contredits par des études montrant que les sujets dépendants peuvent manifester leur désaccord et initier des projets (3).

Ce trouble est majoritairement le fait de femmes. L'incidence varie de 0,3 % à 7 % dans la population générale.

(1) Chargée de cours adjoint, Université de Liège, Chef de Clinique, (3) Professeur Ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Psychiatrie et Unité de Psychoneuroendocrinologie, CHU de Liège. (2) Professeur, Université de Liège, Chef de Service associé, Service de Psychiatrie, CHU de Liège.

TABLEAU I. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ DÉPENDANTE SELON LE DSM-IV

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et «collant» et à une peur de la séparation qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1) le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui
2) il a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie
3) il a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation N.B. ne pas tenir compte d'une crainte réaliste sans sanction
4) il a du mal à initier des projets ou faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie)
5) il cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables.
6) il se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller
7) lorsqu'une relation proche se termine, il cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin
8) il est préoccupé de manière irréaliste par la crainte de devoir se débrouiller seul.

La dépendance émotionnelle affecte à la fois les relations interpersonnelles et la sphère personnelle elle-même, qui se traduit par (1) :

- le besoin d'être approuvé par les autres;
- l'obsession de se lier à eux;
- l'urgence avec laquelle est réclamée la présence de l'autre quelque frustrante que puisse être la relation;
- l'échange asymétrique d'affection, associé à un vide émotionnel persistant;
- l'idéalisation de l'autre, somme toute mal connu;
- l'adoption de postures de soumission, associée à l'annihilation progressive de soi-même, à un affaiblissement de l'estime de soi et à une plus grande vulnérabilité à la maltraitance psychologique et physique;
- des manifestations de «craving» et des fluctuations dysphoriques de l'humeur au gré de l'évolution de la relation.

L'addiction que la rencontre fait naître occupe une place centrale.

Sexuellement, la personne dépendante est attirée par les situations problématiques ou qui représentent un défi. Elle confond la peur et

l'attraction sexuelle, le sexe et la soumission, le sexe et l'amour. La sexualité qu'elle offre vise plus à satisfaire l'autre qu'elle même (1).

En 1990, Livesley décompose la dépendance affective en deux dimensions indépendantes: l'angoisse affective (l'attachement en insécurité) et la dépendance à l'autre qui associe une faible estime de soi et le besoin de conseil et de réassurance (4).

Bornstein (6) en 1993 a proposé une définition de travail de la dépendance pathologique. Cette dépendance est un type ou un style de personnalité caractérisé par quatre composantes primaires : motivationnelle (besoin d'être guidé, approuvé et soutenu par les autres), cognitive (perception de soi comme peu efficace et peu puissant et perception des autres comme puissants et capables de contrôler le devenir des événements), affective (tendance à être inquiet quand il faut fonctionner de manière autonome, notamment quand ce fonctionnement peut être jugé par autrui), comportementale (tendance à rechercher de l'aide, du support, de l'approbation auprès des autres). Dans une perspective intégrée, il considère que trois facteurs contribuent au développement d'un trouble de la personnalité dépendante : des facteurs familiaux, culturels et sociétaux (5).

Christophe Versaevel (5) a proposé récemment un modèle intégratif, dimensionnel et évolutif de la dépendance affective considérée comme un ensemble de manifestations pathologiques par leur intensité de dimensions normales de la personnalité. Il a mis en évidence des facteurs favorisant la dépendance affective comme la vulnérabilité de l'estime de soi héritée du passé, et des facteurs fragilisants (conflits, ruptures, pertes, dépressions) qui, suivant le mécanisme relationnel utilisé, seraient liés à la personnalité histrionique, borderline ou dépendante.

LES ORIGINES DE LA DÉPENDANCE AFFECTIVE

DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT AUX DÉFICITS DANS LES FAMILLES

Deux orientations sont apparues à partir de la conception psychanalytique classique où la dépendance est expliquée par les avatars du développement du stade oral : la théorie de la relation d'objet et la théorie éthologique de l'attachement (3). La théorie de relation d'objet met l'accent sur la phénomène de séparation-individuation proposé par Margaret Mahler

(cité dans 3) et sur le développement de la conception de soi. La relation mère-enfant y représente le prototype de la future relation du sujet avec les autres. Le sujet se sentirait attiré à l'âge adulte par des personnes qui lui rappelleraient, sous certains aspects, son père ou sa mère.

J. Bowlby (cité dans 7) suggère que la qualité des expériences de l'enfant avec sa mère détermine des schèmes cognitifs qui filtrent les expériences et influencent les réponses comportementales futures. La théorie de l'attachement de Bowlby soutient que la qualité du lien mère-enfant détermine le sentiment de sécurité lié à l'attachement. Les travaux éthologiques sur le phénomène de l'empreinte de C. Lorenz (cité dans 7), ceux de H.F. Harlow (cité dans 7) sur la déprivation maternelle ont étayé cette théorie. L'attachement fait référence à des relations privilégiées dont l'être humain a besoin pour son développement psychique. Il comporte cinq dimensions : la peur de perdre l'objet d'attachement, le besoin d'affection, le besoin de proximité, le sentiment de sécurité avec la présence physique de l'objet d'attachement et la protestation à la séparation (6).

Pour Ainsworth, l'attachement est un lien affectif dirigé vers une personne, en particulier, alors que la dépendance est une réponse plus générale non dirigée vers une personne (cité dans 3).

Des ratés dans la nature des relations primordiales peuvent transformer un attachement lié par la sécurité en attachement lié par l'insécurité. La dépendance pourrait être définie par le rapport d'une personne tributaire à une autre avec un attachement lié par l'insécurité. La dépendance comprend la recherche d'attention, d'approbation et d'aide, la déférence et l'humiliation (7). L'enfant s'imprégnerait ainsi d'un modèle affectif et c'est ce modèle qui lui dictera le mode de relation qu'il aura avec les autres, ainsi que le choix de son partenaire.

En outre, les parents qui ont des comportements surprotecteurs ou très autoritaires auraient des enfants qui présentent des taux élevés de dépendance. Cette protection excessive ne leur aurait pas permis de développer leur autonomie et leur sentiment de compétence sociale. La dépendance est alors comprise comme un défaut de maturation, une difficulté de séparation, une incapacité à tolérer l'absence (7). La dépendance implique une identité déficiente. Outre la surprotection, les carences affectives subies de leurs parents relèvent de la discrimination, de l'indifférence, de l'autovictimisation et de la tyrannie.

LES STRESS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX

Il serait malvenu de faire croire que l'origine des maux est à rechercher uniquement dans le terreau fertile des dysfonctionnements familiaux de l'enfance (1).

La confrontation à des événements de vie qui altèrent l'estime de soi comme la maltraitance (abandon), les agressions sexuelles, le deuil, une maladie grave (6), constitue un terrain de vulnérabilité vers la dépendance. Certaines études suggèrent qu'une privation socio-émotionnelle ou un traumatisme émotionnel durant la petite enfance pourraient engendrer des «cicatrices» au niveau préfronto-limbique (8). En effet, les dysfonctions développementales résultent d'une interaction complexe entre facteurs génétiques et environnementaux liés au stress psycho-social. Les études de déprivation chez l'animal postulent que des facteurs psychologiques épigénétiques laisseraient une «empreinte» sur les circuits neuronaux. Ces changements épigénétiques affecteraient spécifiquement la fonctionnalité du système préfronto-limbique, essentiel pour les compétences intellectuelles et émotionnelles. La première et la plus importante des expériences émotionnelles demeure le lien entre le nouveau-né et sa figure d'attachement. Katharina Braun (8) émet l'hypothèse qu'une réorganisation synaptique précoce reflèterait la formation d'un modèle émotionnel principal qui établirait le substrat neuronal des réactions émotionnelles d'un individu au cours de la vie. Les circuits neuronaux synaptiques s'adaptent à un environnement hostile, une négligence émotionnelle ou des expériences traumatiques qui sous-tendraient l'étiologie de troubles mentaux. Les altérations au niveau préfronto-limbique durant l'enfance et l'adolescence pourraient causer des anomalies de perception de l'environnement psychosocial et évoquer une réponse comportementale inadaptée, qui induirait des modifications synaptiques. Si la prédisposition génétique peut être considérée comme irréversible, les marques épigénétiques liées à l'influence de l'environnement, en particulier durant les premiers moments de la vie (en ce compris la vie fœtale) sur l'expression des gènes, ne le sont pas nécessairement (9).

Il est maintenant démontré, chez l'homme, que des expériences de stress précoces peuvent entraîner des altérations définitives au niveau de la mise en place et de la stabilisation des systèmes régulateurs de la réponse de l'organisme au stress, en particulier au niveau du système CRH/axe corticotrope. Ces trauma-

tismes de l'enfance pourraient être associés aux circuits de l'ocytocine (OT) impliqués dans l'attachement et la réponse au stress (10). De nombreuses études suggèrent que les expériences de traumatismes précoces, physiques ou émotionnels (comme les abus, les négligences), sont associées à une altération de la réponse au stress, avec des taux faibles d'OT dans le liquide céphalo-rachidien, une résistance aux glucocorticoïdes, une augmentation de l'activité de la «corticotropin-releasing factor» (CRF), une activation immunitaire et une réduction du volume hippocampique. La maltraitance dans l'enfance semble aussi prédire un statut inflammatoire à l'âge adulte, caractérisé par une augmentation significative de la C-reactive protéine (CRP), 20 ans plus tard (OR = 1,8)), du fibrinogène et des leucocytes, et un risque de développer des pathologies inflammatoires.

LES ATTENTES CULTURELLES

La construction culturelle semble offrir à l'individu un modèle de comportement amoureux qui est conditionné par des facteurs sociaux et psychologiques (1). Le mythe de l'amour-passion semble être une invention de l'Occident. En Chine, le verbe «aimer» est employé exclusivement pour désigner les relations mère-enfant. Le mari «n'aime pas sa femme», il «a de l'affection» pour elle. Luxia Exteberria (1) estime que cette soif d'amour finit par constituer le fondamentalisme de la modernité et le théâtre de l'affrontement des sexes où l'idéal égalitaire provoque une lutte constante.

Les cultures sociocentriques (cultures qui valorisent la parenté interpersonnelle sur la réussite individuelle) sont plus tolérantes à la dépendance chez l'adulte que les cultures individualistes. Il n'est pas surprenant que l'Inde et le Japon présentent des niveaux plus élevés de dépendances interpersonnelles (5). D'autre part, l'influence de la société sur la différence des rôles entre les sexes contribue à façonner l'expérience et l'expression de la dépendance. Dans les sociétés occidentales, le comportement dépendant est moins accepté chez le garçon (et l'homme) que chez la fille (et la femme). La majorité des études confirme la fréquence plus importante de la personnalité dépendante chez les femmes.

La notion de dépendance est péjorative dans notre société qui a érigé l'indépendance en culte. La culture patriarcale aurait placé une valeur exagérée dans la recherche d'autonomie et d'indépendance (7).

DE LA PASSION À L'ADDICTION ?

Passion veut littéralement dire «souffrance». Les Grecs utilisaient deux mots différents, eros et agape, pour faire la distinction entre deux types d'expériences différentes appelées «amour». Eros désigne l'amour passionnel, un désir brûlant et désespéré de la personne aimée. La profondeur de l'amour s'y mesure à l'intensité de l'obsession pour l'objet de l'amour et agape la relation stable. Agape est une association de deux êtres engagés dans un engagement profond et qui ont en commun beaucoup de valeurs fondamentales. Ils s'accommodent de leurs particularités respectives (11).

L'idée de l'amour en tant que drogue addictive a été décrite dans l'art et la littérature à travers les âges et par les scientifiques modernes. Sur le plan neurobiologique, les similitudes entre les circuits neuronaux liés à l'addiction aux drogues et l'attachement social ont mené à une convergence des caractéristiques de l'amour et des addictions. Les figures d'attachement et l'abus de drogues activent et altèrent des systèmes communs de neurotransmetteurs (12) et le circuit de récompense. Il existe, en outre, une confusion et un chevauchement entre différents phénomènes explorés comme le sentiment amoureux, la passion amoureuse, les différentes formes d'attachement, la dépendance affective, renommée parfois «love addiction» (13) et les diverses assuétudes.

Les parentés cliniques entre les diverses addictions, et, notamment, les «toxicomanies sans drogues», conduisent à l'idée d'une définition de la dépendance sur trois critères (14) :

- la répétition compulsive d'une activité;
- la persistance malgré ses conséquences néfastes;
- l'obsession.

Selon B. Brusset (14), le risque est d'invoquer, par le terme d'addiction, un principe explicatif très général, passe-partout, suscitant des images sociales du pathologique ayant de fortes implications morales. La similitude sémiologique par des aspects descriptifs n'est pas suffisante.

Les addictions seraient une nouvelle façon de penser (panser selon Ph. Jeanmet (15)) la souffrance psychique (16). Plus que l'addiction comme entité isolable, il s'agirait du caractère addictif de certaines conduites. Semblables, mais non identiques (14).

De plus, l'addiction est un comportement atypique qui conduit à de sévères réductions de la santé et du bien-être. La vaste majorité des

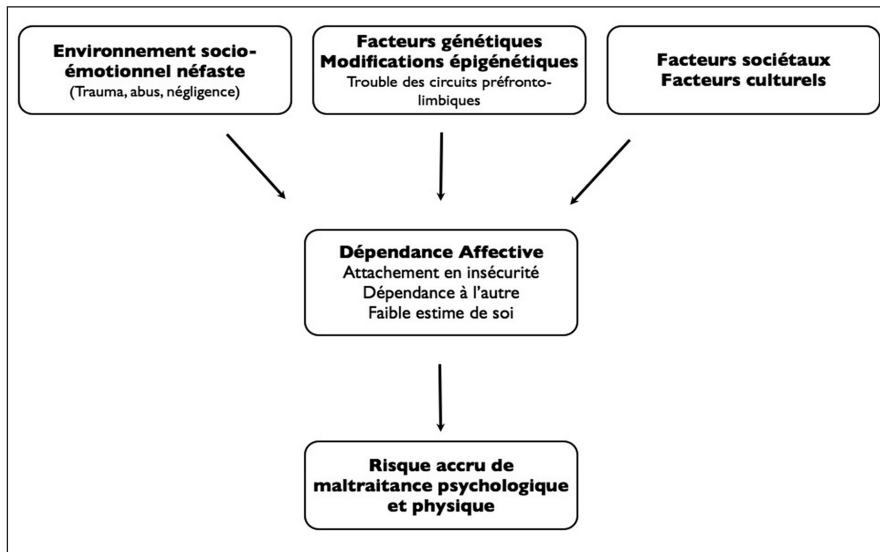


Figure 1. Le terreau de la dépendance affective : interactions complexes entre les expériences vécues, la génétique, la société et la culture, précipitant un attachement en insécurité et une faible estime de soi, terreau fertile de relations malsaines et du risque de violence

différents comportements d'attachement social, incluant l'attachement romantique, le lien parent-enfant, l'attraction sexuelle et l'amitié, sont des comportements adaptatifs qui ont été sélectionnés au cours de l'évolution pour promouvoir la reproduction et la santé en général.

Certains auteurs proposent de se pencher sur les différences, plutôt que sur les similarités entre l'addiction aux drogues et l'attachement social pour explorer comment différents aspects du stress psycho-social et de l'attachement influencent le comportement addictif (12). L'attachement et le lien social permettraient, en outre, de lutter contre divers aspects de l'addiction.

COMORBIDITÉS

En 1996, Loranger (17) a comparé 342 patients souffrant d'un trouble de la personnalité dépendante à 3.338 patients présentant un autre trouble de la personnalité. Les patients dépendants présentaient des taux plus élevés de dépression et de troubles bipolaires (31% et 12,3%) que les autres patients (19,8% et 7,4%). D'autres études ont relevé des taux plus importants de troubles alimentaires. Certains auteurs soutiennent que le trouble de la personnalité dépendante serait un facteur de risque pour la dépression, chez des sujets plus sensibles aux pertes. L'hypochondrie, la somatisation et la conversion seraient plus fréquentes (3). Le trouble panique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles psychotiques peuvent aussi entraîner une dépendance secondaire. Deux études longitudinales ont montré un risque accru de cancers, de tumeurs bénignes, d'hypertension, de troubles digestifs et musculo-squelettiques chez des hommes pré-

sentant des traits de dépendance. La sensibilité aux pertes et aux stress interpersonnels affaiblirait le système immunitaire (5).

MALTRAITANCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

La dépendance affective constituerait un terreau sur lequel prospèrent des relations malsaines ou débouchant sur la maltraitance (1) (fig. 1), et particulièrement quand le critère 5 du DSM-IV est présent. Rusbult et Martz (18) ont développé un modèle de dépendance d'engagement dans les relations intimes. Ils postulent que, quand un partenaire présente un haut degré de dépendance économique ou émotionnelle, il lui sera particulièrement improbable de terminer la relation. La dépendance émotionnelle est associée à une peur de l'abandon et du rejet, des taux élevés de jalousie et de possessivité, et des difficultés à gérer la colère ou d'autres émotions négatives. Le risque d'abus (et de sa tolérance) serait associé à ce haut niveau de dépendance. Loas et al (19) ont étudié une population de sujets ayant subi un abus physique. L'échantillon était divisé en 3 groupes : sans diagnostic de trouble de la personnalité, avec un trouble de la personnalité dépendante, avec un trouble de la personnalité non dépendante. Ils ont montré que la personnalité dépendante est associée à des taux plus élevés de morbidités psychiatriques. De plus, les auteurs d'abus sur les personnalités dépendantes sont plus souvent le conjoint que dans la population non dépendante. Leur population de personnes dépendantes comprenait les deux sexes et suggère que la relation entre la victime de dépendance et le risque d'abus n'est pas uniquement réservée aux femmes. La rela-

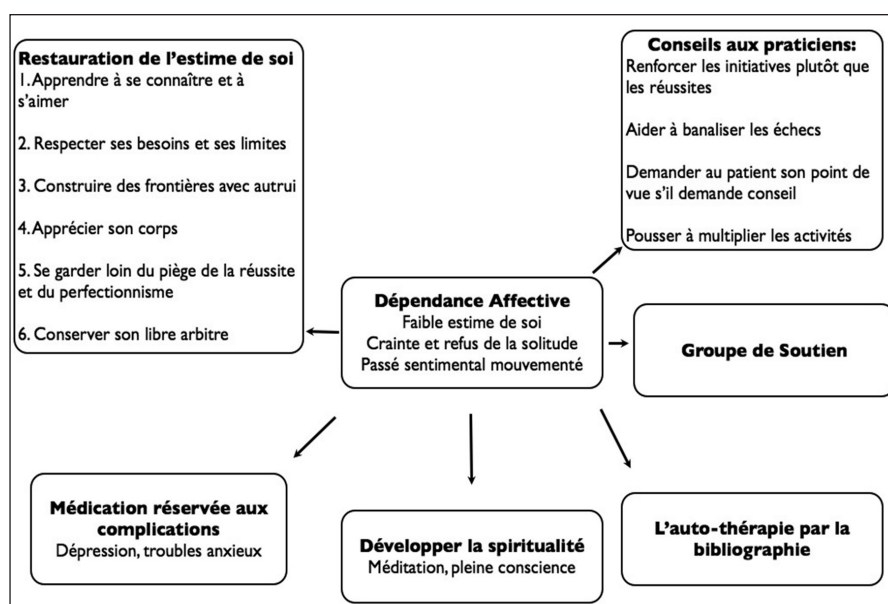


Figure 2. Implications pratiques pour le praticien : proposer au patient un travail de restauration de l'estime de soi, favoriser la spiritualité, la lecture sur le sujet et conseiller un groupe de soutien.

tion entre la personnalité dépendante et la violence domestique est complexe. Bornstein (20) propose un modèle contrasté de dépendance-possessivité, où un taux élevé de dépendance émotionnelle chez un partenaire masculin augmenterait la vraisemblance que cette personne abuse physiquement de l'autre membre de la relation, en utilisant des stratégies indirectes destinées à mettre l'accent sur la soumission et la vulnérabilité de la personne dépendante, aussi bien que des stratégies directes destinées à renforcer le lien et minimiser la possibilité d'un abandon à travers des moyens assurés et agressifs (intimidations). Il suggère ainsi que la dépendance économique des femmes et la dépendance émotionnelle chez l'homme contribuent, de manière indépendante, à la violence domestique. Un taux élevé de dépendance émotionnelle chez un partenaire abuseur pourrait réduire la vraisemblance que la personne victime termine la relation.

La maltraitance psychologique se caractérise par un dénigrement permanent, des menaces voilées, des attitudes visant à restreindre la liberté, le tout dissimulé derrière des attitudes qui visent à désorienter l'autre sur le plan émotionnel. La violence psychologique poursuit le même but que l'abus physique : anéantir et dominer sa victime (1).

Le maltraitant ne peut s'attaquer qu'à quelqu'un qui dépend de lui sur le plan émotionnel et psychologique. La violence dans le couple englobe toute situation de violence verbale (insultes, dénigrements), psychologique (culpabilisation permanente de l'autre),

financière, sexuelle ainsi que les menaces, tout ce qui implique le contrôle, la domination ou l'humiliation (1).

IMPLICATIONS PRATIQUES POUR LE CLINICIEN

Le traitement de la dépendance prend en considération le contexte, l'âge, la situation sociale et culturelle et l'invalidité (fig. 2).

Les trois caractéristiques fondamentales de la personnalité dépendante sont :

- une faible estime de soi;
- une crainte et un refus de la solitude;
- un passé sentimental mouvementé.

Le clinicien soupçonnera la dépendance pathologique chez un patient qui manifeste peu d'estime de lui-même et/ou un besoin d'être rassuré (5). Il est possible d'appréhender cette dépendance à travers l'histoire des relations interpersonnelles, la réponse aux ruptures, la façon dont les désaccords sont gérés et les décisions prises. La difficulté à gérer la solitude sur de longues périodes oriente également le diagnostic.

LE TRAITEMENT DE FOND : LA PSYCHOTHÉRAPIE

Les thérapies dynamiques brèves sont préconisées si l'on redoute la pérennisation de la relation de dépendance marquée avec le thérapeute. L'approche cognitivo-comportementale est axée sur l'affirmation de soi. Diverses techniques y sont utilisées pour réduire les schémas cognitifs d'impuissance, de vulnérabilité,

de manque d'assurance et pour renforcer les manifestations témoignant de compétence et d'autonomie (3).

Alors que les thérapies de soutien ne semblent que renforcer les demandes de réassurance (3), les psychothérapies analytiques sont conseillées si les capacités de fantasmatisation du patient le permettent. Elles sont centrées sur les thèmes relationnels fondamentaux et rejouent la relation d'objet (21).

LA RESTAURATION DE L'ESTIME DE SOI

L'estime de soi est l'appréciation que la personne se porte sur elle-même, sa façon d'être, son identité, sur l'ensemble des traits qui configurent sa personnalité. L'image de soi est liée au sens de l'identité personnelle et fournit un cadre de référence pour interpréter la réalité extérieure et les expériences personnelles (1). Christophe Versaevael (21) considère la dépendance comme une façon de s'adapter, de compenser des altérations dans différents secteurs de l'estime de soi. Une compensante fondamentale consiste donc à restaurer l'estime de soi. Il préconise différentes étapes comme :

- apprendre à se connaître;
- respecter ses besoins et s'affirmer;
- construire des frontières avec autrui;
- l'auto-thérapie par la bibliographie.

Dans le même ordre d'idée, Extebarria (1) suggère aux patients d'apprendre à s'aimer, en se nourrissant d'eux-mêmes, d'apprécier leur corps et ne pas le torturer, de ne pas tomber dans le piège de la réussite en connaissant la distinction entre «réussir dans la vie» et «réussir sa vie». Elle met en garde contre les abîmes du perfectionnisme où certains se perdent en espérant être aimés. Pour renforcer l'estime de soi, elle pointe l'importance de garder à l'esprit ses points de référence personnels, de s'y tenir et ne pas intérioriser des exigences ou des ambitions dictées par la mode, la télévision ou le système. Il paraît essentiel aussi de proposer aux patients de garder leur libre arbitre sans croire aveuglément tous les messages véhiculés comme prescripteur de comportement. Elle propose d'aider les patients à définir leur propre conception de la sexualité et pas celle définie par la société de consommation. Certains conseillent de ne pas s'investir dans de nouvelles relations tant que la personne n'a pas comblé elle-même sa coquille «vide» (21).

Pour François Lelord et Christophe André (22), il est important de renforcer les initiatives

plutôt que les réussites, d'aider les patients à banaliser les échecs, de les pousser à multiplier les activités, de demander leur point de vue personnel s'ils demandent conseil.

DÉVELOPPER LA SPIRITUALITÉ

Même en étant athée, la spiritualité permet de découvrir ce qui procure la paix, la sérénité. La méditation, parfois la prière, permettent d'apprendre à vivre, à renoncer à la peur, au désespoir et à les remplacer par des pensées et des affirmations positives. La prière, la méditation, un premier amour romantique ou l'abus de drogues pourraient avoir en commun l'activation des circuits dopaminergiques mésolimbiques et générer un statut émotionnel intense. Certains chercheurs pensent que le recours à une force supérieure (agissant comme une présence quotidienne) entraînerait des bénéfices directs qui faciliteraient la guérison à travers l'opportunité de se satisfaire de besoins de base et la compréhension de la vie (23).

GROUPE DE SOUTIEN

Les dépendants affectifs et sexuels anonymes (DASA) sont une fraternité comportant 12 étapes et 12 traditions selon le modèle suggéré par les Alcooliques Anonymes. Ces groupes se multiplient à travers le monde (24). En Belgique, il existe un groupe à Bruxelles. A travers l'empathie, l'expérience partagée, l'humour, le groupe apporte un sentiment de sécurité, de bien-être et accélère le processus d'acceptation de soi. Ces groupes encouragent le recours à la prière et à la spiritualité.

CONCLUSION

La dépendance est une caractéristique omniprésente de l'expérience humaine. Pour un même individu, la dépendance à l'autre fluctue au cours de la vie. En proie aux souffrances de l'existence, le sujet recherche, à nouveau, une figure d'attachement pour se reconstruire (21). L'intensité de la dépendance à autrui, l'altération significative du fonctionnement social ou professionnel, la souffrance subjective, inscrivent le sujet dans la pathologie. Le concept de dépendance affective répond à une utilité clinique où des difficultés résident dans les critères diagnostiques qui lui sont associés et la classification catégorielle. Le groupe de travail du futur DSM-V propose d'éliminer le trouble de personnalité dépendante et de revoir sa description en termes de soumission, d'anxiété et d'insécurité de séparation. R.F. Bronstein (6)

envisage en outre une «dépathologisation» de la dépendance affective qui peut parfois constituer soit un comportement adaptatif, soit promouvoir la santé en général (5).

BIBLIOGRAPHIE

1. Extebarria L.— Je ne souffrirai plus par amour. Editions Heloise d'Ormesson, Paris, 2008, 332p.
2. American Psychiatric Association : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, texte révisé). Paris, Masson, 2003, 1065 pp.
3. Loas G.— Personnalité dépendante. In : Guelfi : Psychiatrie. Presses Universitaires de France, Paris.
4. Livesley W, Schroeder M.— Dimensions of personality disorder. The DSM-III-R cluster A diagnoses. *J Nerv Ment Dis*, 1990, **178**, 627-635.
5. Versaveel C.— La dépendance affective et la psychiatrie : une mésentente. *Encephale*, 2011, **37**, 25-32.
6. Bornstein RF.— From dysfunction to adaptation: an interactionist model of dependency. *Annu Rev Clin Psychol*, 2012, **8**, 291-316.
7. Renaud S.— Savoir affronter la dépendance pathologique sans y rester accroché. *Le clinicien*, 2001, 187-202.
8. Braun K, Bock J.— The experience-dependent maturation of prefronto-limbic circuits and the origin of developmental psychopathology: implications for the pathogenesis and therapy of behavioural disorders. *Dev Med Child Neurol*, 2011, **53**, 14-8.
9. Scheen AJ, Junien C.— Epigénétique, interface entre environnement et gènes: rôle dans les maladies complexes. *Rev Med Liège*, 2012, **67**, 250-257.
10. Scantamburlo G, Scheen AJ.— Role du stress psychosocial dans les maladies complexes. *Rev Med Liège*, 2012, **67**, 234-242.
11. Norwood R — Ces femmes qui aiment trop. Editions J'ai Lu, Flammarion, Paris, 2011, 376 p.
12. Hostetler C, Ryabinin A. Love and addiction: the devil is in the differences: a commentary on "the behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction". *Psychopharmacology*, 2012, **224**, 27-29.
13. Reynaud M, Karila L, Blecha L, Benyamina A.— Is love passion an addictive disorder? *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2010, **36**, 261-267.
14. Brusset B.— Dépendance addictive et dépendance affective? *Rev Fra Psychanal*, 2004, **68**, 405-420.
15. Jeanmet P.— *Les conduites addictives: un pansement pour la psyché*. In : Les addictions, Paris, PUF, 2000.
16. Valleur M, Matysiak JC.— Les addictions (dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique), Paris, Armand Colin, 2002.
17. Loranger AW.— Dependent personality disorder. Age, sex, and axis I comorbidity. *J Nerv Ment Dis*, 1996, **184**, 17-21.
18. Rusbult C and Martz J.— Remaining in a abusive relationship: an investment model analysis of nonvoluntary dependence. *Pers Soc Psychol Bull*, 1995, **21**, 558-571.
19. Loas G, Cormier J, Perez-Diaz F.— Dependent personality disorder and physical abuse. *Psychiatry Res*, 2011, **30**, 167-170, 185.
20. Bornstein RF.— The complex relationship between dependency and domestic violence : converging psychological factors and social forces. *Am Psychol*, 2006, **61**, 595-606.
21. Versaveel C.— Personnalité dépendante et dépendance affective : stratégies psychothérapeutiques. *Encephale*, 2012, **38**, 170-178.
22. Lelord F, André C.— Les personnalités dépendantes. In: Comment gérer les personnalités difficiles. Editions Odile Jacob, 2000, 224-248.
23. Sussman S, Reynaud M, Aubin HJ, Leventhal AM.— Drug addiction, love, and the higher power. *Eval Health Prof*, 2011, **34**, 362-370.
24. Lorena A, Sophia E, Mello C, et al.— Group therapy for pathological love. *Rev Bras Psiquiatr*, 2008, **30**, 290-301.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr G. Scantamburlo, Service de Psychiatrie, CHU de Liège, 4000 Liège.
Email : Gabrielle.Scantamburlo@ulg.ac.be