

# UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

Thèse N°...

## DEPRESSION, ALEXITHYMIE ET PERSONNALITE

### THESE

Pour l'obtention du

### DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2011

par

**Grégory MONNIER**

Né le 13 mai 1982, à Orléans (Loiret)

Directeur de thèse

Monsieur le professeur Jean-Pierre CLEMENT

#### EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur J.-P. CLEMENT..... Président  
M. le Professeur M. DRUET-CABANAC ..... Juge  
M. le Professeur B. MELLONI ..... Juge  
Mme le Professeur M-P.TESSIER-CLEMENT..... Juge  
Mme. le Docteur A. DRUET-CABANAC..... Membre invité  
M. le Docteur E. CHARLES..... Membre invité

2 rue du Dr Marcland  
87025 LIMOGES cedex

Tél. 05 55 43 58 00

Fax. 05 55 43 58 01

www.unilim.fr

# UNIVERSITÉ DE LIMOGES

## FACULTÉ DE MÉDECINE

### DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

### ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques

Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

\*C.S = Chef de Service

<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX</b> Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BEAULIEU</b> Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
<b>BEDANE</b> Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
<b>BONNAUD</b> François	PNEUMOLOGIE
<b>BONNETBLANC</b> Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
<b>COGNE</b> Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
<b>COLOMBEAU</b> Pierre	UROLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DENIS</b> François ( <b>Sur 31/08/2011</b> )	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
<b>DUMONT</b> Daniel ( <b>Sur 31/08/2012</b> )	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FEISS</b> Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>FEUILLARD</b> Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
<b>GAINANT</b> Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GASTINNE</b> Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PÉDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LASKAR</b> Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne (CS)	PEDIATRIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE

<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MAUBON</b> Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>MELLONI</b> Boris (C.S)	PNEUMOLOGIE
<b>MERLE Louis</b> (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>MONTEIL</b> Jacques (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
<b>MOULIES</b> Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>PARAF</b> François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>RIGAUD</b> Michel (Sur 31/08/2010)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves (C.S)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
<b>SAUVAGE</b> Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES
METABOLIQUES	
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
<b>VALLAT</b> Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE - CHIRURGIE GENERALE
<b>VANDROUX</b> Jean-Claude (Sur 31/08/2011)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>VERGNEGRE</b> Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et
PREVENTION	
<b>VIDAL</b> Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION MEDICALE
<b>VIROT</b> Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

## **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ANTONINI</b> Marie-Thérèse (C.S)	PHYSIOLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE - CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>FUNALOT</b> Benoît	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>MOUNIER</b> Marcelle	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HYGIENE HOSPITALIERE
<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Nicolas	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**CAIRE** François

NEUROCHIRURGIE

**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

**BUCHON** Daniel

MÉDECINE GÉNÉRALE

**BUISSON** Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**DUMOITIER** Nathalie

MEDECINE GENERALE

**PREVOST** Martine

MEDECINE GENERALE

*A notre Président et Directeur de thèse*

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre Clément**  
**Professeur des universités de Psychiatrie d'adultes**  
**Psychiatre des hôpitaux**  
**Chef de service**

Vous me faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner et de m'avoir guidé tout au long de ce travail. C'est par votre enseignement théorique et par mes stages d'internat dans vos services que j'ai pu prendre plaisir à connaître et enrichir mes connaissances en psychiatrie. Je suis aussi très heureux de pouvoir poursuivre ma pratique professionnelle dans vos services. En espérant que cette thèse puisse être le témoignage de la profonde estime que je vous porte.

*A nos juges*

**Monsieur le professeur Michel DRUET-CABANAC**  
**Professeur des Universités de Médecine du Travail**  
**Praticien Hospitalier**  
**Chef de service**

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous prions de bien vouloir recevoir à cette occasion l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

**Monsieur le professeur Boris MELLONI**  
**Professeur des Universités de Pneumologie**  
**Praticien Hospitalier**  
**Chef de service**

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse et de juger mon travail.

Vous avez été le premier à m'accompagner dans mes premières années de médecine avec gentillesse et patience.

Veillez trouver ici l'expression de mes vifs remerciements et de mon plus profond respect.

**Madame le professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT**

**Professeur des Universités d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies  
Métaboliques**

**Praticien Hospitalier**

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

La richesse de vos enseignements et votre savoir ont été des biens précieux tout au long de nos études médicales

Recevez cette thèse comme le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

*A nos membres invités*

**Monsieur le Docteur Eric CHARLES**  
**Psychiatre des hôpitaux**  
**Praticien Hospitalier**

Je te remercie d'accepter de participer à mon jury de thèse.  
Je te suis très reconnaissant de m'avoir soutenu durant tout mon internat et ce fut un réel plaisir de travailler à tes côtés.

Je tiens aussi à te remercier pour ta patience, ta disponibilité, ta gentillesse dans toutes les circonstances.

**Madame le Docteur Annie DRUET-CABANAC**

Je tiens à te remercier pour ton aide et ton soutien durant l'élaboration de cette thèse. Ta disponibilité, ta patience, ta gentillesse ont été indispensables à l'aboutissement de ce travail. En espérant que le résultat soit à la hauteur de ce que tu attendais.

Je remercie le Docteur Céline DUMONT, le Docteur Guillaume CHANDON, et le Docteur Lucie LAOT pour leur aide et leurs conseils dans la réalisation de ce travail.

Je remercie tous les psychiatres du Centre Hospitalier Esquirol qui m'ont accompagné durant mon internat et avec lesquels j'ai eu plaisir à me former: Monsieur le Docteur Sazerat Pierre, pour sa pédagogie, ses qualités humaines, sa gentillesse et son aide dans mes débuts en TCC.

A Monsieur le Docteur François VIEBAN, Madame le Docteur Karine EYMARD, Monsieur le Docteur David FONTANIER, Mademoiselle le Docteur Anne Catherine DUMONT, Madame le Docteur Laurence BEAUSEIGNEUR, Madame le Docteur Marie-Michèle BOURRAT, Madame le Docteur Florence JOUPPE, Monsieur le Docteur Bertrand OLLIAC, Madame le Docteur Aline MEYNARD, Monsieur le Docteur Jean-Louis SOUCHAUD, Monsieur le Docteur Philippe NUBUKPO, Madame le Docteur Delphine WALOCHA, Monsieur le Docteur Pierre VILLEGGER, Madame le Docteur Muriel ARTHUS...

Aux équipes infirmières et soignantes, aux équipes sociales, aux psychologues et aux secrétaires des pavillons Giraudoux, Ballet Bas, Wertheimer, Lafarge B, PC 4, HME, Centre de la mère et de l'enfant, Henri Ey Bas et Haut...

Aux délégués médicaux : Franck, Jean Philippe, Patrice, Didier, Tintin

# **DEDICACES**

A Virginie et Peggy, merci pour votre amitié, votre écoute et votre soutien.

A Adrien pour tous les bons moments passés et à venir et ton soutien sans faille !

A Antoine, petit bonheur matin...

A mes amis: Eleonor, Alix, Jenny, Mathieu, Grand Benoit, Julie, Ophélie, Anna ...

A Camille, merci de ton soutien pour la dernière ligne droite !!

A Coralie, pour nos discussions, nos échanges et ton soutien pendant les moments difficiles.

A Petite Marie, un grand merci pour avoir pris un peu de temps pour corriger quelques fautes !!

A Jen, Dampi, et les autres pour les moments incroyables !

Aux internes de psychiatrie que j'ai côtoyé durant toutes ces années d'internat: Les anciens : Zoé pour ta gentillesse et ton amitié, Paola : merci pour ta cuisine et ton humour ! Patrick : pour les grillons et le cordon n°5 ; Benj, Mag, Mathilde pour leur gentillesse et leurs conseils, Cristina pour tes « on est bien à E. » ma promo : Elodie pour tes coups de fil et tes perspectives d'A., Aurélien le vadrouilleur, Etienne, Jon, Marion, Céline, Matthieu, Emilie, Emilie, Géraldine, Claire, JJ, Jean-Marie, Lucia, Benjamin, François-Alexis...

*A mes parents, qui m'ont soutenu et supporté pendant ces longues années  
d'études, la réussite de ce parcours leur revient aussi un peu,*

*A mon frère Maxime,*

*A mes grands-parents disparus,*

*Je dédie ce travail.*

*Votre présence et votre souvenir ont nourri et soutenu ce choix  
professionnel.*

*Puissiez-vous m'accompagner encore.*

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

## **PARTIE I ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES**

### **I. RAPPELS GENERAUX SUR LA DEPRESSION..... 22**

*I.1 Historique..... 22*

I.1.1 La dépression endogène et dépression exogène ..... 22

I.1.2 Dépression unipolaire et bipolaire..... 23

I.1.3 Formes cliniques expérimentales..... 25

I.1.4 Classification de l'Organisation Mondiale de la Santé : CIM-10 [2]..... 26

*I.2 Critères diagnostiques de dépression ..... 26*

I.2.1 Critères DSM IV-TR [1]..... 27

### **II. DEPRESSION DE PERTE ..... 29**

*II.1 Travaux de Freud ..... 29*

*II.2 Travaux de Mélanie Klein..... 31*

*II.3 Quelques travaux des dernières décennies..... 32*

II.3.1 Auteurs de langue anglaise ..... 32

II.3.2 Auteurs de langue française ..... 32

### **III. DU CONCEPT DE STRESS A LA DEPRESSION D'ÉPUISEMENT ..... 34**

*III.1 Notion de stress ..... 34*

*III.2 Variété des stress..... 36*

III.2.1 Ajustement par les systèmes physiologiques, ajustements psychique et comportemental. .... 38

*III.3 Ajustements psychiques et comportementaux : mécanismes de défense, de coping et addictions ..... 46*

III.4	<i>Rupture des capacités d'ajustement.....</i>	48
III.5	<i>Dépression d'épuisement.....</i>	52
<b>IV.</b>	<b>LA VULNERABILITE .....</b>	<b>53</b>
IV.1	<i>Vulnérabilité, traumatisme et vulnérabilisation .....</i>	53
IV.2	<i>Vulnérabilité, traumatisme et troubles réactionnels.....</i>	54
IV.3	<i>Vulnérabilité, stress et dépression d'épuisement.....</i>	55
<b>V.</b>	<b>DEPRESSION ET ALEXITHYMIE.....</b>	<b>56</b>
V.1	<i>La Pensée opératoire .....</i>	56
V.2	<i>Dépression essentielle.....</i>	58
V.3	<i>Le concept d'alexithymie .....</i>	59
V.3.1	<i>Alexithymie primaire et secondaire.....</i>	61
V.3.2	<i>Approche neurocognitive de l'alexithymie.....</i>	62
V.3.3	<i>Alexithymie et troubles psychosomatiques .....</i>	64
V.3.4	<i>Stress, alexithymie et dépression.....</i>	66
V.3.5	<i>Alexithymie et troubles de la personnalité .....</i>	69
V.3.6	<i>Mesures de l'alexithymie.....</i>	71
<b>VI.</b>	<b>LA RESILIENCE.....</b>	<b>74</b>
VI.1	<i>Définition .....</i>	74
VI.2	<i>Capacitation, habilitation et empowerment .....</i>	75
VI.3	<i>Concepts de coping ou processus d'ajustement.....</i>	76
VI.3.1	<i>Coping et résilience : Convergences et différences .....</i>	76
VI.4	<i>Résilience et traits de personnalité .....</i>	77
VI.5	<i>Résilience et dépression .....</i>	79
VI.6	<i>Résilience et psychométrie .....</i>	79
<b>VII.</b>	<b>DEPRESSION ET PERSONNALITE .....</b>	<b>80</b>
VII.1	<i>Définition .....</i>	80
VII.1.1	<i>L'approche psychanalytique.....</i>	81

VII.1.2	L'approche comportementale ou behavioriste .....	81
VII.1.3	Approche psychobiologique .....	82
VII.2	<i>Personnalité et dépression selon le modèle psychobiologique de Cloninger</i>	86

## **PARTIE II ETUDE CLINIQUE**

<b>I.</b>	<b>OBJECTIF DE L'ETUDE .....</b>	<b>89</b>
<b>II.</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>89</b>
<i>II.1</i>	<i>Population étudiée.....</i>	<i>90</i>
II.1.1	Définition de la pathologie étudiée .....	90
<i>II.2</i>	<i>Critères d'inclusion et d'exclusion .....</i>	<i>92</i>
II.2.1	Critères d'inclusion.....	92
II.2.2	Critères d'exclusion .....	92
<i>II.3</i>	<i>Recrutement des patients.....</i>	<i>92</i>
<i>II.4</i>	<i>Recueil de l'information.....</i>	<i>92</i>
II.4.1	Données sociodémographiques .....	93
II.4.2	Instruments d'évaluation par auto-questionnaire : .....	93
<i>II.5</i>	<i>Analyse statistique .....</i>	<i>100</i>

## **PARTIE III RESULTATS**

<b>I.</b>	<b>ANALYSE DESCRIPTIVE .....</b>	<b>103</b>
<i>I.1</i>	<i>DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES .....</i>	<i>103</i>
<i>I.2</i>	<i>ANTECEDENTS.....</i>	<i>104</i>
<b>II.</b>	<b>ANALYSES COMPARATIVES .....</b>	<b>105</b>
<i>II.1</i>	<i>Analyses comparatives entre patients du groupe dépression de perte et patients du groupe dépression d'épuisement.....</i>	<i>105</i>
II.1.1	Comparaison qualitative en fonction de la présence d'alexithymie	105

II.1.2 Comparaison des scores moyens en termes d'âge, anxiété, alexithymie et résilience en fonction de la présence de chaque trait de personnalité. 107

II.2 Analyses des relations entre Alexithymie, résilience et personnalité dans notre population totale de patients dépressifs ..... 111

II.3 Analyses des relations entre résilience, personnalité et anxiété dans notre population totale de patients dépressifs. .... 111

## **PARTIE IV DISCUSSION**

### **I. BIAIS ..... 114**

I.1 Biais de sélection..... 114

I.2 Biais de passation..... 114

I.3 Biais inhérents à l'auto-questionnaire de personnalité TCI-125..... 115

### **II. LIMITES ..... 115**

### **III. DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS A L'ANALYSE DES ELEMENTS SOCIODEMOGRAPHIQUES.. 115**

### **IV. DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS A L'ANALYSE COMPARATIVE DES DEUX GROUPES DE PATIENTS DEPRESSIFS EN FONCTION DE LA PRESENCE D'ALEXITHYMIE ..... 116**

### **V. DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS LORS DE L'ANALYSE COMPARATIVE DES TRAITS DE PERSONNALITE ..... 117**

### **VI. DISCUSSION SUR LES RELATIONS ENTRE ALEXITHYMIE , RESILIENCE ET PERSONNALITE..... 121**

CONCLUSION.....124

ANNEXES.....126

BIBLIOGRAPHIE.....147

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....163

TABLE DES TABLEAUX.....164

SERMENT D'HIPPOCRATE.....165

# INTRODUCTION

Du fait de sa fréquence et du poids des conséquences qu'elle entraîne en termes de handicaps sociaux, familiaux, professionnels et de coût, la dépression pose un problème majeur de santé publique. Bien que nous assistions depuis ces dernières années, à des avancées très importantes sur la connaissance et les traitements de cette maladie, elle reste un champ de la psychiatrie à approfondir.

Dans l'objectif de trouver le meilleur consensus sur les critères diagnostiques spécifiques de cette pathologie, on assiste à la publication de manuels standardisés de référence tels le DSM-4-TR [1] et la CIM-10 [2]. L'objectif étant de pouvoir faciliter le diagnostic afin de poser la meilleure indication thérapeutique possible. Cependant la dépression possède de multiples facettes au niveau de la psychopathologie, des supports biologiques, et des modalités d'expression. Ces facettes peuvent s'expliquer par l'interaction avec d'autres variables plus ou moins indépendantes de l'épisode dépressif. Il est probable qu'une meilleure compréhension de ces variables puisse permettre d'améliorer la prise en charge aussi bien sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique.

Notre étude va s'intéresser à l'épisode dépressif majeur tel qu'il est décrit dans le manuel DSM-IV-TR. Nous allons cependant discriminer deux types de dépression en fonction des modalités étiopathogéniques et des approches explicatives. Nous définissons ainsi la dépression de perte qui se base essentiellement sur les travaux psychanalytiques de S.Freud [3] [4].

Nous définissons aussi la dépression d'épuisement, c'est-à-dire un épisode dépressif faisant suite à l'épuisement des capacités d'adaptation de l'individu, lorsque le stress devient trop important et chronique. Cette approche permet de prendre en compte les nombreux événements et

contraintes de la vie qui augmentent les activités des systèmes physiologiques jusqu'à un point de rupture, à partir de réponses en chaîne impliquant des « maillons faibles ». Le point de rupture conduit à l'épuisement des capacités physiologiques et psychologiques de l'individu et semble propice au développement de troubles dépressifs.

Notre étude va s'intéresser aussi à comprendre les liens entre la dépression et différentes variables. Nous insisterons sur le rôle et les liens de l'Alexithymie avec la dépression. Nous prendrons en compte aussi l'influence de la personnalité, l'anxiété et la résilience.

# **PARTIE I**

## **ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES**

## **I. Rappels généraux sur la Dépression**

Les états dépressifs représentent une pathologie fréquente avec une prévalence de 5 % en population générale mais aussi un trouble récidivant : 50 % des patients récidivent dans les 2 ans et 75 % à plus long terme. Les récurrences augmentent le risque suicidaire, accroissent la vulnérabilité dépressive et réduisent la qualité de la réponse thérapeutique ; 20 % des patients souffrent de dépression chronique. La multiplicité des expressions cliniques comporte des formes atypiques ou trompeuses et la diversité symptomatique qui varie en fonction de l'âge rend le diagnostic parfois délicat. Les troubles dépressifs sont au troisième rang des maladies handicapantes ; ils constituent une préoccupation majeure de santé publique.

### **I.1 Historique**

#### **I.1.1 La dépression endogène et dépression exogène**

La dichotomie endogène-exogène a longtemps été utilisée et s'inspire de la classification de Kraepelin [5]. Elle distingue cinq formes cliniques :

- la psychose maniacodépressive ou dépression endogène ;
- la dépression névrotique ou dépression exogène ;
- la dépression d'involution ;
- la dépression symptomatique d'une autre affection ;
- la personnalité dépressive.

Dans l'opposition endogène-exogène, la mélancolie de la psychose maniacodépressive est la dépression de référence. Elle est caractérisée par une dépression endogène, d'origine constitutionnelle dont l'évolution est autonome avec des récurrences spécifiques marquées par des signes d'endogénéité : ralentissement psychomoteur, idées de culpabilité, amaigrissement, signes végétatifs, peu ou pas de réactivité à l'environnement. La dépression exogène

est caractérisée par l'absence de critère d'endogénéité, sa survenue est réactionnelle à des facteurs d'environnement qui modulent l'humeur dépressive, conférant un caractère « relationnel » aux plaintes du déprimé. Si l'amélioration est possible dans le temps, l'humeur dépressive varie aussi avec les contingences environnementales mais en définitive demeure. La dépression exogène ou psychogène est distinguée en deux formes, la dépression réactionnelle à un événement extérieur déclenchant, et la dépression névrotique liée à des conflits internes ou à un dysfonctionnement de la personnalité. La difficulté de cette distinction obligeait à utiliser, dans de nombreux cas, le diagnostic de dépression névrotico-réactionnelle.

Cette dichotomie, trop simple au regard de la complexité et de l'hétérogénéité clinique et étiologique des états dépressifs, fut mise en doute de longue date et infirmée par des études systématiques et des analyses statistiques qui rejettent cette dichotomie en l'absence de distribution bimodale des dépressions.

En effet, si ces études retrouvent un profil symptomatique caractéristique de la dépression endogène, elles ne mettent pas en évidence de facteurs névrotico-réactionnels distincts dans la dépression psychogène. Ainsi, dans la dépression endogène où les facteurs biologiques prévalent, les facteurs d'environnement et de personnalité interviennent également pour favoriser leur survenue ou prolonger l'évolution de l'état dépressif.

Cette dichotomie fut donc rejetée au profit d'une conception nosologique unitaire des troubles dépressifs avec continuité possible entre unipolarité et bipolarité, envisagée par Perris [6]

### **1.1.2 Dépression unipolaire et bipolaire**

La distinction dépression unipolaire et dépression bipolaire dans la classification des dépressions s'appuie sur la sémiologie dont l'élément fondamental est l'existence d'un accès maniaque, hypomaniaque ou mixte qui signe la bipolarité. Il peut survenir lors d'un premier épisode du trouble bipolaire mais apparaît, le plus souvent, dans l'évolution d'une dépression jusque-là

reconnue comme unipolaire. Cette distinction est confortée par l'épidémiologie, la dimension génétique, et la réponse à la thérapeutique.

Dans la dépression unipolaire, la prévalence, en population générale, est de 5 %, le sex-ratio est de deux femmes pour un homme, les épisodes dépressifs sont moins aigus, moins précoces, moins fréquents, sans dimension familiale tangible et sans signe d'endogénéité. La prévention par les antidépresseurs est proposée.

Dans la dépression du trouble bipolaire, la prévalence en population générale est de 1 %, le sex-ratio est égal à 1, les accès dépressifs sont plus aigus, plus précoces, plus fréquents, avec des signes d'endogénéité le plus souvent présents. La dimension génétique implique un risque de morbidité statistique en fonction de la parenté. Il est de l'ordre de 10 % pour les parents de 1er degré d'un patient souffrant d'un trouble bipolaire I

### **Troubles unipolaires**

On distingue :

- le trouble dépressif majeur constitué d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire caractérisés. L'intensité légère, moyenne ou sévère est notée de façon globale indépendamment du nombre de critères présents. L'épisode dépressif majeur s'intègre dans un trouble bipolaire lors de la survenue d'un premier épisode maniaque ou hypomaniaque ;

- le trouble dysthymique , caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps, au moins pendant 2 ans, représentant une dépression chronique dont les symptômes ne répondent pas aux critères dépressifs majeurs ;

- le trouble dépressif non spécifié, retenu afin de pouvoir coder les troubles d'allure dépressive qui n'entrent pas dans les catégories précédemment décrites ;

- les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive ou humeur mixte anxieuse et dépressive sont classés dans le chapitre des troubles de l'adaptation.

## **Troubles bipolaires**

On distingue :

- le trouble bipolaire I constitué d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes, le plus souvent accompagné d'épisodes dépressifs majeurs ;
- le trouble bipolaire II constitué d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, accompagnés au moins par un épisode hypomaniaque ;
- le trouble bipolaire III (diagnostiqué dans le DSM IV-TR comme un trouble maniaque induit) qui correspond à des épisodes dépressifs majeurs d'allure mélancolique avec des manies pharmaco-induites ;
- le trouble cyclothymique dont la durée est d'au moins 2 ans. Il est constitué par de nombreux épisodes d'hypomanie, ne satisfaisant pas au critère d'épisode maniaque et d'épisodes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'épisode dépressif majeur ;
- le trouble bipolaire non spécifié, retenu afin de pouvoir coder les troubles avec des caractéristiques bipolaires précédemment décrits.

### **I.1.3 Formes cliniques expérimentales**

À ces différentes formes cliniques décrites, le manuel du DSM IV-TR propose en outre des catégories diagnostiques « à l'essai » qui doivent être validées par les travaux de recherche en cours :

- le trouble dépressif postpsychotique de la schizophrénie ;
- le trouble dysphorique prémenstruel ;
- le trouble dysthymique : amélioration de sa définition ;

- le trouble dépressif mineur : deux symptômes dépressifs présents pendant au moins 2 semaines, nombre insuffisant pour répondre à un épisode dépressif majeur ;
- le trouble dépressif bref récurrent ;
- le trouble mixte anxiété-dépression déjà isolé dans la CIM 10 ;
- la personnalité dépressive : autocritique, tendance à la rumination, vision négative de soi et d'autrui, tendance à la culpabilité et aux remords.

#### **I.1.4 Classification de l'Organisation Mondiale de la Santé : CIM-10 [2]**

Elle ajoute le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux et dépressif mixte.

Elle distingue les mêmes autres catégories en précisant le degré d'intensité, la présence en fonction du nombre de critères présents. Elle précise la présence ou non de troubles psychotiques associés congruents ou non à l'humeur. Elle note l'existence éventuelle d'un syndrome somatique « mélancolique » ou « biologique ».

## **I.2 Critères diagnostiques de dépression**

Les critères les plus connus pour les états dépressifs ont été établis par Feighner [7] et Spitzer [8]

Ces critères ont servi à l'élaboration du DSM III (1980) et des manuels suivants sous la responsabilité de Spitzer (Université de Columbia, New York) en collaboration avec l'Association américaine de psychiatrie.

Chaque trouble ou catégorie est défini par un regroupement caractéristique de critères descriptifs, symptomatiques, permettant aux cliniciens et aux chercheurs de comparer des groupes homogènes de patients. Toutefois, ces regroupements excluent un nombre important de sujets non classables.

### **I.2.1 Critères DSM IV-TR [1]**

L'épisode dépressif majeur correspond à une symptomatologie complète, caractérisée, mais n'implique pas une notion d'intensité. On peut donc avoir une dépression majeure d'intensité mineure.

L'épisode dépressif majeur comprend, depuis au moins 2 semaines :

- un changement par rapport au fonctionnement antérieur du patient et une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres registres importants ;

- l'absence de cause telle qu'une affection médicale, la prise d'une substance ou un deuil ;

- la présence de cinq critères parmi les neuf critères suivants, dont l'un doit être, soit une humeur dépressive, soit une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir :

1. humeur dépressive ;
2. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ;
3. perte ou gain de poids significatif ;
4. insomnie ou hypersomnie ;
5. agitation ou ralentissement psychomoteur ;
6. fatigue ou perte d'énergie ;
7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ;
8. diminution de la capacité à penser ou à se concentrer.
9. pensée récurrente de mort.

Le diagnostic d'épisode dépressif majeur doit préciser, s'il est isolé (F32X dans le DSM) (296.2x : CIM 10) ou récurrent (F33x dans le DSM) (296.3x : CIM 10) (au moins deux épisodes dépressifs majeurs) en spécifiant :

- la sévérité : léger , moyen sévère ;
- s'il est sévère, l'est-il sans ou avec caractéristiques psychotiques ? (idées délirantes, hallucinations) ;
- une congruence à l'humeur des caractéristiques psychotiques ou l'absence de congruence à l'humeur ;
- le niveau de rémission : partielle, complète ;
- la chronicité (présence de l'épisode dépressif majeur pendant au moins 2 ans) ;
- la présence de caractéristiques :

- catatoniques : deux des cinq éléments suivants sont présents : figement moteur, activité motrice excessive sans but, négativisme extrême, mutisme, mouvements volontaires bizarres (maintien de posture), stéréotypes, maniérisme ou mimique grimaçante, écholalie ou échopraxie ;

- mélancoliques : un des éléments suivants est ou a été présent : perte de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ; absence de réactivité aux stimuli habituellement agréables, ainsi que la présence d'au moins trois des éléments suivants : humeur dépressive différente de celle d'un deuil ; dépression plus marquée le matin ; réveil matinal précoce ; agitation ou ralentissement moteur marqué ; anorexie ou perte de poids significative ; culpabilité excessive ou inappropriée ;

- atypiques : réactivité de l'humeur à l'environnement, ainsi que deux des éléments suivants : prise de poids ou appétit accru ; hypersomnie, lourdeur des membres de « plomb » : sensibilité ou rejet dans les relations ;

- début lors du post-partum.

## **II. Dépression de perte**

La notion de perte d'objet et la dépression qu'elle engendre provient essentiellement des travaux psychanalytiques.

La littérature psychanalytique sur les troubles de l'humeur est dominée essentiellement par les travaux de S. Freud. Par une approche psychodynamique. Ils permettent d'enrichir de façon non négligeable, la connaissance psychanalytique du psychisme humain en général.

### **II.1 Travaux de Freud**

Freud emploiera les termes de dépression et mélancolie dans ses œuvres. Ces deux termes seront souvent synonymes, conformément à la tradition allemande.

Avant 1915, on ne retrouve que quelques allusions au concept de dépression. Il suggère le caractère « actuel » de cette pathologie, c'est-à-dire une pathologie liée à l'inadéquation de la satisfaction sexuelle, et donc non reliée, de prime abord, à l'expression symbolique de conflits infantiles. Ainsi, dans la « dépression périodique » (distinguée toutefois de la « mélancolie vraie ») est considérée comme une troisième forme de névrose d'angoisse. Dans le Manuscrit G, qui s'intitule La mélancolie (1895), cette pathologie est mise en rapport avec l'anesthésie sexuelle et Freud suggère sa relation à la neurasthénie, pathologie liée, selon ses conceptions de l'époque, à un excès de masturbation. C'est, semble-t-il, par ce chemin « humoral » que Freud établit le lien entre mélancolie et perte d'objet : « l'affect qui correspond à la mélancolie est celui du deuil, c'est-à-dire le regret amer de quelque chose de perdu. Il pourrait donc s'agir, dans la mélancolie, d'une perte - d'une perte dans le domaine de la vie pulsionnelle ». La mélancolie serait en rapport avec l'arrêt de la « production d'excitation sexuelle somatique » ; il s'agirait d'une « aspiration » des quantités d'excitation, « un appauvrissement en excitation et en réserves libres qui ressemble à quelque hémorragie interne ».

Dans son essai de 1915 [4], Il se penche d'abord sur la clinique de la mélancolie, en constatant à nouveau la similitude des affects chez la personne endeuillée et chez le mélancolique : « humeur dépressive profondément

douloureuse, suppression de l'intérêt pour le monde extérieur, perte de la capacité d'amour, inhibition de toute activité ». Il relève toutefois une note discordante à ce parallélisme : le mélancolique a, de plus, perdu l'estime de soi (perte qui, dans les cas extrêmes, peut prendre la forme d'auto-accusations plus ou moins délirantes). Freud conclut donc que le mélancolique a dû, lui aussi, perdre un « objet d'amour » ; mais que, au lieu de retirer son investissement de l'objet perdu pour le diriger progressivement vers d'autres objets, comme dans les deuils, il s'engage dans un processus de perte de l'amour pour son Moi - il perd, en quelque sorte, son propre Moi : « d'après l'analogie avec le deuil, il nous fallait conclure qu'il [le mélancolique] avait subi une perte quant à l'objet ; ce qui ressort de ses dires, c'est une perte quant à son Moi ».

Dès lors, Freud s'interroge sur les mécanismes par lesquels une perte d'objet se transforme en perte du Moi, et remarque que plusieurs des auto-accusations que le mélancolique porte sur lui-même (sur son « Moi ») sont, en fait, assez peu vraisemblables, les méfaits incriminés étant assez étrangers à sa personnalité ordinaire. Ces auto-accusations ressemblent donc plutôt à des « plaintes » : plaintes contre quelqu'un, ce quelqu'un d'autre qu'est devenu le Moi. Freud formule alors deux questions : qui occupe, en réalité, la place du Moi dans le cas du mélancolique ? Et de qui proviennent les accusations ?

Freud émet l'hypothèse que, si le mélancolique, en perdant un objet, perd son propre Moi, c'est que l'investissement de cet objet s'est retiré dans le Moi de la personne, de sorte que c'est désormais le Moi qui se trouve à la place de l'objet perdu. Dès lors, les auto-accusations sont de véritables accusations : le Moi subit un clivage, une partie du Moi s'adresse à une autre partie (devenue l'objet perdu) en lui présentant les plaintes et les reproches que le Moi aurait voulu porter à l'objet pour son infidélité ou pour son indignité. Freud met cette « partie du Moi qui accuse » en parallèle avec l'« instance critique », la « conscience morale » propre à chaque individu : dans le cas de la mélancolie, la place du Moi est occupée par l'objet perdu, et les auto-accusations (les accusations contre ce Moi qui, par identification, est devenu l'objet) sont portées par cette partie du Moi qui s'en est autonomisée en tant que conscience morale (et que Freud identifiera par la suite en « Idéal du Moi », puis en « Surmoi », dans le cadre de sa seconde théorie topique de l'appareil psychique).

Freud examine aussi les conditions économiques rendant possible une telle issue de la perte d'objet dans la mélancolie, et énonce deux conditions : d'une part, « l'investissement d'objet s'avéra peu résistant, il fut supprimé », d'autre part, « la libido libre ne fut pas déplacée sur un autre objet, mais ramenée dans le Moi ». Ces deux conditions ouvrent pour lui sur la problématique narcissique : « Il faut qu'il existe d'une part une forte fixation à l'objet d'amour, mais d'autre part, en contradiction avec cela, une résistance minimale de l'investissement d'objet. Cette contradiction semble exiger, selon une remarque judicieuse d'O. Rank, que le choix d'objet se soit produit sur une base narcissique, de sorte que l'investissement d'objet, si des difficultés s'élèvent contre lui, puisse régresser au narcissisme. »

Dans les Leçons d'introduction à la psychanalyse, il évoque la mélancolie pour souligner l'importance de la composante narcissique de la vie libidinale et de l'ambivalence : « nous avons reconnu que les auto-reproches par lesquels les mélancoliques se tourmentent de la manière la plus impitoyable s'adressent en fait à une autre personne, à l'objet sexuel qu'ils ont perdu ou qui, par sa faute, s'est dévalué à leurs yeux. Nous avons pu en conclure que le mélancolique a certes retiré sa libido de l'objet, mais que, par un processus qu'il faut bien appeler "identification narcissique", l'objet a été érigé dans le Moi lui-même [...]. Le Moi propre se voit désormais traité comme l'objet abandonné et endure toutes les agressions et manifestations de la vengeance qui étaient destinées à l'objet. Même la tendance au suicide des mélancoliques devient plus compréhensible quand on considère que la rancœur du malade frappe d'un même coup le Moi propre et l'objet aimé-haï. Dans la mélancolie comme dans d'autres affections narcissiques apparaît, de façon très prononcée, un trait de la vie affective que, depuis Bleuler, nous sommes habitués à désigner du terme d'ambivalence. Nous entendons par là le fait de diriger des sentiments opposés, tendres et hostiles, sur une même personne » [3].

## **II.2 Travaux de Mélanie Klein**

M. Klein insiste particulièrement sur certains aspects de ses développements, en rapport avec la pathologie dépressive. Ainsi, l'intériorisation de l'objet se faisant sur un mode d'incorporation (pour M. Klein, l'introjection est un mécanisme très précoce), toute perte ou endommagement ultérieurs signifient

pour le sujet qu'il n'a pas réussi à protéger l'objet (en raison de ses attaques sadiques de la phase antérieure), ce qui entraîne d'intenses sentiments de culpabilité : « Le Moi ne parvient à constituer son amour pour un objet bon, un objet complet, et de plus, un objet réel, qu'en passant par un écrasant sentiment de culpabilité. » De même, les objets incorporés précocement « participent à la fondation du Surmoi et entrent dans sa structure », ce qui rend plus compréhensible « l'implacable sévérité de celui-ci chez le mélancolique ». Par ailleurs, cette nécessité de protéger les objets rend compte de la « haine du Moi pour le Ça », ce dernier étant à l'origine des pulsions sadiques dangereuses pour l'objet, haine qui accroît le sentiment de non-valeur et de désespoir du Moi qui caractérise les états dépressifs. Aussi, pour M. Klein, le mélancolique, dans son suicide, ne cherche pas seulement à tuer ses mauvais objets, « il vise tout aussi bien à sauver ses objets d'amour, qu'ils soient externes ou internes [...] C'est le suicide qui permet au Moi de s'unir avec ses objets d'amour ».

## **II.3 Quelques travaux des dernières décennies**

### **II.3.1 Auteurs de langue anglaise**

Parmi les autres auteurs de langue anglaise, les travaux d'Edith Jacobson sur les états dépressifs, qui s'étendent sur une vingtaine d'années et ont été réunis en un volume au début des années 1970, [9] représentent une des principales contributions non kleinienne sur la question. Son axe d'approche, tout en laissant sa part à la perspective de la relation d'objet, souligne celle du développement du Moi, en rapport avec les identifications. Elle met l'accent sur la baisse de l'estime de soi, dont elle fait une « perte » (appauvrissement du Moi) qu'elle considère comme en rapport avec la pathologie dépressive, même en l'absence de toute perte d'objet.

### **II.3.2 Auteurs de langue française**

En France, dans la vaste étude qu'il a consacrée à la cyclothymie, A. Jeanneau [10] recherche les origines de la pathologie de l'humeur dans les

particularités du rapport à l'objet de ces patients : « une relation exclusive et rigide à la réalité extérieure, à un objet trop extérieur pour permettre à l'introjection d'offrir la médiation indispensable ». Il considère que ce fonctionnement mental se reflète dans la relative pauvreté des productions fantasmatiques et associatives des sujets en dehors des périodes des crises. Tout se passe comme si ces patients se trouvaient confrontés à une prise de conscience trop abrupte de la nécessité vitale de l'objet pour le Moi ; ils assistent alors impuissants à l'écroulement d'une mégalomanie initiale « qui n'existait qu'en s'ignorant ». Le processus du deuil leur est inaccessible parce que, dans le deuil, l'absence de l'objet devient « désignation douloureuse » par un Moi capable de penser soi-même sans lui, alors que, dans la mélancolie, « le Moi perd avec l'objet sa raison d'être » : « toute perte d'objet ne peut être que perte du Moi ».

D'après ces conceptions théoriques, on peut caractériser la dépression de perte, par la réaction dépressive qui fait suite à un événement brutal et unique.

### **III. Du concept de stress à la dépression d'épuisement**

#### **III.1 Notion de stress**

Le concept de stress a une double origine linguistique : celle du vieux français *destrece* qui exprime le vécu subjectif à la confrontation, à la contrainte et celle du terme anglais *stress* issu du précédent et désignant une souffrance matérielle. Il est couramment utilisé dès le XVIIIe siècle avec cette connotation en physique et en industrie. Il indique alors, une force, une pression ou une forte influence qui agit sur un objet, jusqu'à le faire céder.

En 1929, W. Cannon [11] l'utilise en physiologie pour désigner une réaction visant au rétablissement d'une homéostasie perturbée.

Hans SELYE (1907-1982) permettra véritablement son introduction dans le domaine médical. En 1936, il décrira le syndrome général d'adaptation [12]: face aux sollicitations externes, l'organisme effectue des ajustements permanents pour maintenir une stabilité du milieu intérieur. Il est décrit comme un syndrome général non spécifique avec une phase d'alarme et une phase de résistance. Une troisième phase peut apparaître, celle de l'épuisement, lorsque la capacité de réponse de l'organisme est dépassée. Lors de la confrontation à une situation évaluée comme stressante, il y a une libération d'hormones par la glande médullosurrénale : les catécholamines. Ces hormones ont pour effet d'augmenter la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température corporelle, la vasodilatation des vaisseaux des muscles, le niveau de vigilance. Elles permettent de préparer l'organisme à réagir : c'est la phase d'alarme. Dans un second temps, l'axe corticotrope va intervenir avec la sécrétion de glucocorticoïdes. Ces derniers auront pour objectif de permettre à l'organisme de mobiliser les ressources énergétiques nécessaire pour faire face au stress. Elles augmentent le taux de sucres dans le sang pour les besoins en énergie des muscles, du cœur et du cerveau. C'est la phase de résistance. Si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, on peut observer un débordement des capacités d'adaptation de l'organisme. C'est la phase d'épuisement. Elle correspond aussi à l'état de stress chronique. Sur le plan biologique on observe

une augmentation de la sécrétion de glucocorticoïdes. Il faut noter que ces derniers ont la particularité de freiner leur propre sécrétion par rétrocontrôle négatif effectué au niveau du système nerveux central. Malheureusement dans cette phase, le système de rétroaction devient inefficace. Les récepteurs du système nerveux central deviennent moins sensibles aux glucocorticoïdes, dont le taux augmente constamment dans le sang. L'organisme, constamment activé va finir par s'épuiser.

L'épuisement de la capacité d'adaptation, lorsque le stress est trop important ou prolongé, pourrait aboutir à la maladie. Il existerait un lien entre stress et maladie par la notion de pathologie de l'adaptation.

En 1950, SELYE nomme les agents stressants les stressors ou stressseurs et le stress comme l'interaction entre le stimulus et la réponse non spécifique.

En 1952, F.ALEXANDER, fondateur de l'école de psychanalyse de Chicago, enrichit le concept de sa dimension psychologique. Il fait intervenir un niveau complémentaire, celui du conflit potentiel entre la conduite biologique « naturelle » de l'individu sollicité par l'environnement (l'agression ou la fuite), et sa possibilité de s'adapter en fonction des contraintes sociales. Il se produit ainsi un écart entre le comportement biologique (se battre ou fuir), et la conduite sociale que la personne se trouve obligée d'adopter (ne pas pouvoir se déplacer ou manifester une activité). En fait l'adaptation biologique s'épuise lorsque le comportement biologique s'oppose à la conduite sociale que le sujet doit adopter.

Dans les courants actuels en neurobiologie du stress, on peut citer MAC EWEN, [13] : Les termes de stress aigu et stress chronique sont remplacés par les concepts d'allostasie et de charge allostatique. L'allostasie fait référence aux deux premiers stades de Selye : c'est un état qui permet « l'adaptation grâce au changement » via la sécrétion de catécholamines et de glucocorticoïdes. Il s'agit d'une réaction d'adaptation brève, protectrice pour l'organisme. L'exposition chronique à ces hormones de stress va peu à peu aboutir à l'accumulation d'une charge allostatique qui a des conséquences physiopathologiques sur l'organisme ( Mac Ewen,1999,2003).

Le stress représente un processus complexe qui implique différents systèmes en interaction. Son espace s'étend bien au-delà de celui du corps propre et

associe celui de l'altérité. Sa temporalité intègre la dimension de la mémoire et de l'anticipation. On distingue, en première approximation, les stress « cognitifs », c'est-à-dire reconnus directement par le système nerveux central (événements psychiques, émotions, etc.) des stress « non cognitifs » (traumatismes et blessures physiques, infections et inflammations) qui enclenchent le processus en interne, mais peuvent également être perçus de façon secondaire. En fait, le terme cognitif pose la question du traitement des perceptions par différents systèmes de mémoire, traitement qui lui-même dépend du contexte émotionnel et physique, et donc du stress ! En outre, des stress « non cognitifs » auront un retentissement sur le système nerveux qui peut s'exprimer sous une forme psychique. Un exemple classique en est la souffrance cardiaque qui alerte psychiquement la personne sous la forme d'une angoisse intense. Une différenciation stricte a donc un caractère un peu illusoire.

### **III.2 Variété des stress**

Vouloir aborder les effets du stress et les mécanismes d'ajustement qui y participent nécessite de définir précisément ses caractéristiques. Ses effets sont en effet très différents en fonction de sa durée, de sa répétition et de son intensité, mais aussi de sa qualité. Nous verrons également l'influence des facteurs personnels et de contexte.

Concernant la durée, on distingue les événements stressants aigus (durant quelques minutes, comme un saut en parachute ou un exercice de dialogue ou de mathématiques), les stress courts (examens...), le deuil et les traumatismes où un état de stress aigu est parfois suivi d'un état de stress post-traumatique (ce qui signifie l'échec du processus d'ajustement et d'intégration) et les stress chroniques qui sont d'abord ceux qui changent les identités et les rôles sociaux. Ces derniers peuvent durer des mois, voire des années à la fois dans le contact direct avec la situation stressante ou de façon réactivée par la réalité à partir d'une blessure psychologique non cicatrisée. Des facteurs comme notamment le bruit, le confinement, la précarité peuvent intervenir en relation avec ces stress.

Suivant leur qualité, les événements traumatiques ne produisent pas le même impact. Le risque sera plus important en cas de viol, de deuil, de torture

ou de séjour dans un camp de prisonniers que dans celui d'un accident de voiture ou de catastrophe naturelle [14].

Chaque situation a sa propre particularité. Dans le cas du viol, par exemple, de nombreux facteurs sont susceptibles d'intervenir tels que la pénétration ou non, la nature de l'agresseur (faisant partie de la famille, des proches ou des connaissances), le nombre des agresseurs, les éventuelles armes utilisées, etc. [15].

Ces deux grands axes, quantité et qualité, interviennent en relation avec des variables individuelles (en particulier l'âge de la personne, sa capacité ou non de réagir...), sa perception de l'événement dans l'après-coup, son environnement relationnel. L'âge auquel le sujet est soumis au stress fait intervenir toute une série de facteurs. Par exemple, aux stades précoces du développement, l'immaturation neurologique, la dépendance vis-à-vis de l'environnement, l'absence d'expérience sont des facteurs très importants. À un âge avancé, l'expérience s'est constituée, mais l'organisme s'est fragilisé et le soutien social peut s'être réduit.

Ces différents aspects conduisent de fait à la fois à reconnaître le rôle majeur du stress et à le démembrer dans son aspect le plus global.

Ainsi, toute approche pertinente du stress exige paradoxalement de ne pas se satisfaire de l'extension de l'usage du concept de « stress » dans la culture générale, qui a transformé ce mot en un terme ambigu, mais de décrire les facteurs de vulnérabilité et de résilience (modérateurs), ainsi que les modalités selon lesquelles la personne et son organisme interagissent avec les difficultés psychosociales, environnementales et physiques, mais aussi utilisent leurs potentialités favorables.

Un terme accompagne souvent celui de stress : l'adaptation (et son pendant négatif, l'inadaptation), traduisant l'aboutissement d'un processus qui a réussi ou, au contraire, échoué. Ce terme n'est pas davantage satisfaisant si son contenu n'est pas précisé. En effet, l'adaptation apparente peut masquer au niveau somatique un système dérégulé et, au niveau psychique, une souffrance

persistante, un conflit profond. Elle peut ainsi s'appuyer de fait sur des équilibres biologiques très instables, utilisant toutes sortes de suppléances (en particulier les addictions et les comportements addictifs) comme des béquilles, des comportements inapparents (comme le retrait) pour éviter la confrontation au stress, sans parler des symptômes socialement peu visibles (comme les troubles du sommeil).

### **III.2.1 Ajustement par les systèmes physiologiques, ajustements psychique et comportemental.**

Ces deux aspects sont évidemment associés dans une perspective biologique globale, mais ils seront présentés de façon séparée car ces deux grands niveaux de réponse jouissent chacun d'une certaine autonomie l'un par rapport à l'autre.

#### **Systèmes physiologiques**

Le maintien de l'homéostasie de l'organisme vivant est assuré, chez les mammifères, par quatre grands systèmes de communication et d'intégration : système nerveux central (SNC) et autonome (SNA), système endocrinien et système immunitaire. Ces quatre systèmes ont longtemps été considérés comme indépendants, mais de nombreuses données récentes montrent qu'ils communiquent entre eux de façon très précise. Cette communication se réalise grâce à la production de médiateurs communs (hormones, cytokines, neuromédiateurs, neuropeptides) et à la présence de récepteurs spécifiques à chacun d'eux [16].

Du fait de la communauté des voies empruntées, et des médiateurs et récepteurs utilisés, des stress de nature différente (physique, psychologique, infectieuse ou toxique) peuvent avoir des effets convergents. Chaque système est soumis à un ensemble de facteurs d'activation, mais également de régulation. Un déficit à ce niveau peut avoir des conséquences graves. Ainsi, par exemple, le système immunitaire assure un rôle de surveillance et d'intervention, y compris au niveau cérébral. Une réponse excessive du système glial (une des

composantes cellulaires du système immunitaire) peut avoir des effets délétères sur les neurones. Cette communauté d'effets qui peuvent se déréguler si les boucles de rétroaction ne remplissent plus leur rôle (en particulier celle qui implique les corticoïdes) conduit réciproquement à considérer comment des actions thérapeutiques de natures différentes (comme une réduction du stress, une action psychologique et une action sur une neurohormone dont le rôle est central comme le corticotropin releasing factor [CRF]) peuvent conjuguer leurs effets.

### Voies afférentes

Les facteurs de stress physiques (douleur, froid, bruit, espace, etc.) transmettent des signaux nerveux par l'intermédiaire de fibres sensibles. Les points d'impact du stress dans le cerveau sont les neurones adrénérgiques, noradrénérgiques et sérotoninergiques dans des structures telles que le locus coeruleus, les noyaux du raphé, les noyaux hypothalamiques paraventriculaires, et les noyaux limbiques. L'activation des neurones des noyaux paraventriculaires hypothalamiques conduit à la libération de la corticotropin releasing hormone (CRH), ainsi que de la vasopressine, ou hormone antidiurétique, qui augmente la pression artérielle. La CRH, transportée vers l'hypophyse par les vaisseaux du système porte hypothalamo-hypophysaire, est à l'origine de l'activation de l'axe du stress.

Les infections et inflammations provoquent la libération de cytokines inflammatoires qui vont stimuler les cellules de la barrière hématoencéphalique, stimulation qui est transmise dans le tissu nerveux et aboutit à l'activation de l'axe de stress. La communication entre les systèmes nerveux et immunitaire se fait également par l'innervation, en particulier par le nerf vague et les voies adrénérgiques et noradrénérgiques du tronc cérébral. Ces deux types de stimulation permettent de modifier l'activité du système nerveux et d'induire des modifications globales comportementales telles que le « comportement de maladie ».

Le comportement de maladie se caractérise par des manifestations globales physiques et comportementales telles que la fatigue, la somnolence, l'anorexie, un désintérêt pour l'environnement. Il représente un ensemble réactionnel cohérent aux plans métabolique, physiologique, comportemental et psychique, et tout aussi adapté face à un agent infectieux que la réaction de peur face au danger [17].

En ce qui concerne le stress émotionnel et social, le signal est interprété par les structures supérieures telles que le cortex et le système limbique, puis l'activation de neurones sérotoninergiques et gabaergiques transmet le signal aux neurones à CRH des noyaux paraventriculaires de l'hypothalamus, ce qui enclenche le processus général du stress.

Voies efférentes

#### Systeme neuroendocrinien

La CRH a, en elle-même, de très nombreux effets dans le registre physiologique : augmentation de la pression sanguine et tachycardie, réduction de l'activité gastro-intestinale, suppression (démontrée chez le rat) de l'activité splénique des cellules NK (natural killer ) et, au niveau comportemental : réaction de désespoir ressemblant à celle qui accompagne la rupture du lien d'attachement chez le singe, réduction de l'interaction sociale, de l'appétit, de la réceptivité sexuelle, du déplacement et augmentation des comportements de toilette chez le rat, réduction des ondes lentes du sommeil et de l'hormone de croissance chez l'humain [18].

Son action se poursuit par la libération, à partir de l'hypophyse, d'adrenocorticotropin hormone (ACTH) et d'endorphines. L'ACTH libérée dans la circulation générale stimule les surrénales qui vont synthétiser des glucocorticoïdes. Ceux-ci ont de multiples actions au niveau métabolique (foie, tissu musculaire, tissu adipeux) et une action de rétrocontrôle au niveau du fonctionnement du système nerveux central et de l'hypophyse. Ainsi, par retour, via la voie sanguine, le cortisol peut agir notamment sur l'hypothalamus et

l'hippocampe. Riches en récepteurs aux corticoïdes, les neurones hippocampiques sont activés, ce qui favorise la mémorisation. Mais ils peuvent aussi subir un processus dégénératif sous l'effet de concentrations locales excessives en glucocorticoïdes. Le stress accroît cet effet toxique en induisant localement une augmentation du nombre des récepteurs des glucocorticoïdes. Ce processus peut engendrer une toxicité du fait d'une libération accrue des acides aminés excitateurs. Les populations neuronales les plus touchées par ce processus sont les neurones pyramidaux de l'hippocampe, région-clé des processus de mémorisation et d'apprentissage. Fortement impliquée dans la perception de la peur et de l'anxiété, l'amygdale, également riche en récepteurs aux corticoïdes, répond à une augmentation locale des corticoïdes en libérant de la CRH. Les effets de la CRH sont modulés par la vasopressine et par certaines cytokines.

D'autres hormones que le cortisol sont impliquées. Ainsi en est-il de l'hormone de croissance (GH) dont la perturbation s'exprime au niveau du développement staturopondéral d'enfants soumis à un stress chronique (nanisme psychosocial), de l'hormone thyroïdienne (TSH) susceptible de s'emballer dans certains stress intenses, des hormones sexuelles (FSH et LH), de la prolactine, de l'hormone mélanotrope (MSH) qui régule l'intensité de la pigmentation, des  $\beta$ -endorphines (douleur) et de l'ocytocine-vasopressine.

### *Systèmes sympathique et parasympathique*

En 1937, Walter Canon [11] précise le fonctionnement du système sympathique et de la médullosurrénale dans la sollicitation des composés énergétiques pour se préparer à l'action. Le rôle du SNA s'étend à l'ensemble du contrôle de l'homéostasie du milieu intérieur. Il concerne notamment les muscles lisses, le cœur et les vaisseaux, les poumons et le système digestif, mais aussi les glandes endocrines et un certain nombre de cellules aux propriétés de défense de l'organisme. Le sympathique est mis en jeu dans des situations d'urgences ou d'émotions fortes, comme la peur ou la colère, mais également au

niveau des organes lors des épisodes de souffrance tissulaire. En revanche, le parasymphatique est actif au repos et lors des phases de récupération. On compare généralement le rôle réciproque de ces deux systèmes à une double action accélérateur/frein qui assure une régulation précise.

### Systeme immunitaire

De nombreux travaux réalisés sur le sujet humain confirment la sensibilité des réponses immunes aux événements de vie et aux états émotionnels [19] ; [17]. Ces travaux sont habituellement menés soit sur des individus normaux soumis à des agressions aiguës ou chroniques, sous la forme d'événements de vie ou d'agressions expérimentales dans les conditions contrôlées du laboratoire, soit chez des malades atteints de troubles psychiatriques ou somatiques. La variable dépendante est représentée par la réponse immune elle-même, mesurée habituellement à partir de la réactivité des globules blancs circulants, ou par la sensibilité à divers processus pathologiques (infections respiratoires, cancer, syndrome d'immunodéficience acquise [Sida], par exemple). L'exposition aiguë à une situation difficile a des conséquences sur l'immunité. Plusieurs études ont démontré que des stress brefs tels que des examens avaient des conséquences immunitaires et que, et cela est important, ces changements immunitaires pouvaient avoir un impact sur des troubles infectieux et sur la vaccination. Chez des étudiants en première année de médecine, des chercheurs américains ont montré une diminution de la production d'interféron leucocytaire, ainsi que du pourcentage de cellules tueuses naturelles et de leur activité cytotoxique, au cours de la période des examens. Chez les veufs dont l'épouse est décédée à la suite d'un cancer, une diminution de la prolifération lymphocytaire en réponse à des mitogènes non spécifiques a été mise en évidence dans les semaines qui suivent la mort du conjoint, par rapport aux valeurs observées avant le deuil. Cette étude fait apparaître l'existence potentielle d'un facteur associé, la dépression, dans la modification immunitaire. Cette situation a été retrouvée dans les situations de confinement (10 jours dans un espace réduit tel qu'une station orbitale ou un sous-marin) où ce sont les sujets présentant une altération de l'humeur qui ont présenté une détérioration immunologique liée au stress [20].

Les conséquences des événements de vie sur les défenses immunes sont modulées par les stratégies d'ajustement comme le montre une étude réalisée en Angleterre sur des employés de bureau. Le pourcentage de troubles respiratoires d'origine infectieuse est plus élevé chez les personnes ayant été exposées au cours des douze derniers mois à de nombreux événements de vie, par rapport aux personnes exposées à un petit nombre d'événements de vie. Mais la différence n'est apparente que chez les sujets recourant à un style cognitif vigilant pour faire face aux problèmes auxquels ils sont confrontés.

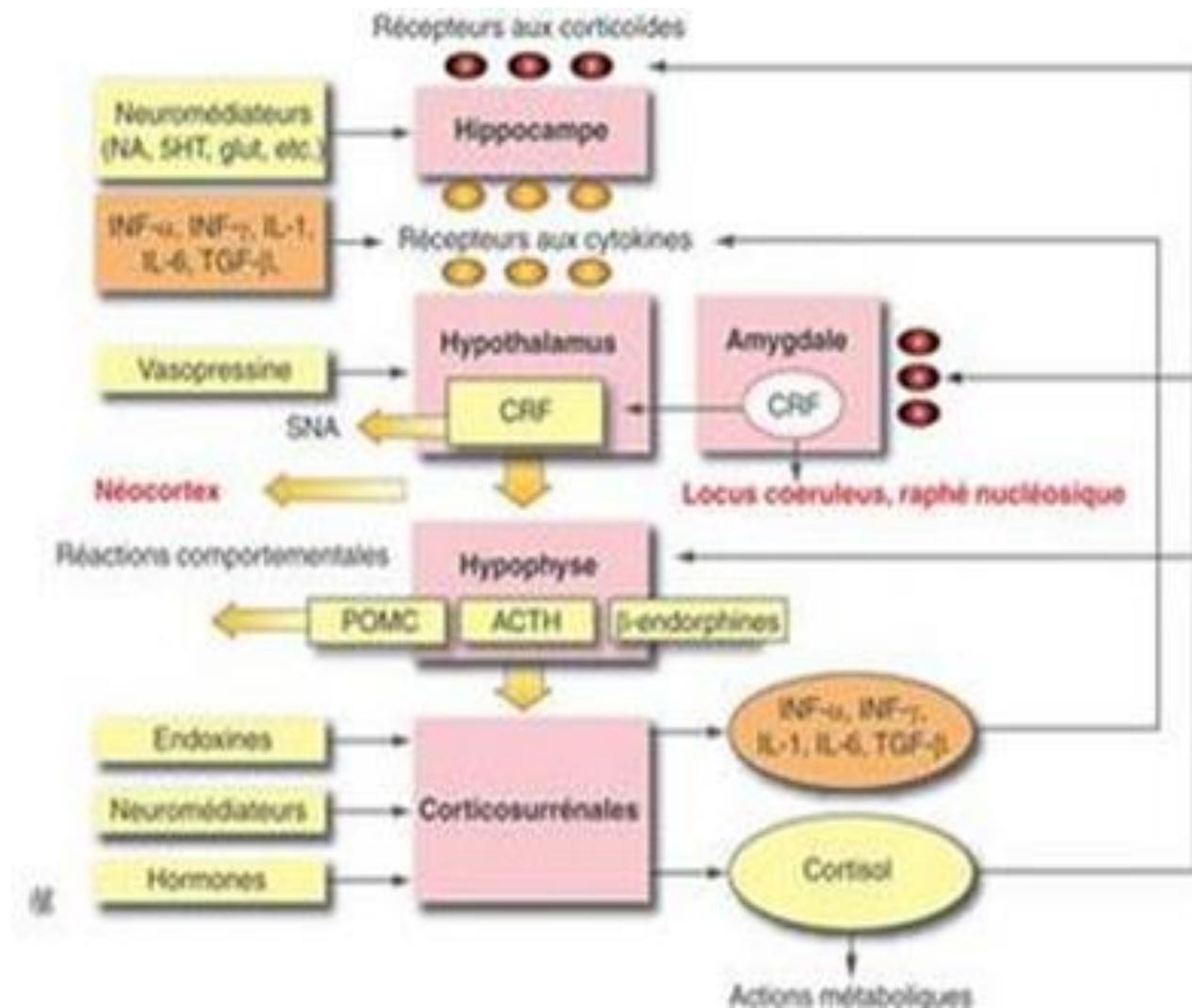
### Interactions entre systèmes

Il existe une interaction entre le système nerveux central, le système endocrinien, le système autonome et le système immunitaire. Les interactions entre le SNC, le stress et le système immunitaire sont mieux connues, en particulier le rôle qu'y jouent les cytokines sur les cellules neuronales ainsi que comme agents de liaison et de médiation entre les deux systèmes [21]. Le cortisol apparaît non seulement comme une hormone produite par la corticosurrénale, mais également comme un médiateur possédant des affinités physiologiques avec les récepteurs du système nerveux autonome. La libération par les surrénales de glucocorticoïdes inhibe la réponse inflammatoire et permet de contenir la réaction immunitaire. En outre, tout comme les vaisseaux sanguins, les organes lymphoïdes reçoivent une innervation à prédominance sympathique qui peut exercer un rôle immunomodulateur. Réciproquement, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) est sensible à l'action complexe des cytokines, qu'elles soient produites dans le SNC ou acheminées par voie sanguine du fait de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique dans la région hypothalamique, ainsi qu'à l'action du système nerveux autonome (SNA). Les cytokines peuvent être mobilisées au niveau biologique par des stress a priori très hétérogènes (psychique, infectieux, toxique, traumatique) et peuvent intervenir comme de véritables neuromédiateurs, avoir une expression cliniquement détectable sous la forme de sensations psychiques (fatigue, sommeil...), voire de comportements adaptatifs (« de maladie »), participer à des activités mentales telles que la mémoire, mais aussi - à des concentrations extraphysiologiques - au déclenchement d'authentiques dépressions. De plus,

alors que, dans des circonstances normales, les systèmes adrénrgiques peuvent influencer l'amplitude des réponses de l'axe HPA, chez les sujets déprimés, l'axe HPA devient autonome de l'influence noradrénrgique [22].

Cet aspect « central » des interactions doit être complété par le fait qu'elles se retrouvent au niveau local dans certains « organes » comme la peau, le cœur et l'intestin. Dès lors, il n'est plus possible de raisonner selon le schéma classique d'un centre unique d'information et de décision situé dans le cerveau, mais plutôt d'un ensemble « d'organes » de gestion locale du stress, utilisant les mêmes médiateurs et cascades de réactions, et en relation réciproque avec le cerveau. Celui-ci a un rôle de régulation, mais il est également en charge d'activités spécifiques de deux ordres. Les premières concernent la gestion propre du stress émotionnel et son utilisation, notamment pour les activités de mémorisation. Les secondes se situent au niveau de l'organisation comportementale associée aux troubles somatiques dont le cerveau est informé (par exemple, sous la forme d'une fièvre et d'une anorexie devant une infection, d'une fatigue si une anomalie cardiaque s'exprime). Tout cela conduit à la perspective d'une biologie intégrée impliquant l'information et la coopération entre différents acteurs pour produire la réponse la plus adéquate possible à un événement réalisé ou prévu.

**Illustration 1** : Représentation schématique générale des interactions, notamment neuro-immunologiques, dans le fonctionnement de l'axe du stress



### **III.3 Ajustements psychiques et comportementaux : mécanismes de défense, de coping et addictions**

La capacité personnelle de répondre à des situations de stress n'est pas limitée à un ensemble de réponses biologiques étroitement interconnectées et modulées. Elle s'exprime aussi chez l'humain à partir d'actions psychiques et physiques qui s'organisent en mécanismes de défense et activités de coping (terme traduit en français par ajustement). La distinction entre mécanismes de défense et d'ajustement est assez récente. Freud [23] introduit les mécanismes de défense en 1894. Ils visent à traiter une « représentation inconciliable comme « non arrivée », « à faire de cette représentation forte une faible, à lui arracher l'affect, la somme d'excitation dont elle est grevée ».

Cette élaboration sera intégrée dans l'approche originale des défenses du Moi dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV) [1] et prolongée par les travaux de nombreux psychanalystes. En résumé, les mécanismes de défense sont inconscients dans leur essence tout en pouvant devenir partiellement conscients dans leurs manifestations. Ils comprennent notamment le refoulement, l'évitement, l'intellectualisation et le déplacement, les distorsions de la réalité, la projection, le déni, la dissociation, la répression affective. Ils concernent à la fois la relation à la pulsion et la relation à la réalité (comme dans le cas, chez une femme, du déni de l'abandon par un homme auquel elle s'est donnée pour la première fois, relaté par Freud et, plus généralement, des réactions au trauma). Ces mécanismes de défense ont été précisément définis, dénombrés, classés, ce qui leur a permis d'être opérationnalisés pour la recherche [24]. Leur évolution générale (des plus immatures aux plus matures comme l'humour, l'anticipation et la sublimation) peut être évaluée, de même que leur nature, orientée davantage sur les perceptions ou les contenus symboliques [25].

Les mécanismes de défense et d'ajustement (coping ) vont prendre des routes différentes dans les années 1980 avec Lazarus [26]et Folkman [27]. La

théorie cognitive du stress à laquelle ils se réfèrent est relationnelle et orientée sur la dynamique des interactions. La caractéristique relationnelle apparaît dans la définition même du stress : « une relation entre la personne et l'environnement qui, suivant l'évaluation qu'en fait la personne, exige un recours excessif à ses ressources ou dépasse ses possibilités de réponse et met en danger son bien-être ». Cette définition relationnelle se distingue des approches suivant lesquelles le stress est défini comme un stimulus, tel qu'un examen, un choc, une intervention médicale nuisible, comme le produit d'un conflit psychique centré sur les besoins, les motivations, les pulsions ou les croyances de la personne, ou comme une réponse telle qu'un éveil physiologique ou une détresse subjective. Le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement. Le fait qu'elle soit orientée sur la dynamique des interactions a deux significations en relation avec la théorie cognitive du stress : d'abord la personne et l'environnement sont dans une relation dynamique qui est en changement permanent et ensuite la relation est bidirectionnelle entre la personne et l'environnement, l'un agissant sur l'autre [28]. Cette approche distingue une évaluation cognitive primaire et une évaluation secondaire de la situation. L'évaluation primaire considère si la situation est sans importance, positive, menaçante ou si elle comporte un enjeu. Elle repose pour l'essentiel sur des croyances de base. L'évaluation secondaire traite la question « Qu'est-ce que je peux faire ? » et devient critique quand la première appréhension est celle d'une blessure, d'une perte ou d'une menace. Elle implique des ressources d'ajustement physiques, sociales, psychologiques et matérielles.

Les conduites d'ajustement se réfèrent aux « efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui sont produites par la transaction stressante ». L'ajustement est ainsi défini indépendamment du résultat (réussite ou échec). Dans cette perspective, le travail d'ajustement remplit deux fonctions essentielles : la régulation des émotions ou de la détresse (ajustement centré sur les émotions) et la résolution ou la modification du problème qui est la source du stress (ajustement centré sur le problème).

L'ajustement centré sur l'émotion peut quelquefois se faire en modifiant la signification d'un résultat, ou encore s'exprimer à travers le déni, le retrait, l'utilisation de drogues. Il s'agit de comportements dirigés vers le soulagement de la détresse intérieure. Ce mode de réponse semble significativement peu favorable.

L'ajustement centré sur le problème est utilisé par la personne pour contrôler la relation difficile qu'elle entretient avec l'environnement. Il s'exprime par une recherche active de solutions au problème existant, incluant la recherche d'information et l'élaboration de stratégies alternatives, la prise de décision et l'action directe.

Théoriquement, l'efficacité des efforts centrés sur le problème dépend largement du succès des efforts centrés sur l'émotion. Sinon, les émotions violentes gêneront l'activité mentale de recherche de solution. C'est pourquoi les ajustements doivent être associés dans les situations les plus stressantes [29]. En outre, il existe de nombreux exemples où la recherche d'une solution se heurte à un conflit dans les choix qui peut lui-même être source de stress. La façon dont le contrôle peut intervenir sur le résultat d'une action (par exemple, en permettant un travail ou une attitude durable, qui contribueront à son succès) est également à prendre en compte ; de même pour une émotion positive qui facilitera la réalisation de l'action. De véritables cercles vicieux ou vertueux de renforcement des effets de l'évaluation d'une situation en fonction des expériences antérieures peuvent ainsi se constituer.

### **III.4 Rupture des capacités d'ajustement**

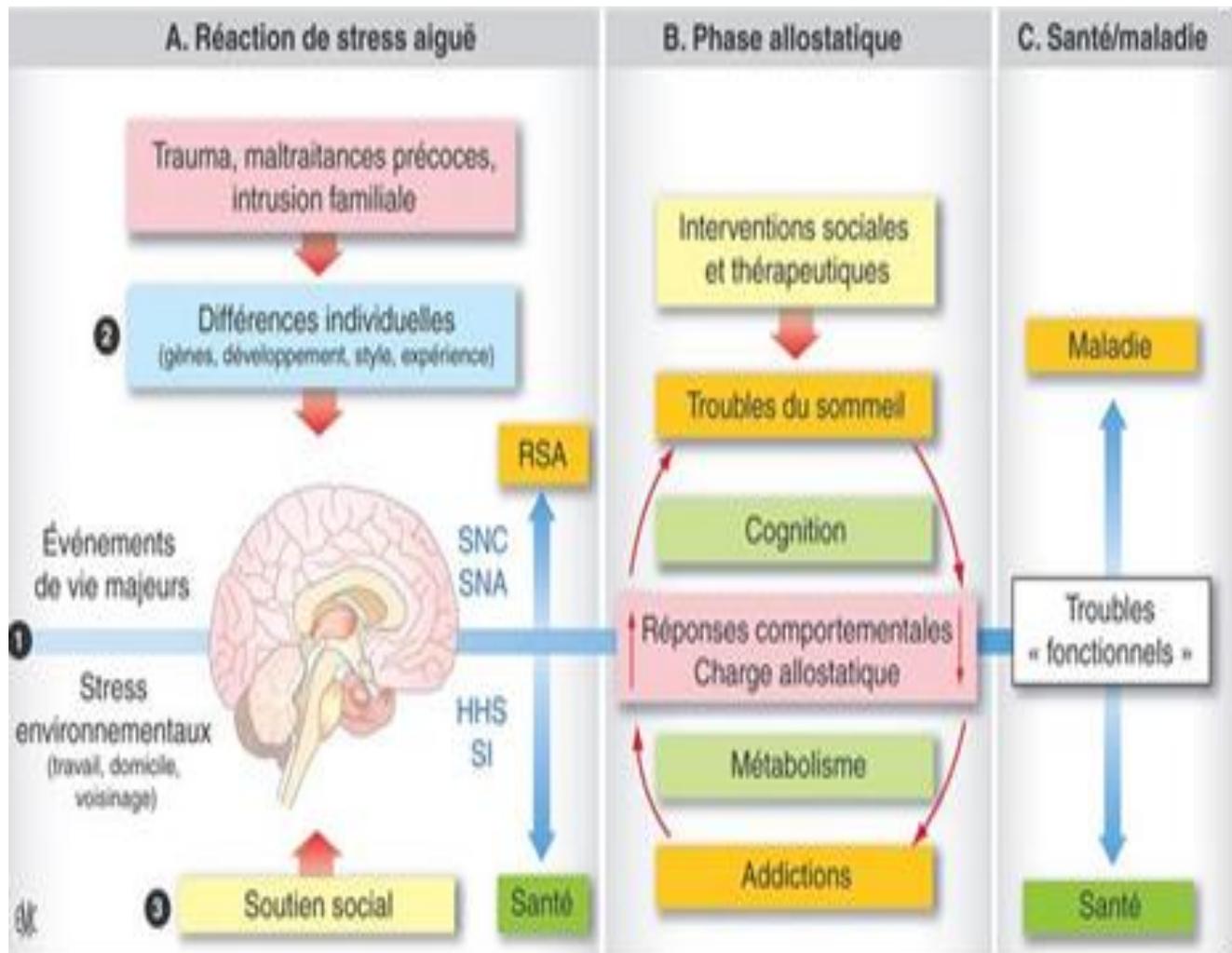
Les états de stress post-traumatiques ont largement démontré comment des stress intenses peuvent déborder les capacités d'ajustement individuel et conduire à des troubles chroniques ayant une base physiopathologique et des manifestations psychiatriques et somatiques. Parallèlement, l'implication des stress chroniques dans la survenue des troubles est devenue un thème majeur d'intérêt et de recherche.

Parmi les stress les plus importants dans ce registre, on trouve les relations de compétition. Ce type de stress produit chez l'animal non seulement des troubles des fonctions cognitives chez ceux qui ont une fonction hiérarchique inférieure, mais également de l'athérosclérose chez ceux qui ont une fonction dominante.

D'autres facteurs ont été systématiquement étudiés comme les situations de confinement qui produisent des dysfonctionnements dans tous les systèmes. Bien d'autres éléments interviennent dans l'apparition d'une pathologie, tels que les conditions socioéconomiques et l'accès au soin, les différentes conduites (en particulier diététiques et addictives), la réactivité et la vulnérabilité individuelles. Finalement, là aussi, la prise en compte de la complexité produit une nouvelle exigence de la recherche : utiliser les connaissances issues des groupes et se rapprocher des individus pour comprendre comment le comportement et la biologie interagissent, non seulement dans un temps court, mais au cours de trajectoires beaucoup plus longues.

Pour décrire à la fois le mouvement biologique permanent auquel un individu « stressé » peut être soumis et le fait qu'il peut ne pas retrouver durant une période assez longue un véritable point d'équilibre, Sterling et Eyer [30] ont introduit les termes d'allostasie et de charge allostatique.

**Illustration 2 : Trajectoires d'évolution de la santé d'un sujet soumis à des stress aigus et chroniques, en relation à ses caractéristiques de vulnérabilité-résilience et à son environnement social et thérapeutique.**



Le premier terme signifie littéralement « atteinte et maintien de la stabilité à travers le changement » et le second se réfère à la charge que doit supporter le corps tant à travers la répétition de cycles d'homéostasie qu'à travers l'impossibilité d'interrompre et de mettre fin à ces réponses. Autrement dit, c'est une situation d'accumulation et de surrégulation permanente qu'il est impossible de suspendre pendant de longues périodes de temps. La signification clinique de ce concept apparaîtra évidente à tous ceux qui sont concernés par les personnes stressées, en limite ou déjà engagées dans un processus de rupture qui s'exprime autant dans les comportements que dans la fatigue et les troubles « fonctionnels ».

À ce niveau, la personne n'est plus « surprise » par un événement. La façon dont non seulement elle s'y adapte, mais dont parfois elle semble y participer directement pose encore davantage la question de sa liberté et de ses caractéristiques individuelles, en termes de dérégulation, d'habitudes de vie, de personnalité et de modes de réponse. Le mode de relation qu'elle instaure avec les autres va également participer au renforcement du stress chronique. Ainsi, une réponse agressive, sous-tendue par un état de fatigue et d'alarme permanents, aura un impact différent de celui d'une réponse coopérante ou simplement indifférente dans l'évolution de la situation et le cycle d'interaction qu'elle produit.

Quatre grandes situations auxquelles l'individu peut se trouver confronté et qui sont à risque ont été distinguées :

- la succession d'événements stressants différents ou répétés sur une longue période de temps ;
- L'incapacité à s'adapter à un même stressor (c'est par exemple le cas dans une situation professionnelle ou familiale difficile et durable, comme la maladie chronique d'un membre de la famille) ;
- L'échec de la suspension de la réponse de stress (par exemple, lorsque la perception du monde se fixe sur une situation ou une personne et est réactivée par la réalité ou par des flashbacks permanents et/ou qu'il existe un déficit de la réponse des récepteurs aux médiateurs du stress)

- Une réponse de stress inadéquate qui permet à certains systèmes, tel celui des cytokines inflammatoires, de devenir hyperactifs. Cette approche permet de prendre en compte les nombreux événements et situations de la vie qui augmentent les activités des systèmes physiologiques jusqu'à des points de rupture, à partir de réponses en chaîne impliquant des « maillons faibles ».

### **III.5 Dépression d'épuisement**

Le point de rupture conduisant à l'épuisement des capacités physiologiques et psychologiques de l'individu semble propice au développement de troubles dépressifs. Par le processus psychopathologique qui engendre ce trouble, il est naturel de le qualifier de dépression d'épuisement. Par exemple, McGriffin et al. (1988, In Coyne et Downey) ont montré que les parents du premier degré de personnes déprimées avaient vécu davantage d'événements de vie immédiatement avant leur enquête que les parents du groupe témoin. Ce résultat illustre une potentialité familiale à ressentir la vie plutôt sous l'angle d'une adversité générale. L'étude d'Espejo [31] est également très intéressante pour situer l'interaction entre stress et psychopathologie. L'objectif était de déterminer si l'exposition à l'adversité durant l'enfance contribuait à une différence du seuil à partir duquel des événements stressants produisent des symptômes dépressifs durant l'enfance. L'étude a montré que les jeunes qui avaient rencontré le plus d'adversité et avaient des antécédents de troubles anxieux présentaient des troubles dépressifs plus sévères à la suite de petits stress épisodiques que les jeunes qui n'avaient aucun ou un seul de ces facteurs de risque.

## **IV. La vulnérabilité**

La vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la variabilité interindividuelle. Elle évoque les sensibilités et les faiblesses patentes ou latentes immédiates ou différées et peut être comprise comme une capacité ou incapacité de résistance aux contraintes de l'environnement.

D'après Werner et Smith [32] la vulnérabilité référerait à une prédisposition de l'enfant à développer des psychopathologies ou des troubles comportementaux susceptibles de nuire à son adaptation. La vulnérabilité personnelle nuit au processus d'adaptation de l'individu en augmentant les effets des facteurs de risque [33]. Dans cette perspective, la vulnérabilité intrinsèque d'un sujet va contribuer à réduire sa capacité à répondre aux événements provoqués par les facteurs de risque environnementaux. Pour Masten [34] la vulnérabilité peut concerner une prédisposition spécifique, par exemple à une psychopathologie et peut dépendre de problèmes d'ordre génétique particulier. Alors que d'autres types de vulnérabilités seraient d'ordre plus général, comme, par exemple, les réactions aux stress explicables par le tempérament du sujet. Par ailleurs la vulnérabilité pourrait provenir de problèmes neuropsychologiques comme, par exemple, les troubles de l'attention et également dépendre de facultés cognitives déficitaires.

### **IV.1 Vulnérabilité, traumatisme et vulnérabilisation**

Les parcours de vie délétères confrontent le sujet à des situations de crise. La crise étant définie comme un bouleversement psychique qui nécessite une réorganisation face à des changements d'origine interne (intrapsychiques) ou externe (événements de vie). Sur la plan de l'intrapsychique, toute situation nouvelle pour un individu peut remettre en cause son équilibre psychique, mais les situations extrêmes et les contextes traumatogènes provoquent une situation de crise qui va mettre à l'épreuve les facteurs dynamiques et économiques internes. Le sujet devra donc mobiliser ses modalités adaptatives et ses mécanismes de défense.

Si la vulnérabilité se réfère à un état de moindre résistance aux agressions, la « vulnérabilisation » vient rendre compte du trauma. Il y aura traumatisme lorsque le moi se trouve submergé par une intensité émotionnelle qui dépasse les possibilités d'intégration psychiques ; lorsque les mécanismes de défenses mobilisables ne sont plus suffisants pour préserver le sujet. Le moi pourra ainsi se trouver désorganisé par l'intensité émotionnelle d'un événement brutal, mais il le sera tout autant [35] face à des carences, ou à une accumulation d'événements ou d'éprouvés qui, par leur adjonction, confèrent une intensité traumatique au contexte de vie. La vulnérabilisation peut donc résulter de la rencontre avec un traumatisme unique ou multifactoriel, dont l'intensité met à mal le moi du sujet et ses capacités de réponse. Dans le cadre d'un évènement unique, la vulnérabilisation rend le terrain propice au développement d'une dépression de perte.

## **IV.2 Vulnérabilité, traumatisme et troubles réactionnels**

Les recherches effectuées sur la vulnérabilité et la résilience démontrent de grandes différences de sensibilité aux traumatismes et aux situations de stress suivant les individus. Ainsi une grande variabilité interindividuelle, mais également intra-individuelle a pu être démontrée par différentes recherches, notamment effectuées aux Etats-Unis et au Canada, comme le rappellent Haggerty et Sherrod [36]. Les réponses comportementales face à des situations traumatiques sont très diverses ; elles peuvent s'accompagner de troubles parfois appelés : « troubles réactionnels ». C'est ainsi qu'à travers ces termes, on peut répertorier des conduites considérées comme des manifestations de perturbations dans des registres aussi divers que l'instabilité et l'inattention, le sommeil, troubles psychosomatiques et troubles dépressifs.

Certains auteurs, dans le cadre d'une étude causale liant l'évènement traumatique et l'apparition des troubles dits réactionnels, prétendent que l'on peut corrélérer l'intensité de l'impact émotionnel et celui de la situation traumatique. Dans cette perspective, l'amplitude des troubles ou l'intensité des symptômes apparaîtront comme proportionnelles à la puissance traumatique de l'évènement. Cependant ce point est assez controversé et notamment par les

recherches sur la résilience qui attribuent les différences de réaction davantage aux différences interindividuelles. Par ailleurs, certains auteurs postulent que l'événement traumatique pourra laisser des séquelles psychiques dans la durée qui pourront éventuellement réapparaître plus tardivement au cours du développement et des étapes de la vie.

### **IV.3 Vulnérabilité, stress et dépression d'épuisement**

Les réactions aux stressseurs dépendent en partie de facteurs perceptivo-cognitifs des individus qui permettent aux sujets d'évaluer l'impact stressant des événements vécus. Selon Lazarus et al. [27], l'enfant utilise deux stratégies cognitives pour évaluer les événements stressants : l'évaluation primaire (évaluation des enjeux de la situation) et l'évaluation secondaire (évaluation des stratégies d'adaptation adéquates et disponibles).

C'est donc en fonction non pas du nombre ou de l'importance objective des événements de vie négatifs que pourra être apprécié le stress mais des aspects subjectifs ou *stress perçus*. Dans cette optique ont été construites des échelles de perception du stress destinées à évaluer les stress perçus subjectivement par les individus. Alors que d'autres chercheurs évaluent les facteurs de stress à partir des événements négatifs et conditions défavorables (pauvreté, maladies, décès, séparations parentales...).

Rutter [37] et Garmezy [38] souligne que l'accumulation des facteurs de stress peut avoir un effet multiplicateur, et non pas seulement additionnel, et que cela peut se traduire par des états de stress important pouvant conduire à des ruptures de résilience, lorsque la résilience avait été constatée dans un premier temps. Sur du long terme, le terrain de vulnérabilité peut donc être propice au développement d'une dépression d'épuisement.

## **V. Dépression et alexithymie**

Le concept d'alexithymie est né en 1972, des travaux de Peter E. Sifneos, psychanalyste à Boston, dans le Massachussets, aux Etats Unis. Il signifie étymologiquement : pas de mots pour les émotions ( du grec : « α » privatif ; « λεχι » : mots ; « τύμος » : émotions, humeur). Il décrit ainsi la difficulté ou l'incapacité à exprimer verbalement ses émotions.

La conceptualisation trouve essentiellement ses origines dans les travaux antérieurs de P Marty et l'école de psychosomatique avec la notion de pensée opératoire. Les travaux postérieurs vont permettre d'élargir et préciser le concept d'alexithymie dans tous les champs de la psychiatrie et de la psychologie.

### **V.1 La Pensée opératoire**

Dans les années 1950, certains psychanalystes, en premier lieu P.MARTY, mirent en évidence un destin particulier de fonctionnement psychique chez des malades somatisant : celui de la faillite des défenses mentales (refoulement, déplacement, condensation, projection). Dès l'après-guerre, Marty s'intéressa particulièrement à deux somatisations fonctionnelles : les céphalées et les rachialgies [39]. Les céphalalgies furent ainsi envisagées, dans un cadre économique, comme symptômes de défenses névrotiques classiques mettant en jeu cependant des mécanismes d'ordre somatique et biologique (vasoconstriction et vasodilatation par exemple) du fait d'une régression d'émotions agressives.

Le concept de pensée opératoire est à la psychosomatique ce que celui d'hystérie est à la névrose ou de délire à la psychose. Pour comprendre la notion de pensée opératoire, il faut partir d'un principe freudien simple : les activités fantasmatiques et oniriques permettent d'intégrer, dans la subjectivité même, les tensions pulsionnelles, et protègent la santé somatique de l'individu en lui permettant de « transférer » sur l'activité psychique les excitations tant internes qu'externes.

Dans cette conception, la pensée opératoire (PO) met en évidence une carence fonctionnelle des activités de pensée fantasmatique et onirique. La pensée consciente, cognitive et factuelle est sans liaison avec des mouvements fantasmatiques. Or, ce défaut de l'activité de penser selon le mode imaginaire, illogique et fantasmatique (auto associatif) n'est pas, d'après la « loi de compensation », sans avoir des répercussions négatives sur les fonctions organiques : celles-ci hériteraient-elles de ces activités illogiques (fantasmes inconscients) inhibées aux étages supérieurs [40] ?

Sur le plan clinique, le contact que le thérapeute peut ressentir dans son contre-transfert avec les sujets opératoires est celui d'une relation blanche [41].

Le sujet parle de choses « concrètes » mais rarement de ses émotions et sentiments, en particulier lorsqu'ils touchent sa vie relationnelle. Cette pensée opératoire a la forme d'une pensée utilitariste, factuelle, tournée vers l'objet, la matière, la technique : elle est du côté de l'autoconservation de l'individu et n'utilise pas de mécanismes mentaux névrotiques ou psychotiques qui relèvent d'une pensée sexualisée. On y trouve une relative phobie de la « vie intérieure », des souvenirs, sentiments, émotions, etc. L'isolement de l'inconscient (refoulé) ne paraît pas de type obsessionnel puisqu'il ne procède pas d'une distanciation par manifestation mentale ou verbale du matériel psychique. En fait, la PO apparaît dépourvue de valeur libidinale. Elle ne permet pas l'extériorisation de l'agressivité sadomasochiste.

Chez ce type de patients, un témoin du mauvais fonctionnement de la première topique (conscient [Cs], préconscient [Pcs] et inconscient [Ics]) est la pauvreté ou l'absence de la vie onirique. La présence de rêves « crus » ou désespérément concrets n'évoque que la vie de travail, sans grande manifestation des mécanismes de déplacement, condensation ou dramatisation : une forme de « pensée blanche » ou, chez l'enfant hyperkinétique, une difficulté d'attention et de concentration sont au premier plan. Il manque, à cette forme de pensée qui devient opératoire, la référence à un objet intérieur. Cette pensée opératoire, portée sur la concrétude des choses et perceptions, sert en fait de contenant cognitif à un psychisme sans bon objet interne (d'où la dépression essentielle, cf. infra).

Il faut relever que dans une étude menée à la fois par des psychosomaticiens de l'IPSO et des cancérologues, Jasmin, Marty et al. (1990) purent montrer, selon un protocole très strict, les éventuelles corrélations entre des facteurs psychologiques liés au fonctionnement mental (selon la pensée théorique de Marty) et la nature bénigne ou maligne d'une tumeur mammaire. Le cancérologue Jasmin a ainsi écrit que chez les patientes porteuses de tumeurs malignes « l'augmentation du risque relatif à ces paramètres [structure mentale fondamentale, moi-idéal prédominant, disposition hystérique et deuil récent non élaboré], est impressionnant (en moyenne de sept à cinquante fois, alors que les facteurs de risque classique de cancer du sein multiplient ce risque par deux à huit fois). L'absence du cancer du sein chez les patientes considérées comme bien mentalisées (environ 25 % de la population initiale) apparaît aussi comme très remarquable.

## **V.2 Dépression essentielle**

La dépression essentielle (DE) est une dépression « sans objet », ni autoaccusation, ni culpabilité consciente ; elle s'oriente vers la sphère somatique par perte du « tonus vital » dans la sphère psychique (investissement libidinal de soi et du monde). Associée à la pensée opératoire, elle est délétère pour l'organisation somatique. Par exemple, Thomé-Renault a montré que, parallèlement aux facteurs biologiques, des facteurs psychiques jouaient un rôle dans le déclenchement et l'évolution du sida. Parmi ceux-ci, l'angoisse non liée, le déni, l'alexithymie, la pensée opératoire et la dépression essentielle jouent un rôle actif dans le processus de désorganisation somatique [42].

Cette symptomatologie dépressive se définit par un manque : il y a effacement, sur toute l'échelle, de la dynamique mentale des mécanismes de défense (déplacement, condensation, introjection, projection, identification, vie fantasmatique et onirique) au point d'agir pour le compte de la pulsion de mort, « désobjectalisante » [43].

Il y a là une baisse globale du « tonus vital » [44] qui signifie la baisse des facultés érotiques de liaison (pulsion de vie, Éros) : on verra plus loin que cette notion de « tonus vital » rejoint celle, neurophysiologique actuelle, de « tonus du système nerveux autonome » modifié par l'alexithymie provoquant alors un déficit de régulation des affects. La dépression essentielle paraît provenir d'évènements traumatiques ayant désorganisé un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration (un trauma psychique « prépsychique » pourrait l'inaugurer, cf. infra). Des angoisses diffuses, automatiques, la précèdent souvent [44].

Sur le plan du fonctionnement clinique du sujet : « l'absence de communication avec l'inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire. La parole semble seulement conservée pour décrire les évènements et médiatiser les relations »

### **V.3 Le concept d'alexithymie**

Lors de la 7ème Conférence Européenne sur la recherche en psychosomatique en 1967, Sifneos évoque certaines caractéristiques psychologiques de sujets atteints de désordre psychosomatiques [45].

En 1970 il décrit avec John C. Nemiah (école de Boston), chez des patients dont certains présentent des troubles somatiques, une difficulté marquée à dépeindre leurs sentiments, une vie imaginaire pauvre, et un mode spécifique de pensée correspondant à la pensée opératoire [46].

En 1972, lors d'un symposium à Londres, puis à la 9ème Conférence Européenne sur la Recherche en Psychosomatique à Vienne, Sifneos propose alors le mot alexithymie qui signifie donc : « pas de parole pour les émotions » [40]. La définition donnée par Sifneos est la suivante : « patients se plaignant sans fin et en termes vagues de symptômes physiques divers, sans activité fantasmatique notable, ayant des difficultés à trouver les mots appropriés pour décrire leurs émotions, un discours caractérisé par des détails répétitifs, peu d'activité onirique, et des relations interpersonnelles marquée par une forte dépendance sous une apparence de détachement... » [47]

Alors que la pensée opératoire se situe dans la perspective métapsychologique de la clinique psychanalytique, l'alexithymie s'élargit à la clinique psychiatrique, par l'approche étiologique, neurophysiologique et neuroanatomique, ainsi qu'à la psychopathologie quantitative, par des modélisations et des tentatives d'objectivation psychométriques [48]

L'alexithymie se définit par plusieurs dimensions :

- L'incapacité à identifier ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles.

Selon Sifneos, les sentiments correspondraient à l'aspect psychobiologique de l'affect et seraient la somme des émotions et des images, fantasmes, pensées, associés à celui-ci. Les sujets alexithymiques auraient des émotions mais seraient incapables d'identifier leurs sentiments. Dans l'alexithymie, prédomineraient les réponses physiologiques et comportementales au détriment des autres réponses.

- L'incapacité à exprimer ses émotions

L'élément caractéristique qui découle de l'impossibilité de pouvoir repérer et identifier ses émotions et qui altérerait la qualité des relations interpersonnelles.

- La limitation de la vie imaginaire

Les sujets alexithymiques rêveraient peu ou auraient peu accès à leur monde onirique. Le contenu de leurs rares productions oniriques est pauvre, factuel et réaliste. Les rêveries diurnes, comme les fantasmes, seraient peu fréquents.

- Pensées à contenu pragmatique (tournées vers l'extérieur plutôt que vers les sensations intérieures)

Le schéma narratif est caractérisé par la description sans fin des détails d'un événement à l'origine d'un état émotionnel plutôt que par l'expression de celui-ci.

- Le recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions.

Le recours à l'agir, de manière impulsive, devant les situations de conflit ne constitue pas un critère obligatoire. Dans le cas de l'alexithymie, plusieurs situations se rencontrent : sujets présentant une pathologie caractérisée par le passage à l'acte ; sujets décrivant plutôt des actions que les conséquences affectives des situations qui les ont provoquées ; sujets réalisant des actes sans qu'apparaisse une manifestation émotionnelle alors que la situation semblerait le justifier (exemple : situation de deuil).

Les dimensions cliniques constituant le noyau central du concept ont été regroupées ultérieurement en deux composantes distinctes : affective et cognitive. La composante affective est caractérisée par l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles tandis que la composante cognitive est caractérisée par une limitation de la vie imaginaire, une pensée à contenu pragmatique et le recours à l'action pour gérer les conflits ou exprimer ses émotions. Les données issues de la psychopathologie quantitative ont montré que la composante affective de l'alexithymie était particulièrement sensible aux facteurs de détresse émotionnelle (anxiété, stress chronique, dépression, etc.), tandis que la composante cognitive était plus indépendante. Cette constatation clinique et épidémiologique va dans le sens d'une distinction entre une alexithymie primaire ou trait, entrant dans le cadre de trouble de la personnalité, et une alexithymie secondaire ou état, réactionnelle à un événement traumatique aigu ou chronique.

### **V.3.1 Alexithymie primaire et secondaire**

Selon Freyberger [49], l'alexithymie primaire (ou trait) serait sous-tendue par un facteur biologique inné (mauvaise connexion des régions limbiques et néocorticales), prédisposant à l'apparition et au développement d'un trouble psychosomatique, par inhibition de l'expression émotionnelle. L'alexithymie secondaire (ou état), quant à elle, serait consécutive à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave (néoplasies, décompensations somatiques sévères nécessitant une réanimation, dialyse rénale, etc.) ou par un traumatisme physique ou psychologique important. Cette forme d'alexithymie serait

assimilable à un mécanisme de défense, protégeant le sujet contre le perçu et le vécu émotionnel dans des situations de vulnérabilité. Soulignons l'incapacité à discerner l'alexithymie primaire de la secondaire à partir des échelles de psychométrie actuelles.

### **V.3.2 Approche neurocognitive de l'alexithymie**

Les travaux de recherche sur l'alexithymie dans le domaine de la neuropsychologie sont étroitement liés aux modèles étiopathogéniques issus des sciences cognitives et s'étaient sur les données issues de la neuro-imagerie.

L'approche cognitive tend à installer l'alexithymie dans le cadre plus général du déficit émotionnel. Selon Sifneos [50], les sujets alexithymiques seraient incapables de lier leurs images mentales et pensées avec leurs émotions. L'affect est un état interne possédant à la fois des composantes biologiques et psychologiques ; il est un produit de l'émotion et du sentiment. Les manifestations somatiques de l'émotion seraient présentes, mais le sujet alexithymique ne peut ni les reconnaître, ni les nommer, ni les verbaliser. Il serait atteint d'une « aphasia émotionnelle », ne pouvant se servir du langage pour exprimer les sentiments qu'il éprouve. Par analogie avec la cécité corticale, Lane et al. [51] considèrent l'alexithymie comme une « cécité émotionnelle » : les sujets alexithymiques présenteraient les manifestations neurovégétatives et comportementales lors de stimulations émotionnelles mais en auraient une conscience appauvrie. Enfin Bermond et al. [52] distinguent l'alexithymie de type I et l'alexithymie de type II. La première se caractérise par une absence de conscience de l'éprouvé émotionnel et des cognitions qui lui sont attachées tandis que la seconde se définit par la présence d'une perception des éprouvés émotionnels mais par l'absence de sa composante cognitive. Deux grands modèles neuroanatomiques ont été décrits, le premier fut le modèle vertical rejoint ensuite par le modèle horizontal.

#### **Modèle vertical**

Dès 1949, le neurophysiologiste MacLean a émis l'hypothèse de l'existence, chez les patients atteints de maladie psychosomatique, d'un déficit cérébral fonctionnel dans les échanges entre le rhinencéphale et l'aire néocorticale du langage. L'école de Boston [50] évoque également la possibilité d'une connexion inadéquate entre le système limbique (lieu des émotions) et le néocortex. Selon Lane et al. [51] l'absence de conscience émotionnelle dans l'alexithymie serait liée à un dysfonctionnement du cortex cingulaire antérieur en situation émotionnelle, structure qui avait été impliquée à l'époque dans l'orchestration et la régulation des réactions neurovégétatives, neuroendocriniennes et comportementales aux émotions [53].

### **Modèle horizontal**

La constatation du phénomène alexithymique chez des patients commissurotomisés a renouvelé le modèle originaire et a orienté les recherches vers l'hypothèse d'une absence de communication des informations émotionnelles entre les hémisphères droit et gauche [52] [54]. Cette défaillance du transfert interhémisphérique serait associée chez le droitier à un hypofonctionnement de l'hémisphère droit et un hyperfonctionnement de l'hémisphère gauche. Il a été ainsi évoqué une commissurotomie fonctionnelle chez les alexithymiques.

De nombreux auteurs évoquent une « prédominance » de l'hémisphère droit dans la communication non verbale et dans la communication des émotions négatives ainsi que dans l'élaboration des conduites émotionnelles. Communication verbale et communication des émotions positives domineraient dans l'hémisphère gauche. Bermond et al. [52] considèrent que l'hémisphère droit (chez le droitier) produit une vision globale de l'information émotionnelle, notamment comportementale (reconnaissance faciale des émotions), tandis que l'hémisphère gauche en fournit un traitement beaucoup plus analytique. Les travaux de Montreuil et al. [55] au moyen du test de saisie visuelle parallèle, suggèrent que les alexithymiques privilégient le traitement analytique séquentiel de l'information (lié à l'hémisphère gauche ou « dominant » chez les droitiers) au détriment d'un traitement global de l'information (lié à l'hémisphère droit ou « mineur »).

Dans cette même optique, Bermond [52] relie l'alexithymie de type II à un dysfonctionnement du corps calleux avec une mauvaise transmission interhémisphérique des cognitions attachées aux émotions. Ces auteurs s'appuient sur les travaux de Gazzaniga et Ledoux [56]. Selon lesquels la composante cognitive des stimuli serait transmise de l'hémisphère droit à l'hémisphère gauche via le corps calleux, tandis que la composante émotionnelle serait projetée sur le système limbique puis gagnerait l'hémisphère gauche au travers de la commissure antérieure. Dans le type II, sur le modèle de la commissurotomie fonctionnelle, la composante émotionnelle des affects serait présente tandis que la composante cognitive serait absente. Enfin dans le type I, ni la composante émotionnelle ni la composante cognitive des affects ne seraient perçues du fait d'un dysfonctionnement dans le cortex droit se caractérisant notamment par une incapacité à pouvoir reconnaître les émotions à partir des expressions faciales.

Ces modèles anatomocliniques restent schématiques. Le passage entre système limbique et cortex droit ainsi que le transfert hémisphère droit-gauche pourraient être tous les deux mis en cause.

### **V.3.3 Alexithymie et troubles psychosomatiques**

Pour considérer que le fonctionnement alexithymique a une influence sur le déclenchement d'une affection physique, il faut s'assurer de son antériorité par rapport à l'exacerbation ou la survenue de la maladie à composante psychosomatique, à savoir qu'il y a une relation temporelle permettant d'inférer un lien causal entre les deux. Cependant, il n'existe pas à notre connaissance d'études prospectives ayant montré que l'alexithymie constituait un facteur de risque psychosomatique. La seule étude [57] ayant suivi 189 patients sains sur 1 an, dont un certain nombre ont présenté une maladie somatique à l'issue de l'étude, n'a pas retrouvé l'alexithymie comme facteur prédictif d'un risque de morbidité accru. Il est à noter que cette étude utilisait l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI-A) pour évaluer l'alexithymie, échelle dont les qualités métrologiques restent relativement médiocres. Une étude

épidémiologique transversale finlandaise [58] de 2 297 sujets montre que l'alexithymie est un facteur de risque de mortalité et de morbidité accru, même après ajustement sur les facteurs sociodémographiques et les facteurs de risque médicaux. Même si l'alexithymie ne semblait pas liée spécifiquement au risque de maladies à composante psychosomatique, elle n'en constituait pas moins un facteur de risque pour la santé.

Les études transversales retrouvent une prévalence élevée d'alexithymiques dans plusieurs maladies à composante psychosomatique :

- Maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle essentielle [59]; coronaropathie [60])
- Troubles respiratoires (asthme [61] insuffisance respiratoire chronique [62])
- Affections gastroentérologiques (rectocolite ulcérohémorragique et maladie de Crohn [63]et [64] , ulcères gastroduodénaux [65] et [66] et gastrites érosives [65])
- et d'autres affections telles que la polyarthrite rhumatoïde [67]
- ou certaines lésions dysplasiques précancéreuses [68]

C'est dans le cadre de l'hypertension artérielle que les taux d'alexithymie les plus élevés ont été retrouvés et de manière répétée [59], [69] et [70]

Néanmoins, ces résultats sont loin d'être spécifiques puisque l'on retrouve une fréquence de distribution de l'alexithymie souvent plus importante dans certaines pathologies psychiatriques (conduite addictive : toxicomanie, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires ; attaque de panique ; état de stress post-traumatique, etc.) en l'absence de maladies psychosomatiques.

Les données de prévalence de l'alexithymie dans la population générale objectivent des résultats qui dépendent étroitement des échelles utilisées. Ainsi,

avec la BIQ la prévalence en population générale avoisine 5 à 10 % ; avec la TAS, elle varie entre 10 et 20 % [71].

La composante alexithymique peut se voir chez des sujets sains, en particulier dans des situations de stress (forte connotation positive alexithymie-anxiété). Enfin, un fonctionnement alexithymique pourrait être transitoire et ne concerner que certains secteurs et moments de la vie relationnelle. Ces données nous invitent à considérer l'alexithymie comme dépendante étroitement du moment d'évaluation et s'intégrant dans une échelle du normal au pathologique.

#### **V.3.4 Stress, alexithymie et dépression**

Des études ont montré des liens entre alexithymie, vulnérabilité au stress, dysfonctionnement du SNA et axe neuroendocrinien [72] [73] voire système immunitaire (SI) [71]

Des expérimentations chez l'animal ont ainsi souligné les effets du stress sur la vitesse de croissance des tumeurs. [74]

Plus précisément, et comme nous l'ont appris les études neuroendocrinologiques, la réaction de stress sollicite la branche orthosympatique du SNA (réaction d'urgence de Cannon) et l'axe corticotrope (syndrome général d'adaptation de Selyë).

Cette activation du système sympathique puis corticotrope, à la suite d'un stimulus stressant, provoque des désordres neurophysiologiques et immunitaires. L'axe corticotrope vise à supprimer ou à atténuer les effets du stress aigu, notamment ceux induits par les catécholamines. L'un des principaux systèmes responsables de la restauration de l'homéostasie est en effet le système hypothalamo-pituitaire-adrénal (HPA) qui, en réponse à des stress, orchestre la production du corticotrophin-releasing factor (CRF) et de la vasopressine (VP) à partir des noyaux paraventriculaires de l'hypothalamus, de l'ACTH (corticotrophine) à partir de l'hypophyse, et des corticoïdes à partir des surrénales. Lorsque la sensation de stress persiste [68], le sujet a l'impression d'être sans maîtrise sur la situation, il y a continuation de l'hypercortisolémie.

L'impact des réactions de stress sur l'organisme offre un modèle expérimental reproductible, qui ne relève pas stricto sensu du modèle psychosomatique, mais permet toutefois de mieux comprendre l'impact des facteurs psychologiques ou sociaux sur le corps (réponses neurophysiologiques, endocriniennes, répercussion sur l'immunité).

Dans ce contexte, l'alexithymie a été progressivement considérée comme un facteur psychique de vulnérabilité au stress. Plusieurs études [75] [76] ont retrouvé une modification de signes physiologiques (fréquence cardiaque, réactivité cutanée, consommation d'oxygène) en faveur d'une perturbation de la réactivité sympathique chez les sujets alexithymiques : il existe ainsi une augmentation du tonus sympathique de base chez les sujets alexithymiques avec un manque de réactivité physiologique lors des réactions de stress. En fait, le déficit de régulation des affects serait associé à une modification basale du tonus du SNA (qui renvoie à la notion de tonus vital chez Marty, cf. supra) mais aussi du profil cortisolique constituant un facteur de vulnérabilité au stress [77]

Ceci s'ajoute aux études démontrant une perturbation du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (hypercortisolémie) dans la dépression comme dans le stress chronique [78]

Dans la dépression, le taux de CRF dans le liquide céphalorachidien est en effet augmenté significativement par rapport aux témoins et corrélé positivement à l'hypercortisolémie. Cette hypercortisolémie est de plus non freinable par le test à la dexaméthasone autant chez les sujets déprimés et alexithymiques [79] que chez les déprimés non alexithymiques.

Ainsi, par incapacité à réguler leurs affects du fait d'une augmentation du tonus du SNA et de l'axe adrénocorticotrope, ces patients se trouvent vulnérables au stress et exposés à des troubles physiologiques. Il y aurait chez eux une sorte de « dissociation » psychophysiologique/soma-psyché : les manifestations neurovégétatives de stress ne pourraient être perçues subjectivement dans des manifestations émotionnelles adaptées (ce qui renvoie à la notion de pensée opératoire).

L'alexithymie [50] , et surtout son facteur "difficultés à identifier les émotions», est très révélatrice d'un large éventail d'état au niveau de la

psychopathologie chez les patients psychiatriques [80] [81] [82]. Dans les échantillons de patients, les caractéristiques alexithymiques ont été particulièrement associées aux troubles dépressifs [75] [77], l'alcoolisme, et troubles de la personnalité du cluster C [82] [83]. À long terme l'alexithymie a été constamment associée à la dépression et divers symptômes psychopathologiques évalués avec le SCL-90 lors d'un suivi de 6 ans [84]. De même, dans les études de population de différents pays, l'alexithymie a été associée à l'humeur dépressive et les symptômes dépressifs [85] [9], [86] [87].

Néanmoins, les désaccords existent dans les études concernant la stabilité de l'alexithymie et sa capacité à prédire de nouveaux cas de troubles psychiatriques. Une récente étude de suivi chez les patients hémodialysés (n= 230) a constaté que la dépression a été associée à l'alexithymie et que l'aggravation de la dépression après 6 mois pourrait être prédite par Alexithymie [88]. Parmi des patients alcoolo-dépendants suivis pendant une période d'abstinence de 2 semaines, le score alexithymie a été beaucoup plus stable que les scores de mesure de la dépression et de l'anxiété et [89]. De même, chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, les scores d'alexithymie ont été relativement stables, même dans le contexte d'une menace élevée à l'intégrité physique et psychologique [90]. Cependant, les études sur la capacité de l'alexithymie à prévoir les troubles psychiatriques sont rares. Dans une étude [83], les symptômes dépressifs et les caractéristiques alexithymiques ont diminué ensemble au cours des suivis auprès de l'échantillon étudié. Des études antérieures [91] , [85] ont suggéré que l'alexithymie chez les patients déprimés pourrait être atténuée lors de la rémission de la dépression. De même, une étude récente chez les femmes enceintes a montré que les scores à l'échelle d'Alexithymie (TAS ) n'a pas permis de prédire la dépression, ils ont augmenté au cours de la dépression et diminué après la rémission . Les études confirment aussi que plus un patient déprimé est alexithymique et plus la dépression est sévère [92] [93] . Ainsi, le caractère interdépendant de l'alexithymie et de la dépression nécessite une enquête supplémentaire à la fois sur la population générale et sur des échantillons de patients déprimés.

Ainsi le statut de l'alexithymie (trait de personnalité : alexithymie primaire, ou état transitoire : alexithymie secondaire) reste peu clair.

On a vu que certaines études montrent que l'alexithymie est stable au cours du temps (trait de personnalité), tandis que d'autres travaux concluent à une fonction " défensive " de l'alexithymie contre la détresse émotionnelle engendrée par le deuil d'un être cher [94] ou la dépression [95]

### **V.3.5 Alexithymie et troubles de la personnalité**

L'alexithymie est une construction qui comprend différentes facettes, à savoir les difficultés d'identification des sentiments et les distinguer des sensations somatiques, les difficultés à décrire ses sentiments à autrui; limitation des processus imaginaires, et une pensée, un style orienté vers l'extérieur. Des études ont montré un lien dans le fonctionnement social avec des facultés affaiblies et des distorsions dans les relations. L'alexithymie semble être en corrélation avec les tendances relationnelles telles que l'évitement des conflits, un rapport détaché vis-à-vis de l'autre [96] et un moindre engagement dans le processus psychothérapeutique [97]. Ces patients évitent les relations sociales proches, et ils ont tendance à former des liens superficiels avec autrui [98] . Vanheule et al. ont constaté que l'alexithymie est liée à une sorte d'indifférence interpersonnelle : peu d'attente par rapport à l'autre et un intérêt limité dans la réalisation des attentes de l'autre. Dans une autre étude Vanheule et al. [98] ont constaté que l'alexithymie a été corrélée de manière positive avec le trait de personnalité froid / distant et le style non assertif. La mauvaise régulation émotionnelle semble être associée à l'alexithymie. Par exemple, le mauvais contrôle des impulsions a été positivement corrélé avec l'alexithymie dans un échantillon de patients impulsifs-agressifs chez des vétérans [99]. Fossati et al. [100] ont pu apprécier combien la difficulté à identifier les sentiments et une faible capacité à penser les émotions étaient des composantes essentielles de l'agressivité impulsive. Une étude sur les troubles alimentaires fournit des données cohérentes en indiquant que la mauvaise conscience émotionnelle est liée à une faible possibilité de régulation émotionnelle [101].

En résumé, l'Alexithymie est liée à une combinaison toxique de dysfonctions interpersonnelles, un large éventail de symptômes et une mauvaise régulation des pulsions. Tous ces problèmes sont le sceau de troubles de la personnalité. Il est donc raisonnable de supposer que l'alexithymie est une caractéristique typique des personnes souffrant de nombreux troubles de la personnalité [102]. Les résultats de ces études soutiennent l'idée que l'alexithymie n'est probablement pas une réaction à des stressseurs, mais plutôt un trait stable de la personnalité [103]. Grabe et al. [102] ont exploré les associations entre alexithymie et le tempérament ; c'est-à-dire le fondement biologique de la base de la personnalité et son caractère. Ils ont constaté que certaines dimensions du modèle psychobiologique de la personnalité de Cloninger retrouvent une détermination faible, une dépendance à la récompense faible, et à un moindre degré l'évitement du danger étaient significativement corrélés avec la présence de l'alexithymie.

Beaucoup de travaux ont suggéré des déficits de base dans la mentalisation [104] ou de métacognition [105]. Les difficultés de traduire en mots son ressenti corporel donne l'hypothèse que ce serait une caractéristique essentielle du trouble de la personnalité état limite [106] [107] [108]. Les troubles de la personnalité évitante, obsessionnelle-compulsive ou narcissique ont été décrites en termes de conscience émotionnelle pauvre. Cela suppose l'idée que les personnes qui présentent ce type de trouble de la personnalité peuvent avoir plus de difficultés à utiliser le langage pour communiquer ses émotions aux autres [105] [109]. Dans les études de cas unique, les patients présentant le trouble de la personnalité évitante ou narcissique ont montré une capacité limitée à comprendre les causes de leurs propres émotions [109].

En dépit de la plausibilité du lien entre l'alexithymie et les troubles de la personnalité, il y a encore peu d'études sur ce sujet. Dans une étude [110] Bach et al. ont constaté que sur le Toronto Alexithymie Scale (TAS), 17% des patients avaient des caractéristiques alexithymiques. Les dimensions de personnalité schizotypique, dépendante et évitante, ainsi que le manque de fonctionnalité histrionique, a émergé comme facteurs prédictifs significatifs de l'alexithymie. Honkalampi et al. [111] a analysé un échantillon de patients souffrant de dépression majeure et a constaté que l'alexithymie a été plus prononcée chez les patients présentant un trouble de la personnalité du cluster

C. Ils ont également constaté que l'alexithymie persistait après la guérison de la dépression, cela renforçant ainsi l'idée qu'elle est stable et représente un trait de personnalité. Viinamäki et al. [112] ont constaté que l'alexithymie et les troubles de la personnalité ont été les principaux facteurs prédisant une mauvaise réponse à court terme dans le traitement de la dépression majeure.

De Panfilis et al. [113] ont constaté dans un échantillon de patients parkinsoniens, que la difficulté à décrire ses sentiments aux autres (une des dimensions de la Toronto Alexithymia Scale ou TAS-20) était totalement médiatisée par la relation entre la protection maternelle excessive et le risque d'avoir une maladie de Parkinson. Lawson et al. [114] ont pu noter dans un échantillon de femmes présentant des troubles de l'alimentation et des traits de personnalité narcissiques que cela était associé à des difficultés à décrire ses sentiments, tels que la tendance à contrôler et à critiquer les autres. Spitzer et al. [115] ont constaté que le style interpersonnel des individus alexithymiques a été caractérisé par un comportement froid et socialement évitant, correspondant à un modèle d'attachement majoritairement précaire.

En bref, s'il y a des raisons de présumer d'une relation possible entre l'Alexithymie et certains aspects des troubles de la personnalité, il reste beaucoup de travaux à faire pour pouvoir spécifier ce lien. Savoir si l'alexithymie contribue aux troubles et dysfonctionnement de la personnalité peut permettre des implications thérapeutiques importantes. D'une part, l'alexithymie a montré qu'il était un obstacle à la création d'une alliance thérapeutique conduisant à des résultats les plus pauvres en psychothérapie [116] [97]. Une connaissance approfondie des relations entre la faible conscience émotionnelle et les troubles de la personnalité peut conduire à des modifications dans le traitement de ces derniers [109] [117] [118].

### **V.3.6 Mesures de l'alexithymie**

Il existe plusieurs instruments évaluant l'alexithymie. L'approche diagnostique se fait à partir d'hétéro questionnaires, tandis que l'approche dimensionnelle s'effectue à partir d'auto-questionnaires. Actuellement, une évaluation combinant une approche catégorielle (diagnostique) et dimensionnelle

(mesurant l'intensité du phénomène) semble la plus pertinente pour évaluer le phénomène alexithymique.

Parmi les auto-questionnaires on peut citer les échelles TAS et la BVAQ. Tous présentent des qualités psychométriques satisfaisantes.

### **TAS : Toronto Alexithymia Scale [119]**

Elle reste l'échelle de référence disposant de bonnes qualités métrologiques : bonne consistance interne, bonne validité globale et une fidélité test-retest très satisfaisante. L'analyse factorielle de ce questionnaire de 26 items révèle quatre facteurs principaux, basés sur le concept théorique d'alexithymie :

- la capacité à identifier et à différencier ses sentiments de ses sensations corporelles ;
- la capacité à exprimer ses sentiments ;
- la rêverie diurne ;
- la pensée à contenu pragmatique.

En dépit d'une bonne stabilité factorielle, Bagby et al. [120] ont retrouvé que le facteur relatif à la rêverie diurne fragilisait la consistance interne du questionnaire. Ils ont donc modifié le questionnaire, de manière à améliorer la validité de construction et la stabilité factorielle, sous une forme plus courte en 20 items (TAS-20). L'analyse factorielle révèle trois facteurs principaux qui correspondent aux 1er, 2e et 4e facteurs de la TAS originelle. Les paramètres métrologiques des échelles TAS et TAS-20 ont été déterminés en France par Loas et al. [121]. Il est à noter que les 1er et 2e facteurs, correspondant à la composante affective de l'alexithymie, restent étroitement corrélés à la détresse émotionnelle (stress, anxiété, dépression).

## **BVAQ (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire)**

Élaboré par Bermond et Vorst [122];

c'est un auto-questionnaire qui dans sa construction se veut plus proche du concept d'alexithymie. Cette échelle est constituée de 40 items dans sa forme complète, et d'une forme abrégée en 20 items. Leurs analyses factorielles ont montré la présence de cinq facteurs relativement stables et indépendants :

- la capacité à identifier ses états émotionnels ;
- la capacité de verbalisation des affects ;
- la vie fantasmatique ;
- le style de pensée concret et opératoire ;
- et la réactivité émotionnelle.

L'échelle BVAQ montre des qualités métrologiques satisfaisantes (bonne consistance interne, validité concourante satisfaisante, stabilité factorielle) ainsi qu'une bonne corrélation avec la TAS-20 [123]. Les facteurs de la BVAQ sont peu influencés par la détresse émotionnelle.

## **VI. La résilience**

La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans le rompre. Dans le contexte de la métallurgie, la résilience désigne donc la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui véhicule l'idée d'une rigidité, mais évoque davantage les propriétés de souplesse et d'adaptation. Il ne s'agit donc pas de réduire ce phénomène à l'invulnérabilité [124] qui pourrait correspondre à une résistance au choc mais également signerait « un état pouvant entraîner la paralysie du sujet » et donc s'éloigne totalement de la souplesse nécessaire à la résilience.

### **VI.1 Définition**

Il existe différentes définitions et approches du concept de résilience. Il se situe en effet dans un carrefour épistémologique, intégrant des apports des théories psychanalytiques, développementales et comportementales, et qui imprègne les approches cliniques, psychopathologiques et socio-éducatives contemporaines.

Dans une première approche, on peut dire que la résilience est la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. Les définitions de la résilience dans la littérature renvoient à deux types de réactions d'adaptation : le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme. La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapsychiques) et externes (environnement social et affectif), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion sociale. Pour Fonagy [106] la résilience peut être considérée comme un développement normal face à des circonstances difficiles. Cet auteur relie la résilience avec les théories de l'attachement. Pour Cyrulnik [125] c'est : « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en

dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative ». La résilience réfère donc à un processus complexe résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement. Cyrulnik [126] précise que pour qu'il y ait résilience, il faut qu'il y ait eu confrontation à un traumatisme ou à un contexte traumatogène, ce qui rejoint le point de vue des chercheurs d'orientation psychanalytique qui considèrent que le traumatisme est l'agent de la résilience. Dans cette perspective, De Tychev [35] indique qu'un « consensus semble établi pour définir la résilience comme la capacité de l'individu de se construire et de vivre de manière satisfaisante malgré les difficultés et les situations traumatiques auxquelles il peut être confronté ». Pour les psychanalystes et cliniciens se référant à la métapsychologie freudienne les atteintes traumatogènes sont donc le préalable à l'émergence du processus résilient qui réfère avant tout à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme. La définition de la résilience en tant que processus psychique peut être formulée ainsi : « capacité à maintenir une homéostasie endopsychique et intersubjective dans des conditions traumatogènes ».

## **VI.2 Capacitation, habilitation et empowerment**

Parmi les concepts associés à la résilience, on trouve également dans la littérature anglo-saxonne celui d'empowerment qui désigne la capacité de maîtrise et le sentiment de pouvoir sur l'environnement lié à la reconnaissance par l'individu de ses compétences dans ce domaine. Pour Lebossé et Lavalée [127] il s'agit « d'un processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale ». Selon cette approche, les indicateurs de l'empowerment personnel seraient essentiellement fondés sur la capacité de contrôle personnel et l'autonomie et renvoient à l'auto-appréciation des compétences et à l'estime de soi. Les chercheurs canadiens francophone utilisent le terme d'habilitation pour traduire l'empowerment. Par ailleurs des auteurs [128] [129] proposent le néologisme de « capacitation » qui pourrait s'appliquer pour relater le travail des professionnels de la petite enfance auprès des enfants et des familles en difficulté consistant à les aider à prendre conscience de leurs ressources. C'est-à-dire à identifier ou faire émerger

les capacités et compétences qu'ils possèdent en matière de relations, d'éducation et de participation à la vie communautaire et les aider à les mettre en œuvre.

### **VI.3 Concepts de coping ou processus d'ajustement**

De nombreuses recherches concernant les différences de réaction au stress se sont développées notamment dans les pays anglo-saxons, parmi lesquelles nous trouvons le concept de coping. Lazarus et Folkman [27] ont proposé le concept de « coping » ( de l'anglais : to cope = faire face») pour évoquer « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu ». Il peut s'agir d'une réponse à une situation stressante qui peut passer plus ou moins inaperçue et s'avérer plus ou moins rationnelle. Dans le dictionnaire de la psychologie de Bloch et al. (1991), le coping est défini comme « le processus actif par lequel l'individu, par l'auto-appréciation de ses propres activités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser. D'autres auteurs francophones préfèrent employer les termes de comportements d'ajustement ou encore de stratégies d'ajustement.

Bien que le DSM-IV ne distingue pas mécanismes de défense et coping, selon Vaillant [130] le coping est bien à différencier des mécanismes de défense. Ces derniers étant du domaine de l'inconscient et liés à des conflits intrapsychiques, alors que ce qui caractérise les stratégies de coping est d'être conscientes, orientées vers la réalité extérieur et suscitées par un évènement.

#### **VI.3.1 Coping et résilience : Convergences et différences**

Les liens conceptuels entre coping et résilience semblent à première vue très étroits ; cependant, il ne s'agit pas de les confondre. Ainsi le coping apparaît comme une forme de résilience ou plus exactement peut contribuer à décrire une certaine approche du processus de résilience, à partir d'une perspective

essentiellement comportemental et consciente. Nous pouvons considérer que les stratégies de coping participent au phénomène de résilience considéré comme un processus plus vaste et différent du coping. En effet, les théories qui mettent en travail la résilience proposent différentes entrées et, suivant le cas, s'appuient soit surtout sur la prise en compte des observations comportementales des sujets et les mécanismes cognitifs, soit sur l'analyse des processus intrapsychiques mis en jeu par les individus résilients (ou les familles). D'autres encore mettent l'accent sur les caractéristiques de l'environnement relationnel et social dans lequel les sujets vivent et interagissent.

La définition du terme de résilience indique ainsi une différence notable avec la notion de coping et surtout de sa traduction française l'ajustement, puisque la résilience suppose deux mouvements. Le premier consiste dans les modalités de résistance au stress ou au traumatisme et donc la capacité à faire face ( coping) alors que le deuxième mouvement concerne davantage la capacité à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse.

Pour Manciaux [128] les comportements de coping concernent les réponses à une situation donnée, donc indiquent comment le sujet ou le groupe va faire face à un moment donné ; alors que la résilience qui est « pour partie innée et pour partie acquise par un précieux travail d'adaptation » s'inscrit dans la durée.

#### **VI.4 Résilience et traits de personnalité**

L'approche de la résilience en tant que trait de personnalité s'appuie sur des recherches proches de celles qui ont traité des procédures d'ajustement ou de coping. Ainsi Block et Block (1980) ont défini une forme de résilience, appelée ego-resiliency, en ces termes : « la capacité d'adaptation aux circonstances variables et aux contingences environnementales, l'analyse du niveau de correspondance entre les exigences situationnelles et les possibilités comportementales, et l'utilisation souple du répertoire disponible de stratégies de résolution de problèmes ». Cette définition trouve des liens de parenté avec les approches qui mettent l'accent sur l'origine génétique des différences de

comportements allant dans le sens de la résilience chez certains enfants soumis à des privations précoces et à des parcours de vie délétères [131] à partir du rôle protecteur des ressources individuelles.

Cependant, il ne s'agit plus de rechercher l'existence d'un trait de personnalité appelé résilience, mais d'étudier un ensemble de caractéristiques stables de la personnalité susceptibles de participer à la résilience.

A l'heure actuelle les travaux sur la résilience ont abandonné l'idée d'isoler un trait de personnalité résilient, pour mettre l'accent sur les facteurs de protection qui participent à la résilience des sujets ou des groupes de sujets. Les recherches peuvent dans ce cas porter sur la mise en évidence d'un ensemble de traits de personnalité susceptibles d'avoir un rôle protecteur face aux épreuves de la vie et à l'adversité.

Parmi les traits de personnalité corrélés à la résilience, [128] ont retenus sept caractéristiques qui seraient présentes, à des degrés divers, dans le fonctionnement résilient. Ce sont : la perspicacité, l'indépendance, l'aptitude aux relations, l'initiative, la créativité, l'humour et la moralité.

Le concept de résilience a démontré une forte corrélation négative avec le névrosisme, qui correspond à la prédisposition aux émotions négatives, une mauvaise capacité à faire face au stress, et des difficultés à maîtriser ses impulsions [132]. Bien que les scores névrosisme élevés ne représentent pas un diagnostic de problèmes cliniques, des preuves suggèrent que les gens névrosés sont en effet plus vulnérables à la détresse émotionnelle et aux désordres psychologiques [133]. En revanche, les individus avec des scores faibles névrosisme sont considérés comme bien ajusté, émotionnellement stable, et capable de faire face au stress [132]. Il n'est donc pas surprenant que la résilience démontre une forte corrélation avec le névrosisme. Une question qui se pose est de savoir si la résilience a une validité supplémentaire par rapport à la névrose. En effet, la vulnérabilité au stress est une facette de la névrose et les individus qui obtiennent un score faible sur cette facette sont très susceptibles d'obtenir des scores élevés sur des mesures de résilience.

## **VI.5 Résilience et dépression**

L'influence de la résilience sur la présence ou la gravité de la dépression faisant suite à l'exposition à un traumatisme reste largement inconnue. À notre connaissance, seules trois études sur le rôle de la résilience sur les symptômes psychiatriques généraux ont été rapportées [134] [135] [136]. Une étude transversale a constaté que, pour des niveaux similaires de carences affectives infantiles ; les personnes ayant un niveau élevé de résilience avaient moins de symptômes psychiatriques généraux, par rapport à ceux ayant un faible niveau de résilience [135]. La seconde étude a suivi pendant 30 ans des personnes ayant des antécédents d'abus sexuels ou physiques dans l'enfance. Cela permettait d'évaluer le développement de psychopathologie à l'âge adulte. Il a été constaté que malgré des antécédents de violence graves, certaines personnes ne développaient pas de problèmes psychiatriques au cours de cette période de suivi [136]. De même, la troisième étude transversale a constaté que malgré l'exposition à des événements traumatiques, certaines personnes n'ont pas de troubles psychiatriques [134]. Ces études fournissent des informations précieuses sur l'effet de la résilience sur les symptômes psychiatriques généraux. Toutefois, les données sur les relations de la résilience avec la dépression sont encore insuffisantes.

## **VI.6 Résilience et psychométrie**

Les chercheurs et cliniciens en psychopathologie s'intéressent de plus en plus à l'évaluation de la résilience afin de comprendre son intérêt dans le domaine de la santé mentale. Toutefois, à ce jour il existe peu de mesures bien validées de la résilience. Pour répondre à cette question Connor et Davidson [137] ont développé un auto-questionnaire : le Connor-Davidson Résilience Scale (CD-RISC). Cette mesure a été conçue avec le double objectif d'établir des normes dans la population normale et clinique ; et d'évaluer les modifications des scores de résilience lors de la réponse au traitement. Le CD-RISC est constitué d'items reflétant plusieurs aspects de la résilience comprenant le sentiment de compétence personnelle, la tolérance de l'affect négatif, l'acceptation positive du changement, la confiance dans ses instincts, le sens du soutien social, la foi

spirituelle, et une approche orientée vers l'action pour résoudre les problèmes. Les premiers travaux suggèrent que le CD-RISC est une mesure prometteuse pour une utilisation avec les patients adultes avec une pathologie psychiatrique et les populations normales. Les efforts pour renforcer les propriétés psychométriques du CD-RISC peuvent aider cet instrument à devenir le «gold standard» de l'auto-évaluation pour évaluer la résilience dans les populations adultes.

## **VII. Dépression et personnalité**

### **VII.1 Définition**

La personnalité désigne de façon générale ce qu'il y a de relativement stable et permanent dans la dynamique de l'organisation du fonctionnement psychologique d'une personne. Sur le plan étymologique, elle vient du mot latin *persona* qui signifie « le masque ». Il indique ainsi une des principales caractéristiques des masques dans le théâtre, reflet fixe et permanent qui cherche à représenter un individu.

On retrouve de nombreuses définitions de la personnalité. Celle de J.Delay et P.Pichot [138] permet de mettre l'accent sur l'aspect intégratif de diverses composantes : La personnalité humaine peut être considérée comme l'organisation dynamique des aspects cognitifs (c'est-à-dire intellectuels), affectifs, conatifs (c'est-à-dire pulsionnels et volitionnels), physiologiques et morphologiques de l'individu.

Les différents domaines de la personnalité peuvent être étudiés selon différents aspects : L'aspect structural qui va se focaliser sur l'intégration des divers éléments ou facteurs qui constituent la personnalité. L'aspect dynamique qui va analyser les forces qui déterminent l'évolution de cette structure personnelle et son adaptation générale. L'aspect génétique qui s'intéresse à l'histoire des modalités de l'interaction des influences héréditaires et environnementales.

Il existe de nombreuses théories de la personnalité. Chacune dépend de l'approche employée pour aborder ce concept. Il semble important de citer les courants majeurs.

### **VII.1.1 L'approche psychanalytique**

Elle s'est développée à partir de la psychopathologie individuelle. Ses fondements sont biologiques. L'auteur d'origine est Freud. Elle repose sur la théorie des instincts, dans laquelle les pulsions sont les forces physiologiques qui poussent l'individu à accomplir une activité. L'histoire du développement de la personnalité est une lutte entre le pôle pulsionnel de la personne et de nombreuses sources de tension. Freud décrira ainsi l'aspect structural de la personnalité selon une première topique (ou théorie) en 1890 : la personnalité est composée de trois éléments : l'Inconscient, le Préconscient et le Conscient. En 1923, il décrit une deuxième topique qui constitue la personnalité selon trois instances : le Ça, le Moi et le Surmoi. La personnalité se développe surtout au cours des cinq premières années de la vie et suit cinq stades psycho-sexuels : stade oral, stade anal, stade phallique, période de latence et stade génital.

### **VII.1.2 L'approche comportementale ou behavioriste**

Le behaviorisme est né des travaux de Watson. Contrairement aux théories psychanalytiques, elle veut dégager l'étude de l'homme de toute subjectivité. Les phénomènes psychologiques s'expriment ainsi en termes de stimulus et de réponse. L'organisme réagit aux stimulations extérieures en fonction des lois du conditionnement. Pavlov (conditionnement répondant) et Skinner (conditionnement opérant ou instrumental) décriront les lois du conditionnement. D'après ce dernier, l'interaction de l'individu avec un stimulus environnemental va engendrer une réponse. Celle-ci sera soit reproduite ou soit éliminée en fonction des conséquences aversives ou appétitives qu'elle engendre pour l'individu. Ces dernières prendront le nom de renforcements positifs et renforcements négatifs. Ces constatations se baseront sur des expériences expérimentales en laboratoire et ne peuvent en l'état décrire la complexité du

fonctionnement psychique humain. Bandura (1969) apportera la notion de renforcement social qui peut se manifester par l'approbation, l'intérêt, l'acceptation, l'attention des autres. Un point clé de ces théories est la notion d'apprentissage social. Celle-ci introduit une variable indépendante des notions de conditionnement. Ainsi l'apprentissage par observation décrit le fait de reproduire un comportement qu'il aura observé sur autrui. Ce dernier sera alors considéré comme un modèle. Le modèle peut ne pas être obligatoirement présent physiquement. C'est l'apprentissage vicariant. La puissance de cet apprentissage sera d'autant plus importante si l'on multiplie le nombre de modèle reproduisant le même comportement au même moment. Certains actes peuvent être appris d'autant plus rapidement que la motivation est importante. La qualité des acquisitions dépend des conditions d'établissement des performances acquises et l'on peut identifier les conditions qui viennent favoriser ou au contraire gêner l'élaboration de nouvelles acquisitions. Cette théorie de l'apprentissage s'adapte plus à l'être humain en le considérant dans son milieu environnemental. Elle va accorder un rôle déterminant aux apprentissages précoces, aux frustrations subies vis-à-vis desquelles le nourrisson est peu armé lorsque les parents et la société exigent de lui certains comportements. La personnalité est la résultante de ces expériences conflictuelles qui modifient progressivement les hiérarchies des réponses successivement élaborées.

### **VII.1.3 Approche psychobiologique**

L'un des enjeux de ce type d'approche est de rechercher des relations entre la personnalité et les processus neurobiologiques.

On peut citer le modèle de Gray [139] qui formule une théorie psychobiologique de la personnalité fondée sur deux facteurs : « anxiété » et « impulsivité ». L'originalité de ce modèle tient à l'intégration des aspects motivationnels des stimulations. Cela lui permet de mettre en relation les traits de personnalité avec la sensibilité aux signaux de récompense et de punition. En se référant à des modèles animaux, Gray postule l'existence d'un système d'inhibition comportemental (BIS) dont l'activité contrôle l'expression du trait « anxiété » et d'un système d'activation comportemental (BAS) relié aux traits de

désinhibition et d'impulsivité. Les structures neurologiques incriminées dans le fonctionnement du BIS comprennent le système septo-hippocampique, ses afférents du tronc cérébral et ses projections corticales vers le lobe frontal. Au niveau de la neurotransmission, les systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques seraient particulièrement impliqués dans le niveau d'activité du BIS. Le BAS serait en revanche sous le contrôle des centres de récompense et de facilitation comportementale (« go system ») liés aux ganglions de la base et aux voies dopaminergiques. Ce modèle a servi de base à des applications dans le domaine de la recherche clinique, mais ses corrélats neurobiologiques restent à confirmer chez l'homme.

Cloninger exprime l'idée que les seules données descriptives du comportement humain ne sont pas suffisantes pour privilégier un modèle de personnalité donné. Il propose ainsi un modèle biosocial de la personnalité qui s'articule sur des tempéraments et des caractères. Ce modèle intègre des données d'origine diverses. Elles proviennent d'études familiales, de jumeaux et d'adoption et de suivi longitudinal, de travaux neuropharmacologiques et neurocomportementaux sur les processus d'apprentissage chez l'homme et l'animal ainsi que d'études psychométriques. Il définit ainsi quatre tempéraments génétiquement déterminés et associés à des variables biologiques spécifiques : la recherche de nouveauté, l'évitement du danger, la dépendance à la récompense et la persistance. La dimension « recherche de nouveauté » évalue la tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à répondre à des stimulus nouveaux. Deux types de réponses comportementales lui sont associés : une activité exploratoire à la recherche d'une récompense et l'évitement actif de la punition ou de la monotonie. Les individus obtenant des scores élevés dans cette dimension se caractérisent par un comportement impulsif et extravagant, une excitabilité, le manque de contrôle émotionnel. Ils s'engagent volontiers dans de nouvelles activités mais en négligent les détails et s'en lassent vite. En revanche, les sujets de l'autre extrême de la dimension sont décrits comme réfléchis, rigide, fiable, stables, ordonnés et persévérants. Dans ce modèle, la dimension de recherche de nouveauté serait reliée au système d'activation comportemental dont la voie finale commune est constituée par les voies dopaminergiques.

La dimension « évitement du danger » mesure la tendance d'un sujet à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs. La réponse

comportementale correspondante est l'inhibition qui vise à éviter la punition ou la frustration d'une récompense. Les individus caractérisés par des scores élevés à cette dimension sont prudents, craintifs, timides et fatigables alors que les sujets à l'opposé sont confiants, détendus, insouciant et optimistes. L'évitement du danger serait en relation avec un système d'inhibition comportemental comprenant le système septo-hippocampique et les projections sérotoninergiques vers le système limbique et le cortex préfrontal.

La dimension de « dépendance à la récompense » se caractérise par une réponse intense devant des signaux de récompense et un maintien de cette réponse lorsque celle-ci a été antérieurement associée à une récompense ou à un évitement de la punition. Ces signaux comprennent surtout l'approbation sociale et interpersonnelle. Cliniquement, une forte dépendance à la récompense se manifeste par une quête d'approbation sociale, une hypersensibilité au rejet, une hyperréactivité émotionnelle, un comportement de recherche de gratification se maintenant même en l'absence de bénéfices. Les individus ayant des scores faibles dans cette dimension sont, à l'inverse, introverti, solitaire, indépendant et anticonformiste. La « dépendance à la récompense » serait liée au système noradrénergique qui joue un rôle important dans l'apprentissage et la mémorisation de nouvelles associations.

La dimension « persistance » correspond à la capacité à persévérer, la tendance à poursuivre un comportement sans prendre en considération les conséquences de ce comportement, en l'absence de renforcements immédiats et malgré la fatigue et la frustration.

Il décrit aussi trois caractères qui correspondent à l'apprentissage et aux effets de l'environnement : l'autodétermination (maturité individuelle), la coopération (maturité sociale) et la transcendance (maturité spirituelle). De ce modèle sera issu un questionnaire, le TCI (Temperament and Character Inventory) dans le but de repérer ces différentes dimensions.

Dans une perspective neurobiologique, différentes voies de recherche se sont développées à partir de ce modèle. Une première voie consiste en la vérification des bases neurobiologiques décrites par Cloninger, la seconde

concerne les aspects génétiques et une autre est l'étude de l'influence des psychotropes sur les dimensions de tempérament.

Les résultats des études de correspondance entre marqueurs biologiques et dimensions de tempérament sont hétérogènes. La libération d'hormone de croissance induite par l'apomorphine, indice de sensibilité des récepteurs dopaminergiques D2 hypothalamiques serait positivement corrélée à la dimension « recherche de nouveauté » dans une population d'alcooliques [140] [141] mais ce résultat n'a pas été répliqué chez les sujets déprimés [142]. De même aucune différence n'est mise en évidence entre les principaux métabolites des systèmes de neurotransmission dans le liquide céphalorachidien de patients alcooliques et les témoins [143]. Les données concernant l'activité de l'axe corticotrope sont également variables. Roy [144] ne met pas en évidence de corrélations entre les dimensions de tempérament d'Eysenck et de Cloninger et les mesures d'activité corticotropes chez les sujets déprimés. Ruegg [145] a étudié avec son équipe la réactivité du système sérotoninergique en mesurant les taux de cortisol et de prolactine après administration de clomipramine chez des volontaires sains et montré que la réponse cortisolique est positivement corrélée à la dimension « évitement du danger » alors que la réponse de la prolactine est négativement corrélée à la « recherche de nouveauté ».

L'étude des potentiels évoqués endogènes indique que l'amplitude mais non la latence de l'onde P300 est positivement reliée à la « recherche de nouveauté » et négativement corrélée à l'évitement du danger indiquant que la quantité de ressources allouée au traitement de l'information peut varier selon le profil de tempérament [146].

Les aspects génétiques du modèle biopsychosocial de Cloninger ont fait l'objet de nombreux travaux depuis la publication d'une association entre un polymorphisme du récepteur dopaminergique D4 et le trait « recherche de nouveauté » [147]. Ebstein et al. [143] ont également décrit une association entre un allèle du récepteur 5HT2c et la dimension « recherche de nouveauté » ainsi qu'un effet d'interaction entre les polymorphismes des récepteurs dopaminergiques D2 et D3 et la dépendance à la récompense. Certains travaux confirment ces résultats [148] [149]. Les études de jumeaux montrent que 54 à 60 pour 100 de la variance des traits de recherche de nouveauté, évitement du

danger et dépendance à la récompense sont liés à des facteurs génétiques [150] [151]. Une autre étude de jumeaux confirme un modèle génétique à quatre facteurs chez les femmes alors que trois facteurs suffisent chez les hommes à expliquer la variance génétique des dimensions du TPQ [151].

## **VII.2 Personnalité et dépression selon le modèle psychobiologique de Cloninger**

Le modèle de Cloninger a donné lieu à un grand nombre d'applications dans le domaine de la psychopathologie. Certaines dimensions pourraient ainsi avoir une valeur prédictive vis-à-vis de la survenue de troubles mentaux. Ainsi les sujets à risque pour l'alcoolisme à début précoce [152], pour les comportements antisociaux à l'adolescence [153] ou pour la consommation de cannabis, de tabac et d'alcool [154] se caractérisent par le profil tempéramental associant une forte recherche de nouveauté à un faible évitement du danger.

Le profil tempéramental des patients dépressifs semble se caractériser par un évitement du danger élevé [155]. On observe aussi que cette dimension n'est pas stable puisque son score augmente en cas d'épisode dépressif [156] [157] [146]. Cela témoigne donc d'une composante influencée par l'état. Des études ont montré un lien entre une activité serotoninergique basse et le trait de personnalité évitement du danger [158]. Le modèle de Cloninger pourrait ainsi avoir un intérêt pour l'identification de facteurs prédictifs de l'évolution de la symptomatologie dépressive. Joffe et al. [159] ont montré que les sujets ayant de faibles scores initiaux d'évitement du danger avaient l'évolution la plus favorable sous traitement antidépresseur. Selon Joyce et al. [160], 35% des variations des effets thérapeutiques des antidépresseurs seraient en relation avec des facteurs de personnalité. Dans une population de sujets recevant de la paroxétine pour un trouble anxieux généralisé, les scores à l'inventaire de caractère et de personnalité (TCI) montrent une diminution de l'évitement du danger et un score d'autodétermination significativement augmenté à six mois [161]. Des scores élevés d'évitement du danger sont un élément de mauvais pronostic chez des patients traités par lux-thérapie pour dépression saisonnière. Dans ce groupe, les dimensions de tempérament rendent compte de 25% de la

variance de l'évolution sous traitement [162]. Des résultats similaires sont obtenus par Tome et al. [163] qui montrent que des scores initiaux faibles dans la dimension évitement du danger sont prédictifs d'une bonne évolution de la symptomatologie dépressive à six semaines et à six mois. Certains auteurs estiment que les traits de tempérament et leurs corrélats neurobiologiques pourraient être des variables importantes à considérer pour le choix et l'adaptation optimale du traitement antidépresseur. [164]

# **PARTIE II**

## **ETUDE CLINIQUE**

## **I. Objectif de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est de rechercher un lien éventuel entre l'alexithymie et le type de dépression.

L'objectif secondaire est de caractériser les différences cliniques en termes d'âge, d'anxiété, personnalité et résilience dans les deux groupes de patients dépressifs.

## **II. Méthodologie**

Il s'agissait d'une étude comparative transversale portant sur une population de 70 patients dépressifs. Ces derniers étaient hospitalisés au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges pour épisode dépressif majeur.

Cet échantillon distinguait deux groupes :

Un groupe composé de 35 patients présentant un épisode dépressif majeur succédant à une perte. Cette perte devait correspondre à un événement de vie difficilement surmontable sur le plan émotionnel. Il devait concerner un des domaines suivants :

- Affectif : perte d'un être cher, séparation, divorce, avortement
- Professionnel : perte d'emploi
- D'un statut ou d'une fonction : rôle familial, social, retraite
- D'une identité physique
- D'un idéal de vie

On parle alors de dépression de perte

Un groupe composé également de 35 patients présentant un épisode dépressif majeur suite à un état d'épuisement. Le patient devait être exposé à un stress chronique. Il correspond à un épuisement physique et psychique causé par l'implication à long terme du patient dans des situations qui sont exigeantes sur le plan émotionnel. Il peut correspondre à l'accumulation des contraintes ou à la succession de microtraumatismes psychologiques dans différents domaines :

- Vie familiale et affective (problématique de couple, difficultés avec les enfants...)
- Vie professionnelle (conflits, contraintes et/ou exigences élevées...)
- Vie sociale (problème financiers, changement de vie matérielle, conflits avec la société...)
- Santé (handicap, maladie...)

On parle alors de dépression d'épuisement.

## **II.1 Population étudiée**

### **II.1.1 Définition de la pathologie étudiée**

Pour inclure nos patients, nous avons choisi de retenir la définition de l'épisode dépressif majeur tel qu'elle est décrite dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux du DSM-IV-TR [1].

Pour entrer dans le cadre de l'étude les patients devaient donc se soumettre aux critères suivants :

### **Les critères DSM IV-TR pour l'épisode dépressif majeur :**

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (triste ou vide) ou observée par les autres (pleure).
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut-être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes.

Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.à.d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

## **II.2 Critères d'inclusion et d'exclusion**

### **II.2.1 Critères d'inclusion**

Pour pouvoir être inclus dans l'étude, les patients devaient donner leur consentement écrit.

Les patients devaient être hospitalisés au Centre hospitalier d'Esquirol dans le cadre d'un épisode dépressif majeur

### **II.2.2 Critères d'exclusion**

L'épisode dépressif majeur ne devait pas entrer dans le cadre d'un trouble bipolaire, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique

Les patients présentant des troubles cognitifs associés ne pouvaient pas entrer dans le cadre de cette étude.

## **II.3 Recrutement des patients**

Les 70 patients dépressifs inclus dans cette étude étaient hospitalisés à temps complet dans les unités ouvertes du centre hospitalier Esquirol. Le recrutement des patients s'est déroulé de novembre 2010 à juin 2011. Un entretien semi-structuré et standardisé était réalisé par moi-même dans les trois jours succédant leur admission dans le service. Celui-ci permettait de caractériser l'épisode dépressif majeur et le type de dépression : dépression de perte ou dépression d'épuisement.

Il permettait aussi de recueillir les données socio-démographiques. Après cet entretien et accord écrit du patient pour participer à l'étude, il était remis à ce dernier un recueil d'auto-questionnaire qu'il devait remplir seul et dans les plus brefs délais.

## **II.4 Recueil de l'information**

## **II.4.1 Données sociodémographiques**

Etait demandé :

- l'âge
- la date de naissance
- le sexe
- le statut marital
- le lieu de vie
- le niveau culturel
- la catégorie professionnelle

Il était demandé s'il s'agissait de la première hospitalisation et si non le nombre d'hospitalisations antérieures pour épisode dépressif majeur.

## **II.4.2 Instruments d'évaluation par auto-questionnaire :**

### **Le Temperament and Character Inventory (TCI-125)**

Parmi les différents modèles de personnalité, nous avons retenu celui de Cloninger qui, à l'exemple de ses prédécesseurs, a essayé de décrire la personnalité en quelques variables fondamentales. Ce modèle repose sur une approche dimensionnelle et psychobiologique comprenant quatre variables de tempérament et trois variables de caractère.

Les variables de tempérament sont supposées être transmises génétiquement et contrôlées par des systèmes neurobiologiques spécifiques. Les trois dimensions du caractère représentent la part apprise de la personnalité. Elles reflètent les degrés d'adaptation et de maturité du sujet, acquis au cours du développement sous l'influence du milieu et de l'apprentissage. Le questionnaire initial s'appelle le TCI-226, conçu par Cloninger et ses collaborateurs. Il a été validé par Pelissolo et Lépine en 1997 dans cette version longue à 226 items. La version courte à 125 items (TCI-125) a été validée par Pelissolo et ses collaborateurs.

Les études de validation française du TCI-226 mettent en évidence des qualités métrologiques satisfaisantes, tout comme dans sa version originale. Après analyse factorielle du TCI-125, il s'avère que cette version abrégée évalue bien les sept dimensions inventoriées dans le TCI-226. Elle a l'avantage, par rapport à la version originale, de limiter la durée de passation tout en ayant de bonnes qualités psychométriques. Les travaux de validation doivent être poursuivis, notamment dans des échantillons plus spécifiques.  
[165]

Dans le cadre de notre étude nous avons choisi la version courte à 125 items dans le but de ne pas trop alourdir notre protocole. Ce TCI-125 est

composé de 125 items pour chacun desquels le sujet doit obligatoirement répondre par « vrai » ou « faux », selon que l'item correspond ou non d'après lui, à sa personnalité. Chacune des sept dimensions comprend plusieurs sous-dimensions représentées chacune par cinq items :

**LA RECHERCHE DE NOUVEAUTE** : RN (vingt items) est divisée en quatre sous-dimensions (RN1 à RN4) évaluant : le besoin de changement (cinq items), l'impulsivité (cinq items), les dépenses (cinq items) et l'anticonformisme (cinq items).

**L'EVITEMENT DU DANGER** : DR (15 items) se compose de trois sous-dimensions (DR1 à DR3) qui sont : la sentimentalité (cinq items), l'attachement affectif (cinq items) et le besoin de soutien (cinq items).

**LA PERSISTANCE** : P ne comporte pas de sous-catégorie et est évaluée au travers de cinq items.

**L'AUTODETERMINATION** : D (25 items) comprend les sous-dimensions (D1 à D5) explorant : le sens des responsabilités (cinq items), la volonté d'aboutir (cinq items), les ressources individuelles (cinq items), l'acceptation de soi (cinq items) et les habitudes bénéfiques (cinq items).

**LA COOPERATION** : C (25 items) est composée de cinq sous-dimensions (C1 à C5) : la tolérance sociale (cinq items), l'empathie (cinq items), la solidarité (cinq items), l'indulgence (cinq items) et la probité (cinq items).

**LA TRANSCENDANCE** : T (15 items) est composée de trois sous-catégories (T1 à T3) qui évaluent : le sens du spirituel (cinq items), le détachement de soi (cinq items), et la croyance universelle (cinq items).

La grille d'analyse permet de calculer sept scores globaux correspondant aux sept dimensions et des sous-scores pour chacune d'entre elles. Ce calcul se fait à l'aide d'un tableur excel (conception : JP CLEMENT). Sept scores globaux sont alors obtenus avec un sous-score pour chaque sous-dimension (exprimés en pourcentage).

Pour chacune des dimensions, une valeur seuil a été définie par les auteurs. Ces valeurs peuvent varier d'un pays à l'autre comme le montre le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 scores moyens au TCI-226 des dimensions de personnalité de la population générale américaine et française**

DIMENSION	USA (300 sujets) Cloninger, 2003	France (602 sujets) Pelissolo, 2000
RN (40/226 items)	19,2 ± 6	16,4 ± 5,6
ED (35/226 items)	12,6 ± 6,8	16,1 ± 7,2
DR (24/226 items)	15,5 ± 4,4	14,2 ± 3,9
P (8/226 items)	5,6 ± 1,9	4,6 ± 1,9
D (44/226 items)	30,7 ± 7,5	31,9 ± 6,3
C (42/226 items)	32,3 ± 7,2	31,7 ± 5,6
T (33/226 items)	19,2 ± 6,3	13,7 ± 6,1

Nous prendrons en compte pour notre étude les valeurs moyennes définies par Pelissolo sur la population française. [166] Ces valeurs ont été convertit en pourcentage à partir du nombre d'item de chaque dimension.

**Tableau 2 : scores seuils convertis en pourcentage par rapport aux valeurs moyennes de la population française.**

DIMENSION	France (602 sujets) Pelissolo, 2000
RN (40/226 items)	41
ED (35/226 items)	46
DR (24/226 items)	59
P (8/226 items)	57
D (44/226 items)	72
C (42/226 items)	75
T (33/226 items)	41

## **Le State Trait Anxiety Inventory (STAI: [167])**

L'anxiété a été mesurée à l'aide du State Trait Anxiety Inventory (STAI) validé par Spielberger et al. (1993). Ce questionnaire a largement été utilisé dans d'autres études et sa validité psychométrique est robuste.

Le STAI consiste en deux questionnaires d'auto-évaluation. Le premier permet de mesurer l'état d'anxiété (forme Y1), et le deuxième permet de mesurer le trait d'anxiété (forme Y2).

Chaque questionnaire contient 20 items et une échelle de mesure allant de 1 (Presque jamais) à 4 (Presque toujours).

La forme Y1 du STAI mesure l'état d'anxiété et son score s'étale de 20 à 80. Les plus hauts scores indiquent une plus forte anxiété. Cette échelle comprend des items demandant comment le sujet se ressent au moment où il remplit le questionnaire, tels que : « Je me sens calme. » ; « J'ai confiance en moi. » ; « Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles. » ; « Je me sens dans de bonnes dispositions. »

La forme Y2 du STAI mesure le trait d'anxiété et son score s'étale de 20 à 80. Les plus hauts scores indiquent une plus forte anxiété. Cette échelle comprend des items demandant comment le sujet se ressent généralement, tels que : « J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter. » ; « Je deviens tendu (e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis. » ; « Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent. » ; « Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement. » Les recherches utilisant ce questionnaire ont montré une validité externe et une consistance interne adéquate. Par exemple, Spielberger et al. (1993) reportent des alphas de Cronbach de 0.90 pour les hommes et de 0.89 pour les femmes.

## **La Toronto Alexithymia Scale [120] (TAS-20)**

L'alexithymie a été mesurée avec le questionnaire le mieux validé et le plus consistant [120]. De plus, la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) de Bagby et al. (1994) a été validée en Français par Loas, Parker, Otmani, Verrier, et Fremaux (1997).

Elle est composée de 20 items divisés en trois sous échelles et côtés selon une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 (Désaccord complet) à 5 (Accord complet).

La première sous-échelle (Facteur 1) mesure la difficulté à identifier ses émotions et à les distinguer des sensations procurées par le corps (sensations physiques et kinesthésiques). Elle est caractérisée par des items tel que « Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments. » ; « J'éprouve des

sentiments que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas. » ; « Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps. » ; « J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier. »

La deuxième sous-échelle (Facteur 2) mesure la difficulté à décrire ses sentiments et émotions. Elle est caractérisée par des items tels que « J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments. » ; « J'arrive facilement à décrire mes sentiments. » (cotation inversée) ; « Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens. » ; « Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes ami(e)s très proches. »

La troisième sous-échelle (Facteur 3) mesure le fait d'avoir des pensées orientées vers l'extérieur. Elle est caractérisée par des items tels que « Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour. » ; « Etre conscient de ses émotions est essentiel » (cotation inversée) ; « Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments. » ; « Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels. » ; « Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence. » (cotation inversée).

Les notes seuils permettant de dépister les sujets ayant un trait de personnalité alexithymique des autres sont rangées de la sorte :

Les paramètres de la TAS 20 sont métrologiquement satisfaisants (validité, fidélité, stabilité). Les coefficients de consistance interne vont de 0.68 à 0.84 pour le score total et de 0.27 à 0.85 pour les sous-échelles [168]. Les analyses confirmatoires réalisées par [121].

**Tableau 3. Normes françaises de l'échelle d'alexithymie (TAS-20) [121]**

		Groupe témoin	Seuil d'absence d'alexithymie	seuil d'alexithymie
	Maximum possible	N=167		
DIS	35	14,8±5,26		
DDSA	25	13,7±4,35		
POE	40	17,7±4,52		
total TAS-20	100	46,2±10,52	Si < ou =44	Si > ou =56

## La Beck Depression Inventory (BDI-13) [169]

L'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée représente la mesure la plus simple et l'une des mesures les plus utilisées des aspects subjectifs de la dépression. Elle comporte 13 items gradués de 0 à 3. Elle fournit une note globale d'intensité du syndrome dépressif allant de 0 à 39. Il s'agit d'une échelle brève, sensible, valide, facile à remplir et dont la structure factorielle est bien documentée. Son intérêt pratique est largement attesté par plus de 15 années de recherche.

La version abrégée de l'inventaire de dépression de Beck est une mesure destinée à permettre aux généralistes et aux chercheurs d'effectuer une évaluation rapide de la dépression.

Il s'agit d'un inventaire de mesure de profondeur de la dépression qui a été développé par Beck à partir de 1962. Plusieurs versions existent : la version originale comprend 21 items, une version étendue de 25 items a été proposée par P. Pichot (pour une présentation de ces formes cf. Cottraux, Bouvard et Légeron, 1985). La forme abrégée a été développée par Beck à partir de 1972.

La forme originale à 21 items incluait tous les symptômes de la constellation dépressive. La forme abrégée n'a retenu que les items les plus fortement corrélés avec la note globale de l'échelle de Beck à 21 items (corrélations supérieures à 0,90) et ayant également les corrélations maximales avec les évaluations par les cliniciens de l'intensité du syndrome dépressif. Il a été ainsi obtenu un questionnaire de 13 items qui corrélait à 0,96 avec le score total de l'échelle originale de 21 items et à 0,61 avec les évaluations de la dépression effectuées par des cliniciens. Les treize items retenus mesurent les symptômes suivants :

- |                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1) - Tristesse                        | 8) - Retrait social         |
| 2) - Pessimisme                       | 9) - Indécision             |
| 3) - Echec personnel                  | 10) - Modification négative |
| 4) - Insatisfaction de l'image de soi |                             |
| 5) - Culpabilité                      | 11) - Difficulté au travail |
| 6) - Dégoût de soi                    | 12) - Fatigabilité          |
| 7) - Tendances suicidaires            | 13) - Anorexie              |

On retrouve dans cet ensemble les éléments de la triade cognitive décrite par Beck. Celle-ci comprend des considérations négatives sur soi, le monde extérieur et le futur (item 1 à 8, et item 10). De plus, le ralentissement est appréhendé par les items 9, 11 et 12. L'item 13 représente les troubles somatiques.

Plusieurs études ont défini sa structure factorielle, sa sensibilité au changement, son homogénéité et sa fidélité test-retest dans la version anglaise (Beck et Beamesderfer, 1974 ; Beck, Steer et Garbin, 1988).

Trois études ont été effectuées en France :

- L'étude de Lemperière et al., (1984) portait sur 79 déprimés. Il s'agissait de dépressions jugées sévères ou très sévères dans plus de la moitié des cas (score moyen à l'inventaire de Beck = 22). Les patients étaient hospitalisés dans 2/3 des cas. L'échelle est sensible au changement, et corrélée significativement à l'échelle de Hamilton et surtout la MADRS. En ce qui concerne l'appréciation clinique globale, l'échelle de Hamilton (0,85) et la MADRS (0,88) sont mieux corrélées que l'échelle de Beck (0,83) après 28 jours de traitement.

- L'étude de Collet et Cottraux (1986) portait sur 50 patients déprimés ambulatoires (moyenne = 18 ; écart type = 6 ; valeurs extrêmes : 4-33). Le score total de l'échelle de Beck est corrélé avec le score global de l'échelle de Hamilton (26 items) et avec le score global de l'échelle de ralentissement de Widlöcher. Les 2 corrélations ne diffèrent pas significativement.

- L'étude de Cottraux (1988), qui portait sur 45 dépressions majeures, a retrouvé, après rotation Varimax, une structure factorielle voisine de celle de la version anglaise. Quatre facteurs principaux apparaissent : ralentissement (25 %), culpabilité (17 %), retrait social (12 %), perturbation somatique. Une comparaison avec 50 sujets obsessionnels retrouve une structure factorielle presque identique de l'échelle. Dans la version anglaise, avait été retenue une solution à deux facteurs seulement : ralentissement et culpabilité.

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée, plus le sujet est déprimé.

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

L'inventaire abrégé de dépression de Beck est la mesure subjective de dépression la plus utilisée. Il est certain qu'une investigation clinique, et d'autres instruments, peuvent apporter des données plus approfondies concernant un état dépressif.

Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974) :

- 0-4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Cependant son pouvoir de discrimination de l'intensité de la dépression a été discuté. Dans l'étude de Lemperière et al. (1984) la comparaison des différents instruments d'évaluation a montré que la capacité du questionnaire de Beck à discriminer, entre 7 stades de gravité, apparaît inférieure à l'échelle d'Hamilton et la MADRS.

Malgré sa corrélation très élevée avec l'inventaire de Beck à 21 items, elle ne l'a pas remplacé dans les recherches en psychothérapie cognitive. Elle est plus souvent utilisée en psychopharmacologie, en médecine générale et en épidémiologie.

En dépit de ces réserves, il s'agit d'un instrument bien accepté par les patients et facile à administrer du fait de sa brièveté.

### **La Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) [137]**

Les capacités de résilience des sujets ont été déterminées par l'échelle de résilience « Connor-Davidson Resilience Scale » ou CD-RISC. Cette échelle a été créée aux Etats-Unis en 2003 par Kathryn M.Connor et Jonhatan R.T. Davidson. La résilience est évaluée en termes de capacité et de compétence du sujet (Laot,2008).

Elle permet d'apprécier les capacités de résilience, en établissant une valeur de référence sur un échantillon de population générale exempt de pathologie psychiatrique et sur des échantillons cliniques, selon une approche multidimensionnelle. Elle tient compte des facteurs correspondant aussi bien à la ténacité, à la tolérance aux émotions négatives qu'à l'aptitude aux changements, à l'établissement de relations sécurées, au contrôle et à la spiritualité.

Cet auto-questionnaire est composé de 25 items. A chaque affirmation, le sujet doit sélectionner la réponse qui correspond le mieux à son ressenti durant le mois qui précède. Il a le choix entre les affirmations suivantes : « pas tout à fait vrai », « rarement vrai », « parfois vrai », « quasi tout le temps vrai ». Chaque item est coté de 0 à 4. L'utilisation de cette échelle permet l'établissement d'un score total variant de 0 à 100. Les scores les plus élevés reflètent une meilleure capacité de résilience. En population générale le score seuil est de 82. Dans leur échantillon de population de patients pris en charge pour un trouble psychiatrique, ce score seuil est de 69.

## **II.5 Analyse statistique**

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour caractériser les données démographiques et cliniques des deux groupes : dépression de perte et dépression d'épuisement. Des analyses bivariées comparant toutes les

variables entre les sujets présentant une dépression de perte et les sujets présentant une dépression d'épuisement ont été réalisées en utilisant des tests du  $\chi^2$  pour les variables qualitatives et des tests t de Student pour les variables quantitatives. Une analyse par corrélation de Spearman a été réalisée sur les données brutes pour les scores de la Beck 13, STAI, TAS, CD-RISC et TCI-125 et les 3 facteurs de la TAS-20. Une analyse comparative a été menée pour déterminer s'il existe des différences cliniques entre les deux groupes de patients dépressifs.

# **PARTIE III**

## RESULTATS

## **I. ANALYSE DESCRIPTIVE**

L'analyse descriptive a permis de caractériser les sujets de l'échantillon selon des données sociodémographiques (âge, sexe, niveau culturel, catégorie professionnelle) mais aussi selon leurs antécédents d'hospitalisation et de traitements psychotropes.

### **I.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

Sur les 70 patients inclus dans notre étude, 29 sont des hommes (soit 41%) et 41 sont des femmes (soit 59%). Dans le groupe dépression de perte, nous avons 12 hommes (soit 34%) et 23 femmes (soit 66%). Dans le groupe dépression d'épuisement, nous avons 17 hommes (soit 49%) et 18 femmes (soit 51%).

Au niveau du statut marital, notre population totale comporte 20 patients célibataire (29%), 31 sont mariés (44%), 10 vivent en concubinage (14%), 7 sont divorcés (10%) et 2 sont veufs (3%). Dans le groupe dépression de perte, nous avons 12 patients célibataires (34%), 13 patients sont mariés (37%), 5 vivent en concubinage (14%), 3 sont divorcés (9%) et 2 sont veufs (6%). Dans le groupe dépression d'épuisement, Nous avons 8 célibataires (23%), 18 sont mariés (52%), 5 vivent en concubinage (14%), 4 sont divorcés (11%).

En ce qui concerne le lieu de vie, 51 patients vivent en milieu urbain (73%) et 19 en zone rural (27%). Dans le groupe dépression de perte, 25 patients sont en zone urbaine (71%) et 10 patients vivent en milieu rural (29%). Dans le

groupe dépression d'épuisement, 26 patients sont en zone urbaine (74%) et 9 patients sont en zone rurale (26%).

Par rapport au niveau d'étude, l'échantillon total est constitué d'une personne qui a un niveau scolaire inférieur au certificat d'étude, 2 ont un niveau scolaire équivalent au certificat d'étude (3%) et 67 ont un niveau supérieur au certificat d'étude (93%). Dans le groupe dépression de perte, 2 personnes ont un niveau égal au certificat d'étude (6%) et 33 personnes ont un niveau supérieur au certificat d'étude (94%). Dans le groupe dépression d'épuisement, une personne a un niveau inférieur au certificat d'étude (3%) et 34 (93%) personnes ont un niveau supérieur au certificat d'étude.

## **I.2 ANTECEDENTS**

Nous avons recherché les antécédents d'hospitalisation pour épisode dépressif au sein de notre population. Dans notre échantillon total, 32 patients avaient déjà été hospitalisés (46%) pour ce motif. Pour les 38 autres patients (54%), il s'agissait de la première hospitalisation. Dans le groupe dépression de perte, 14 patients avaient déjà été hospitalisés (40%) tandis que les 21 autres non (60%). Dans le groupe dépression d'épuisement, 18 patients avaient déjà été hospitalisés (50%). Pour les 18 autres (50%), c'était la première fois.

En ce qui concerne le traitement psychotrope, l'échantillon total est constitué de 40 patients qui prennent un traitement psychotrope (57%) et de 30 patients qui n'en prennent pas (43%). Dans le groupe dépression de perte, 20 patients en prennent un (57%) tandis que les 15 autres n'en prennent pas (43%). On retrouve la même répartition dans la dépression d'épuisement : 20 patients prennent un traitement (57%) et 15 n'en prennent pas (43%).

## **II. ANALYSES COMPARATIVES**

### **II.1 Analyses comparatives entre patients du groupe dépression de perte et patients du groupe dépression d'épuisement**

#### **II.1.1 Comparaison qualitative en fonction de la présence d'alexithymie**

Au sein de notre population totale, on observe que 51 patients dépressifs (73%) présentent une alexithymie selon l'échelle d'alexithymie de Toronto contre 19 patients (27%) qui ne le sont pas. Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes en termes d'âge, d'anxiété et de résilience. Dans le groupe dépression de perte 23 patients présentent une alexithymie (66%) tandis que les 12 autres patients ne la présentent pas (34%). On observe une tendance : les patients non alexithymique ont un score plus important à l'échelle de résilience. Dans le groupe dépression d'épuisement 28 patients présentent une alexithymie (80%) alors que les 7 autres patients ne la présentent pas (20%). On observe une tendance : les patients non alexithymiques ont un score plus important à l'échelle de résilience. Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes en termes d'âge, d'anxiété et de résilience.

**Tableau 4 : Comparaison des scores moyens en termes d'âge, anxiété et résilience en fonction de la présence d'alexithymie (TAS-20  $\geq$  56) et du type de dépression.**

	Non alexithymique	Alexithymique	Significativité $p$
Population totale	n =19	n=51	
Age	51,2 $\pm$ 14,2	47,5 $\pm$ 11,2	0,260
Anxiété état	61,8 $\pm$ 12,6	60,2 $\pm$ 13,4	0,653
Anxiété trait	60,4 $\pm$ 10,6	61,9 $\pm$ 9,9	0,583
CD RISC	48,5 $\pm$ 9,5	44,5 $\pm$ 13,3	0,229
Dépression de perte	n =12	n=23	
Age	51,7 $\pm$ 17,1	47,4 $\pm$ 12,5	0,403
Anxiété état	60,7 $\pm$ 14,5	60,4 $\pm$ 15,8	0,960
Anxiété trait	59,2 $\pm$ 13,2	62,8 $\pm$ 10,1	0,374
<b>CD RISC</b>	<b>49,2 <math>\pm</math>11,0</b>	<b>40,3 <math>\pm</math>14,5</b>	<b>0,052</b>
Dépression d'épuisement	n=7	n=28	
Age	50,3 $\pm$ 8,1	47,5 $\pm$ 10,3	0,519
Anxiété état	63,9 $\pm$ 9,2	60,1 $\pm$ 11,4	0,429
Anxiété trait	62,4 $\pm$ 2,8	61,1 $\pm$ 9,8	0,728
CD RISC*	47,4 $\pm$ 6,7	47,9 $\pm$ 11,3	0,882

\* CD Risc: Connor-Davidson Resilience Scale

### **II.1.2 Comparaison des scores moyens en termes d'âge, anxiété, alexithymie et résilience en fonction de la présence de chaque trait de personnalité.**

Pour la dimension « recherche de nouveauté », il y a 31 patients qui présentent ce trait dans notre population totale de patients dépressifs (44%), 16 patients dans le groupe dépression de perte (45%) et 15 patients dans le groupe dépression d'épuisement (4%).

Au sein de notre population de patients dépressifs, on remarque que la moyenne d'âge est plus basse pour les patients présentant le trait « recherche de nouveauté » (43,2 vs 52,7 ;  $p=0,001$ ). On retrouve aussi cette différence dans le groupe dépression de perte (42,1 vs 54,5 ;  $p=0,008$ ) et le groupe dépression d'épuisement (44,3 vs 50,9 ;  $p=0,05$ ).

En ce qui concerne le trait de tempérament « évitement du danger », on observe dans notre population totale que 63 patients présentent ce trait (90%), 31 patients dans le groupe dépression de perte (89%) et 32 patients dans le groupe dépression d'épuisement (91%). On retrouve dans notre population totale, un score moyen plus bas à l'échelle de résilience (CD-RISC) pour les patients qui présentent ce trait (44,0 vs 59,3 ;  $p=0,002$ ). Il en est de même dans le groupe dépression d'épuisement (46,2 vs 64,7 ;  $p=0,002$ ).

La dimension « dépendance à la récompense » est retrouvée chez 33 patients dans notre population totale de patients dépressifs (47%), 21 patients dans le groupe dépression de perte (60%) et 12 patients dans le groupe dépression d'épuisement (34%).

La dimension « persistance » est présente chez 39 patients dans notre population totale de patients dépressifs (55%), 20 patients dans le groupe dépression de perte (57%) et 19 patients dans le groupe dépression d'épuisement (54%). Dans le groupe dépression de perte, on observe un score moyen plus important à l'échelle CD-RISC pour les patients présentant ce trait (48,4 vs 36,5 ;  $p=0,010$ ).

La dimension de caractère « détermination » est retrouvée chez 4 patients dans notre population totale (6%), un patient dans le groupe dépression de perte (3%) et 3 patients dans le groupe dépression d'épuisement (8%). Dans notre population totale, on remarque que le score moyen à l'échelle d'anxiété trait est inférieur pour les patients présentant le trait détermination (50,2 vs 62,1 ; $p=0,020$ ).

Le trait de caractère « coopération » est présent chez 40 patients au sein de notre population totale (57%), 22 patients dans notre groupe dépression de perte (63%) et 18 patients dans le groupe dépression d'épuisement (51%). Dans notre population totale, on trouve un score moyen plus faible à l'échelle d'alexithymie (TAS-20) pour les patients qui présentent ce trait (60,4 vs 67,1 ; $p=0,013$ ). Ce résultat est similaire dans le groupe dépression d'épuisement (60,2 vs 68,8 ; $p=0,021$ ).

La dimension « transcendance » est retrouvée chez 30 patients dans notre échantillon total (43%), 16 patients dans le groupe dépression de perte (46%) et 14 patients dans le groupe dépression d'épuisement (40%). Dans le groupe dépression d'épuisement, on observe que les patients qui présentent le trait « transcendance » ont un score moyen plus bas en ce qui concerne l'anxiété état (56,4 vs 63,7 ; $p=0,049$ ) et l'anxiété trait (57,2 vs 64,1 ; $p=0,015$ ).

**Tableau 5 : Comparaison des scores moyens en termes d'âge, d'anxiété, d'alexithymie et de résilience en fonction de la présence de chaque trait de tempérament et du type de dépression.**

	Recherche de nouveauté			Évitement du danger			Dépendance à la récompense			Persistance		
	<i>absent</i>	<i>présent</i>	<i>p</i>	<i>absent</i>	<i>présent</i>	<i>p</i>	<i>absent</i>	<i>présent</i>	<i>p</i>	<i>absent</i>	<i>présent</i>	<i>p</i>
POPULATION TOTALE	n=39	n=31		n=7	n=63		n=37	n=33		n=31	n=39	
Age	<b>52,7±12,3</b>	<b>43,2±9,6</b>	<b>0,001</b>	45,43±9,6	48,8±12,4	0,487	49,2±11,2	47,7±13,2	0,603	49,2±10,4	47,9±13,4	0,674
Anxiété état	58,0±14,2	64,0±11,1	0,054	51,8±12,7	61,65±12,9	0,061	62,2±12,3	58,9±13,9	0,310	61,1±13,0	60,3±13,4	0,783
Anxiété trait	59,7±10,6	63,6±8,9	0,097	56,29±11,8	62,0±9,7	0,151	62,3±10,4	60,5±9,7	0,447	62,1±9,9	60,9±10,1	0,620
TAS 20*	63,1±11,1	63,6±8,9	0,856	65,7±13,6	63,0±11,1	0,555	64,5±11,4	61,9±11,2	0,335	65,3±12,3	61,7±10,3	0,191
CD RISC*	44,8±12,7	46,5±12,3	0,574	<b>59,3±13,7</b>	<b>44,0±11,4</b>	<b>0,002</b>	45,5±13,4	45,7±11,5	0,952	42,4±14,3	48,1±10,3	0,056
DEPRESSION DE PERTE	n=19	n=16		n=4	n=31		n=14	n=21		n=15	n=20	
Age	<b>54,5±14,9</b>	<b>42,1±9,6</b>	<b>0,008</b>	49,5±10,7	48,7±14,6	0,925	49,4±14,2	48,5±14,4	0,867	50,0±10,7	48,0±16,4	0,665
Anxiété état	56,6±17,3	65,1±10,9	0,097	51,5±14,5	61,6±15,1	0,212	63,7±14,3	58,3±15,7	0,311	61,6±14,9	59,6±15,7	0,712
Anxiété trait	58,2±12,2	65,4±8,8	0,053	54,25±12,9	62,5±10,9	0,172	63,9±12,6	59,9±9,9	0,313	62,9±11,4	60,55±11,3	0,554
TAS 20	62,9±12,9	61,4±9,9	0,694	61,2±10,0	62,3±11,8	0,860	66,1±12,9	59,6±9,9	0,102	62,6±11,1	61,9±12,1	0,870
CD RISC	43,4±15,8	43,25±11,9	0,980	55,25±15,6	41,7±13,2	0,068	40,8±17,0	45,0±11,6	0,389	<b>36,5±12,9</b>	<b>48,4±12,7</b>	<b>0,010</b>
DEPRESSION EPUISEMENT	n=20	n=15		n=3	n=32		n=23	n=12		n=16	n=19	
Age	<b>50,9±9,1</b>	<b>44,3±9,8</b>	<b>0,050</b>	40,0±5,0	48,8±9,9	0,063	49,1±9,2	46,2±11,3	0,415	48,4±10,3	47,8±9,8	0,877
Anxiété état	59,4±10,8	62,7±11,4	0,391	52,3±13,0	61,6±10,7	0,164	61,3±11,3	60,1±10,9	0,769	60,7±11,5	60,9±10,9	0,959
Anxiété trait	61,1±8,9	61,7±8,9	0,481	59,0±12,3	61,6±8,6	0,632	61,3±8,9	61,4±8,9	0,983	61,4±8,7	61,3±9,0	0,968
TAS 20	63,2±9,5	65,9±13,2	0,481	71,7±17,7	63,7±10,5	0,241	63,6±10,5	65,9±12,6	0,561	67,8±13,1	61,4±8,5	0,094
CD RISC	46,2±9,1	50,0±12,1	0,291	<b>64,7±11,0</b>	<b>46,2±9,1</b>	<b>0,002</b>	48,3±10,0	46,8±11,8	0,692	47,9±13,6	47,7±7,4	0,956

CD RISC: Connor-Davidson Resilience Scale

TAS 20: Toronto Alexithymia Scale

**Tableau 6: Comparaison des scores moyens en termes d'âge, anxiété, alexithymie et résilience en fonction de la présence de chaque trait de caractère et du type de dépression.**

	Détermination			Coopération			Transcendance		
	<i>absent</i>	<i>présent</i>	<i>p</i>	<i>absent</i>	<i>présent</i>	<i>p</i>	<i>absent</i>	<i>présent</i>	<i>p</i>
POPULATION TOTALE	n=66	n=4		n=30	n=40		n=40	n=30	
Age	48,2±11,7	53,5±18,2	0,396	48,7±11,5	48,3±12,7	0,877	48,1±13,0	48,9±10,9	0,800
Anxiété état	60,3±13,4	66,5±7,5	0,204	62,2±12,3	59,5±13,8	0,404	62,4±12,9	58,4±13,3	0,207
Anxiété trait	<b>62,1±9,8</b>	<b>50,2±6,7</b>	<b>0,020</b>	62,7±9,3	60,5±10,5	0,347	62,5±10,8	60,0±8,7	0,295
TAS 20*	63,6±11,0	59,0±16,5	0,437	<b>67,1±11,1</b>	<b>60,4±10,7</b>	<b>0,013</b>	63,1±11,6	63,5±11,1	0,916
CD RISC*	44,9±12,5	55,7±8,2	0,070	44,8±14,4	46,1±10,9	0,685	43,8±12,6	47,9±12,1	0,184
DEPRESSION DE PERTE	n=34	n=1		n=13	n=22		n=19	n=16	
Age	47,9±13,3	79,0	ns*	49,1±12,7	48,7±15,1	0,945	49,0±15,5	48,7±12,7	0,949
Anxiété état	60,3±	67,0	ns	65,3±13,3	57,6±15,7	0,151	60,9±14,9	60,0±15,9	0,865
Anxiété trait	61,9±11,2	48,0	ns	64,9±11,6	59,5±10,8	0,175	60,8±12,6	62,4±9,6	0,672
TAS 20	62,9±10,9	39,0	ns	65,0±11,5	60,6±11,5	0,281	61,00±12,3	63,7±10,7	0,500
CD RISC	42,9±13,9	58,0	ns	40,3±15,8	45,1±12,7	0,334	41,9±15,5	44,9±12,1	0,535
DEPRESSION EPUISEMENT	n=32	n=3		n=17	n=18		n=21	n=14	
Age	48,4±10,2	45,0±7,9	0,580	48,5±10,9	47,7±9,1	0,827	47,4±10,6	49,1±9,0	0,612
Anxiété état	60,3±11,1	66,3±9,3	0,376	59,8±11,3	61,8±10,9	0,597	<b>63,7±11,1</b>	<b>56,5±9,7</b>	<b>0,049</b>
Anxiété trait	62,3±8,3	51,0±8,0	0,120	61,1±7,0	61,6±10,4	0,871	<b>64,1±8,9</b>	<b>57,2±6,9</b>	<b>0,015</b>
TAS 20	64,2±11,3	65,7±11,8	0,837	<b>68,8±10,7</b>	<b>60,2±10,1</b>	<b>0,021</b>	65,1±10,8	63,2±11,9	0,623
CD RISC	47,2±10,5	55,0±9,8	0,222	48,3±12,6	47,3±8,4	0,779	45,6±9,2	51,2±11,7	0,143

CD RISC: Connor-Davidson Resilience Scale

TAS 20: Toronto Alexithymia Scale

ns: non significatif

## **II.2 Analyses des relations entre Alexithymie, résilience et personnalité dans notre population totale de patients dépressifs**

Le score total à l'échelle d'alexithymie (TAS-20) est corrélé positivement aux scores de l'échelle de dépression (BDI) ( $p=0,050$  ;  $\rho=0,236$ ). On retrouve cette même corrélation pour les dimensions de la TAS-20 « difficultés à identifier les sentiments » ( $p=0,043$  ;  $\rho=0,242$ ) et « difficultés à décrire ses sentiments aux autres » ( $p=0,002$  ;  $\rho=0,363$ ).

Par contre on retrouve une corrélation négative avec le score à l'échelle de résilience (CD-RISC) ( $p=0,036$  ;  $\rho=-0,251$ ). On retrouve en particulier une corrélation négative avec les dimensions « difficultés à identifier les sentiments » ( $p=0,049$  ;  $\rho=-0,236$ ) et « difficultés à décrire ses sentiments aux autres » ( $p=0,002$  ;  $\rho=-0,360$ ).

Enfin le score total à l'échelle d'alexithymie est corrélé négativement avec la dimension « coopération » de la personnalité (TCI-125) ( $p=0,002$  ;  $\rho=-0,360$ ). En particulier, on retrouve la même corrélation avec la dimension « difficulté à identifier les sentiments » ( $p=0,019$  ;  $\rho=-0,280$ ).

La dimension « difficulté à décrire ses sentiments aux autres » est corrélée positivement avec la dimension « évitement du danger » ( $p=0,006$  ;  $\rho=0,327$ ) et négativement avec la dimension « détermination » ( $p=0,016$  ;  $\rho=-0,288$ ) du TCI-125

## **II.3 Analyses des relations entre résilience, personnalité et anxiété dans notre population totale de patients dépressifs.**

En ce qui concerne la résilience, on retrouve une corrélation négative avec le score à l'échelle de dépression (BDI) ( $p<0,0001$  ;  $\rho=-0,469$ ). Il existe aussi une corrélation négative avec l'anxiété état ( $p=0,005$  ;  $\rho=-0,332$ ) et l'anxiété

trait ( $p < 0,0001$  ;  $\rho = -0,565$ ). La dimension « évitement du danger » est corrélée négativement avec le score à l'échelle de résilience ( $p < 0,0001$  ;  $\rho = -0,629$ ). On observe par contre une corrélation positive entre la résilience et les dimensions « persistance » et « détermination » (respectivement,  $p = 0,013$  ;  $\rho = -0,296$  et  $p = 0,001$  ;  $\rho = 0,0296$ )

# **PARTIE IV**

## **DISCUSSION**

Notre étude présente un certain nombre de biais et de limites que nous avons essayé de maîtriser autant que possible.

## **I. BIAIS**

### **I.1 Biais de sélection**

Nous avons réalisé une étude comparative transversale. Les patients dépressifs ont été sélectionnés à partir des critères de l'épisode dépressif majeur du DSM IV-TR [1]. Cela permet une appréciation objective de l'épisode dépressif. La répartition des sujets dépressifs au sein du groupe dépression de perte et du groupe dépression d'épuisement a été décidée lors de l'entretien clinique préalable. Cela était évalué essentiellement à partir de l'appréciation clinique du médecin. On peut donc noter le caractère subjectif de cette appréciation. Pour tenter de limiter les erreurs de répartition au sein des deux groupes, l'entretien clinique a été réalisé pour tous les patients par la même personne. Pour constituer notre population, nous nous sommes adressés uniquement aux patients hospitalisés au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Cela entraîne un élément d'hétérogénéité.

### **I.2 Biais de passation**

Le biais de passation est ici réduit car nous avons utilisé un ensemble d'auto-questionnaires validés scientifiquement. Il était rappelé au patient le caractère anonyme de l'exploitation des résultats. La participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat et sans influence sur la prise en charge des patients. Ces informations données aux patients étaient dans l'objectif de réduire le biais de passation.

### **I.3 Biais inhérents à l'auto-questionnaire de personnalité TCI-125**

Pour remplir ce questionnaire de personnalité, le patient devait répondre par « vrai » ou « faux » à chacune des affirmations. Cependant il existe quelques affirmations négatives de certaines propositions. Cela peut donc constituer une source d'erreur dans nos résultats. Pour tenter de limiter ce biais, nous avons systématiquement rappelé cette particularité à chaque patient. Elle était aussi notifiée en couleur rouge dans la consigne du questionnaire.

## **II. LIMITES**

Il paraît important d'insister sur le fait que, malgré le nombre adéquat de sujets nécessaires déterminé approximativement pour cette étude à partir des données de la littérature internationale, l'échantillon de patients reste limité (70). Cela a pu avoir un impact sur la puissance statistique de notre étude et supposer l'absence de certains résultats significatifs ou la présence de tendance.

## **III. DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS A L'ANALYSE DES ELEMENTS SOCIODEMOGRAPHIQUES.**

Dans notre échantillon de patients dépressifs, il existe une prédominance de femmes (59%), ce qui s'accorde avec les données de la littérature affirmant que l'épisode dépressif majeur selon les critères DSM-IV [1] est plus souvent rencontré chez les femmes avec un ratio de 2/1 [170]. On retrouve la même répartition dans le groupe dépression de perte (66%) et le groupe dépression d'épuisement (51%). L'âge moyen est de 49 ans dans notre population de patients dépressifs.

#### **IV. DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS A L'ANALYSE COMPARATIVE DES DEUX GROUPES DE PATIENTS DEPRESSIFS EN FONCTION DE LA PRESENCE D'ALEXITHYMIE**

Au sein de notre population totale, on observe que 51 patients dépressifs (73%) présentent une alexithymie selon l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS-20). Ce résultat est nettement supérieur par rapport à ce qu'on peut retrouver dans la littérature scientifique (autour de 33%) [171] [172] [173] [110]. On peut tenter d'expliquer ce résultat par le fait que nos patients ont été recrutés en milieu hospitalier. Les patients hospitalisés par ce mode présente en général des dépressions plus grave. Or certaines études ont pu montrer que les patients dépressifs et alexithymiques présentaient des dépressions plus sévères que les patients non alexithymiques. [93] [174]

Dans le groupe dépression de perte, on observe que les patients alexithymiques ont un score sur l'échelle de résilience plus bas que les patients non Alexithymiques. Bien que cela reste une tendance au niveau de la significativité, ce résultat est cohérent avec plusieurs études. L'alexithymie semble prédisposer au retard de l'auto-perception de l'état de stress physiologique. Les sentiments de désagrément ne semblent pas être exprimés [175]. Les personnes qui vivent un évènement de vie difficile et qui présentent une alexithymie semblent ne pas pouvoir mettre en place des stratégies d'adaptation pour faire face [176]. On peut donc émettre l'hypothèse que l'alexithymie ne permet pas de mettre en place des capacités de résilience nécessaires pour faire face à un évènement de vie difficile. Cela pouvant aboutir à terme à un épisode dépressif.

## **V. DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS LORS DE L'ANALYSE COMPARATIVE DES TRAITS DE PERSONNALITE**

En ce qui concerne le trait de tempérament « recherche de nouveauté », on peut observer que l'âge moyen des patients qui présentent ce trait est inférieur à ceux qui ne le présentent pas. Cela s'inscrit de manière significative pour l'ensemble des patients mais aussi pour chacun des deux groupes. Les patients plus jeunes semblent en effet présenter plus souvent ce trait que les plus vieux [177] [178] [179]

Dans notre population totale, les patients présentant le trait « évitement du danger » ont aussi un score plus bas sur l'échelle de résilience. On retrouve ce même résultat dans le groupe dépression d'épuisement. L'évitement est une stratégie cognitive visant à minimiser l'impact émotionnel d'un événement. Il protège l'individu contre un possible envahissement émotionnel et, par conséquent, lui évite de devenir dysfonctionnel [180] [181]. Faire des efforts conscients pour éviter de penser ou pour nier ce qui leur est arrivé est probablement la stratégie la plus risquée pour les victimes [182] [183] [184]. En effet, les études récentes indiquent que cette stratégie tend à augmenter le risque de symptômes cliniques tant chez les adolescentes que chez les adultes [185]. Par exemple, une étude réalisée auprès d'adolescentes victimes d'inceste note que l'utilisation du déni, c'est-à-dire prétendre que l'abus ne s'est pas produit, est le seul prédicteur significatif de la psychopathologie telle qu'évaluée par le thérapeute, alors que les pensées magiques sont le meilleur prédicteur, selon les victimes, de leur détresse psychologique [185]. L'étude rétrospective de Varia et collègues [184] indique que les femmes qui reconnaissent de façon consistante leur abus présentent un meilleur ajustement que celles qui minimisent ou nient leur abus. En fait, le groupe qui minimise est celui qui a la plus faible estime de soi et le plus de problèmes dans ses relations sociales. Bien que le déni, la répression et l'évitement soient les formes de coping les plus utilisées et jugées les plus efficaces par les victimes, elles sont associées avec une plus grande détresse psychologique à l'âge adulte [183].

Les données qualitatives obtenues auprès de 20 femmes résilientes viennent nuancer les résultats précédents [186]. Ainsi, les femmes moins bien adaptées déclarent avoir été capables d'oublier l'événement étant jeunes, mais sont présentement incapables d'échapper aux souvenirs de l'abus. Les femmes résilientes, bien qu'elles aient eu recours à l'évitement dans un premier temps, ont ensuite fait face à leur abus pour enfin, aujourd'hui, refuser consciemment de s'appesantir sur lui. Le cheminement rapporté par les résilientes coïncide d'ailleurs avec un des critères de rétablissement de la théorie de [187], selon laquelle un individu qui a résolu son traumatisme peut choisir de se souvenir ou non de l'événement traumatique qui était auparavant intrusif. Les études réalisées auprès des adolescentes et des adultes victimes d'abus ainsi que l'expérience clinique indiquent donc que le déni ou l'évitement sont des stratégies néfastes et même préjudiciables au rétablissement de l'individu seulement lorsqu'utilisées à long terme [181]. Le trait de tempérament évitement du danger est par définition constitutif de la personnalité de l'individu avec une base biogénétique. On peut donc émettre l'hypothèse que la présence de ce trait semble rendre défailtantes les capacités de résilience [188] [189]. Sur le plan neurobiologique, un score élevé à la dimension « évitement du danger » est en lien avec un taux bas en sérotonine [190]. Un faible taux de sérotonine peut-il aussi être en lien avec de faibles capacités de résilience ?

Dans le groupe dépression de perte, la présence du trait « persistance » s'associe avec un score moyen plus haut à l'échelle de résilience. La persistance est une tendance à persévérer, à travailler dur, malgré la fatigue et la frustration. Les individus avec un score élevé dans la persistance sont caractérisés comme impatient, déterminés, perfectionnistes et ambitieux. Il a été démontré que la persistance est retrouvée dans le trouble obsessionnel-compulsif [191]. Ainsi, la dimension persistance est une stratégie adaptative lorsque les récompenses sont intermittentes mais que les contingences de la vie restent stables. Cependant, lorsque ces éventualités changent rapidement, la persévérance devient inadaptée. Elle peut affecter les capacités de résilience de l'individu [192]. Face à une perte l'individu ne semble pas pouvoir mettre en place de stratégies adaptatives [193]. Conformément aux recherches antérieures dans le domaine de la psychopathologie, nous pouvons affirmer que la persistance est un style de défense immature engendrant des facteurs de

vulnérabilité. [194]. Au total, le trait persistance semble mettre à mal les capacités de résilience face à un évènement brutal ou perte. Il constitue un facteur de vulnérabilité propice à l'installation d'une dépression de perte.

En ce qui concerne les dimensions du caractère, on observe dans notre population totale de patients dépressifs que les individus qui présentent le trait « détermination » ont un score moyen d'anxiété trait moins élevé que ceux qui ne l'ont pas. On remarque aussi que seulement 4 patients sur 70 présentent ce trait de caractère. Cela confirme le résultat de plusieurs études qui montrent que les patients dépressifs présentent des scores plus bas dans cette dimension [195]. L'anxiété état est corrélée négativement avec le trait détermination dans plusieurs études [196] [197] [195]. L'absence de ce trait de caractère semble constituer un facteur de vulnérabilité face aux évènements de stress de la vie.

Par ailleurs, les patients dépressifs présentant le trait de caractère coopération ont un score moyen plus bas en ce qui concerne l'alexithymie.

Ce résultat est retrouvé dans notre échantillon total et aussi dans le groupe dépression d'épuisement. Cela est cohérent avec les résultats des différentes études antérieures [198] [199] [102]. L'alexithymie semble empêcher la mise en place de défenses adaptatives face aux évènements stressants. Ainsi, pour Parker [200], l'alexithymie est associée avec des défenses immatures. Les patients alexithymiques semblent avoir des stratégies défailtantes pour faire face aux évènements stressants. Les stratégies de résolution se focalisent sur l'émotion et l'absence de recherche du soutien social [201]. Cela semble constituer ici aussi un facteur de vulnérabilité. Il n'est donc pas étonnant de retrouver ce résultat dans le groupe dépression d'épuisement. Par définition, ces patients sont soumis à des contraintes sur une longue période. L'inefficacité des stratégies d'ajustement pouvant être propice au développement d'un épisode dépressif.

Dans le groupe dépression d'épuisement, on observe que les patients qui présentent le trait « transcendance » ont un score moyen plus bas en ce qui concerne l'anxiété état et l'anxiété trait. Cette dimension semble être un élément salutogène face aux évènements de vie stressants et le développement de

psychopathologies [202]. Des corrélations positives entre transcendance et bien-être ont été identifiées [203]. On retrouve aussi des corrélations positives avec le moral, et le bien-être émotionnel [204] [205], tandis que des corrélations négatives ont été trouvées entre la transcendance et la dépression [206]. Ce trait de caractère peut donc correspondre à un facteur de résilience protégeant des réactions anxieuses.

## **VI. DISCUSSION SUR LES RELATIONS ENTRE ALEXITHYMIE , RESILIENCE ET PERSONNALITE**

On a pu remarquer que l'alexithymie était corrélée positivement avec le score à l'échelle de dépression (BDI). Plus cette dernière a un score élevé et plus l'intensité de la dépression est importante. On peut donc en déduire que plus le patient a un score élevé à l'échelle d'Alexithymie et plus la dépression est sévère. Cela va dans le même sens que d'autres études qui montrent que l'alexithymie est prédictive de l'épisode dépressif majeur [207]. Les études confirment aussi que plus un patient déprimé est alexithymique et plus la dépression est sévère [92], [93]. Une analyse plus fine des trois facteurs de la TAS-20 a révélé que le facteur 1 (difficulté à identifier les sentiments) et le facteur 2 (difficulté à décrire ses sentiments aux autres) étaient corrélés positivement au score de dépression (BDI). Une étude longitudinale [208] qui suivait des patients dépressifs sur un an a montré que les dimensions de la TAS-20 « difficulté à identifier les sentiments » et « difficulté à décrire ses sentiments aux autres » avaient tendance à diminuer avec la rémission des symptômes dépressifs alors que la dimension « pensée orientée vers l'extérieur » restait stable et représentait donc une variable indépendante de la dépression. Ainsi les deux premiers facteurs pourraient être associés à l'état dépressif : Alexithymie-état [84]. Le facteur 3 « pensée orientée vers l'extérieur » reste stable et semble étroitement lié à «la pensée opératoire», un concept lancé par des chercheurs français Marty et de M'Uzan dans le début des années 1960 [39]. Les caractéristiques principales de "La Pensée opératoire" sont un style de pensée factuel et une absence évidente de fantasmes. Il semble que « la pensée orientée vers l'extérieur » peut être décrit comme un trait de personnalité ou alexithymie -trait [49] qui n'est pas modifié avec les changements d'humeur.

D'autre part notre étude a montré que le facteur 2 de la TAS-20 « difficulté à décrire ses sentiments aux autres » était corrélé positivement avec la dimension « évitement du danger » et négativement avec la dimension « détermination ». Plusieurs études ont montré des relations significatives entre la dimension « évitement du danger » et la dépression. Cette dimension tend à

s'annuler avec l'amélioration des symptômes dépressifs. [209] [159] [179] [210] [211] [195]. D'autres études montrent que le trait « détermination » est à un niveau plus bas chez les patients dépressifs [212], celui-ci pouvant être amélioré par la pharmacothérapie et l'amendement des symptômes dépressifs [213] [163]. Cela renforce l'idée que le facteur 2 de l'échelle d'Alexithymie est dépendant de l'état dépressif et qu'il peut s'améliorer sous pharmacothérapie.

De la même manière, notre étude montre une corrélation négative entre la dimension « coopération » du TCI-125 et le score total à l'échelle d'alexithymie (TAS-20). On retrouve en particulier cette même corrélation pour la dimension « difficulté à identifier les sentiments ». Ce résultat n'est pas surprenant car il a été décrit qu'un score bas de « coopération » chez les patients dépressifs était souvent retrouvé et pouvait s'améliorer avec la rémission des symptômes dépressifs. [214]. On retrouve aussi un lien entre l'alexithymie et un niveau bas de coopération de manière stable chez les patients sans pathologie psychiatrique. [102] [199]. On sait que les patients alexithymiques évitent les relations sociales proches, et ils ont tendance à former des liens superficiels avec autrui [69] ; cela définit aussi la dimension de faible « coopération » du TCI. On peut donc émettre l'hypothèse que le score à la dimension « coopération » s'améliorera plus difficilement chez les patients dépressifs et alexithymiques que les patients dépressifs non alexithymique. En effet cette caractéristique de basse « coopération » semble ainsi une caractéristique stable des patients alexithymiques et non dépendre de l'état psychopathologique.

Au sein de notre population totale de patients dépressifs, on retrouve une corrélation négative entre le score total à l'échelle d'alexithymie avec le score à l'échelle de résilience. On retrouve en particulier une corrélation négative avec les dimensions « difficultés à identifier les sentiments » et « difficultés à décrire ses sentiments aux autres ». Ainsi l'Alexithymie semble représenter un facteur de vulnérabilité entravant les modalités adaptatives et donc de résilience. Cela rendant le terrain propice au développement de symptômes dépressifs et /ou anxieux [215]. De plus la corrélation négative du score à l'échelle de résilience avec la dimension « évitement du danger » et le score à l'échelle de dépression (BDI) vont dans ce sens. On a vu en effet que l'« évitement du danger » était prédictif de la dépression. Les patients qui ont ce trait de tempérament sont par définition craintifs, timides et fatigables. Cela montre qu'ils sont incapables de

mettre en place des capacités de résilience. Du fait de ce lien, on peut alors émettre l'hypothèse que le faible niveau de résilience peut être associé à un faible niveau de sérotonine [188].

On observe une corrélation positive entre la résilience et les dimensions « persistance » et « détermination » du TCI-125. On a vu plus haut que « la persistance » peut aussi bien représenter une stratégie adaptative si les renforcements positifs sont intermittents et réguliers mais peut aussi représenter un facteur de vulnérabilité face à une perte (événement brutal et lourd sur le plan émotionnel) [192] [193]. La détermination est influencée par l'humeur dépressive [212] [195] et s'améliore avec la disparition des symptômes dépressifs ce qui semble constituer un facteur de résilience.

Enfin nous pouvons noter une corrélation négative entre la résilience et l'anxiété-état et l'anxiété-trait de l'échelle de STAI. Le lien entre anxiété et résilience a tenté d'être expliqué par différentes études. Ainsi Carver et al. indique dans son étude que l'anxiété trait a été systématiquement associée à un affect négatif face à l'adversité, probablement du à une sensibilité sous-jacente à la menace [216]. Gray [217] va dans ce sens en ajoutant que des niveaux élevés d'anxiété chronique sont associés à une sensibilité sous-jacente à la menace et la punition. En revanche, la résilience a été associée à un affect positif face à l'adversité [218]. Ainsi, Tugade et Fredrickson ont rapporté que les individus ayant des niveaux élevés de résilience sont particulièrement susceptibles d'utiliser les émotions positives pour «rebondir» face aux expériences négatives. Ce qui n'est donc pas le cas des sujets anxieux. Carle et Chassin [219] rapportent des résultats similaires en reliant la résilience à des niveaux accrus d'affects positifs.

# CONCLUSION

Dans le cadre de ce travail, nous avons pu analyser les liens entre la dépression et l'alexithymie. L'originalité de cette étude a été de privilégier un abord étiopathogénique en comparant deux groupes de patients dépressifs : la dépression suite à une perte et la dépression d'épuisement. Bien que la description de ces deux concepts manque de précision dans la littérature scientifique, nous avons tenté d'objectiver au maximum les critères d'inclusion. Il est parfois difficile de faire la distinction entre ces deux types de dépression [220]. En cas de doute, les patients n'étaient pas inclus.

Plusieurs résultats de notre étude convergent dans le sens que l'alexithymie pourrait représenter un facteur de vulnérabilité. On a pu en effet observer une corrélation négative de l'alexithymie avec la résilience et la dimension « coopération » du TCI. Dans le groupe dépression d'épuisement, les patients ne présentant pas le trait « coopération » ont des scores moyens plus importants à l'échelle d'alexithymie. Ainsi l'alexithymie semble mettre à mal les capacités adaptatives pour faire face à l'adversité. Plusieurs études semblent confirmer le caractère stable et durable de cette particularité. [198] [200] [201] .

L'alexithymie semble être un facteur de sévérité de la dépression. Cela nous est indiqué par la corrélation positive entre alexithymie et le score à l'échelle de dépression (BDI). La dimension « évitement du danger » du TCI est considéré comme un facteur prédictif et de sévérité de la dépression. Or nous avons retrouvé une corrélation positive entre le facteur 2 « difficultés à identifier ses sentiments » et l' « évitement du danger ». Ce caractère de sévérité est retrouvé dans la littérature [93] [174]. Cela peut aussi expliquer le fait que nos patients dépressifs hospitalisés ont une prévalence de l'alexithymie plus importante que dans les autres études. En général le caractère de sévérité de la dépression représente une indication à l'hospitalisation.

Les résultats de notre étude ont permis aussi de discuter l'idée des deux composantes de l'alexithymie : trait et état [49]. Bien que les études soient en contradiction sur ce sujet on peut noter plusieurs éléments : On a observé une corrélation positive du facteur 1 (difficulté à identifier les sentiments) et du

facteur 2 (difficulté à décrire ses sentiments aux autres) de la TAS-20 avec le score de dépression (BDI). On peut donc émettre l'hypothèse que ces deux facteurs peuvent dépendre de l'état dépressif. S'agit-il de symptômes de la dépression à part entière ou d'un mécanisme défensif ?

Le modèle biopsychosocial de Cloninger a un intérêt sur le plan thérapeutique. Un score élevé à la dimension « évitement du danger » est associé à un bas taux de sérotonine. [188] D'après nos résultats, on peut alors se demander si de faible capacité de résilience et/ou un haut score à l'échelle d'alexithymie (notamment les deux premiers facteurs) ne s'associerait pas eux aussi à un déficit en sérotonine ? La réponse à cette question peut avoir un enjeu thérapeutique. Par exemple, un traitement par inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine ne permettrait-il pas d'améliorer les capacités de résilience ?

L'échantillon de notre étude reste faible et les résultats sont donc à prendre avec précautions. Plusieurs résultats étaient proches de la significativité. Il serait donc intéressant d'augmenter notre population pour augmenter la puissance statistique. Par ailleurs, il serait intéressant aussi de suivre les patients inclus dans cette étude dans le but de caractériser la stabilité ou non de certains éléments comme les trois facteurs de l'échelle d'alexithymie.

# ANNEXES

**DOSSIER POUR THESE DE  
SPECIALITE :  
OUTILS D'ANALYSE DES  
PATIENTS DEPRESSIFS**

L'objectif de cette étude est d'étudier et de comparer deux approches différentes de la dépression : la **dépression de perte** et la **dépression d'épuisement**. Pour cela nous mettons à votre disposition un ensemble de questionnaires composés en deux parties : la première partie est composée d'hétéro-questionnaires à remplir par le praticien lors d'un court entretien avec le patient. La deuxième partie regroupe des questionnaires à remettre au patient qu'il devra remplir seul et vous les remettre dans les meilleurs délais.

La population concernée est les patients pris en charge pour épisode dépressif majeur. Ce dernier ne doit pas entrer dans le cadre d'un trouble bipolaire, d'une psychose, ou associés avec des troubles cognitifs. Le tableau dépressif doit être caractérisé et répondre aux critères DSM IV (feuille d'inclusion page 5).

Les patients pouvant être inclus dans l'étude doivent pouvoir répondre à l'une ou l'autre des caractéristiques de la dépression de perte **ou** d'épuisement. Le consentement oral du patient est nécessaire pour la participation à cette étude.

En cas de doute n'hésitez pas à me contacter :  
Grégory MONNIER

Merci pour votre contribution à ce travail !



## ELEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Age : date de naissance :

Sexe :  Femme  Homme

Statut Marital :  célibataire  marié(e)  concubin(e)  divorcé(e)  veuf (veuve)

Lieu de vie :  urbain  rural

Niveau culturel :  1- illettré  2- lit et écrit  3- certificat d'études  4-BEPC  5-niveau BAC  
 6-BAC  7-Université

Catégorie professionnelle :  1-agriculteur  2- artisan, commerçant, chef d'entreprise  
 3- Cadre, profession intellectuelle  4-profession intermédiaire  
 5-Employé  6-ouvrier  7-retraité  8-sans activité

S'agit-il de la première hospitalisation pour ce motif ?  Oui  Non

Si non : nombre d'hospitalisation antérieure pour épisode dépressif ?.....

Le patient prend-il un traitement psychotrope actuellement ?  Oui  Non

Si oui, lequel/lesquels ?  Antidépresseur :  ISRS  IRSNa  tricyclique

Autre

(précisez).....

Thymorégulateur :(précisez).....

Neuroleptique/antipsychotique (précisez).....

Anxiolytique :

(précisez).....

Hypnotique :

(précisez).....

Autres :

(précisez).....

## CRITERES DSM-IV DU DIAGNOSTIC DE L'EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur dont au moins un des symptômes majeurs soulignés

*Cocher les cases correspondantes aux critères présents chez votre patient*

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple pleurs).
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours. (Pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Pour pouvoir affirmer l'épisode dépressif majeur selon le DSM -IV, les 4 critères ci-après doivent être cochés.

- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes.
- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie).
- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou de ralentissement psychomoteur

patient n°

## QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

### Outil d'évaluation

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE :

AGE :

DATE :

### Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état **actuel**.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions paraissent convenir, entourez **les** numéros correspondants.

A. Je ne me sens pas triste.	0
Je me sens cafardeux ou triste.	1
Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
Je suis mécontent de tout.	3
E. Je ne me sens pas coupable.	0
Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
Je me sens coupable.	2
Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F. Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
Je suis déçu par moi-même.	1
Je me dégoûte moi-même.	2
Je me hais.	3

- 4 -

CD-Rom Évaluation Clinique Standardisée en Psychiatrie

1/14

patient n°

G. Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libérerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3
<hr/>	
H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
<hr/>	
I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
<hr/>	
J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
<hr/>	
K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
M. Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

2 / 14



patient n°

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
13 J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Je me sens indécis(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Je suis décontracté(e), détendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Je suis satisfait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4/14

patient n°

### QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION STAI FORME Y-B

C.D. SPIELBERGER, 1983

Traduction française : M.B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

#### Outil d'évaluation 2

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE :

AGE :

DATE :

#### CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21 Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Je me sens content(e) de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 J'ai un sentiment d'échec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Je me sens reposé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 J'ai tout mon sang-froid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Je suis heureux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 J'ai des pensées qui me perturbent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5/14

patient n°

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
32 Je manque de confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Je prends facilement des décisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Je suis satisfait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Je suis une personne posée, solide, stable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6/14

patient n°

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

**Instructions :** Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) désaccord complet, (2) désaccord relatif, (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif, (5) accord complet.

	1	2	3	4	5
1. Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.					
2. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.					
8. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10. Être conscient de ses émotions est essentiel.					
11. Je trouve difficile de décrire ce que je ressens.					
12. On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16. Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.					
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.					
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

Bagby et coll. (1992). Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Version française : M. P. Marchand et G. Loas. Questionnaire publié par l'*Encéphale* XXI, 121-122, 1995.

7  
14

patient n°

**Echelle de CD-RISC**

Cet auto-questionnaire va permettre d'estimer votre niveau de résilience. Merci d'indiquer à chaque affirmation la réponse qui vous correspond le mieux au cours du dernier mois. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Lisez chaque affirmation et sélectionnez la réponse qui, selon vous, indique le mieux votre accord ou votre désaccord.

		Pas tout à fait vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Quasi tout le temps vrai
1	Je suis capable de m'adapter aux changements					
2	J'ai des relations proches et sincères					
3	Je suis fier de ce que je réalise					
4	Je travaille pour atteindre les buts que je me suis fixés					
5	J'estime être maître de ma vie					
6	J'ai une forte détermination, je sais ce que je veux faire					
7	Je vois le côté plaisant des choses					
8	Les événements n'apparaissent pas sans raison					
9	J'agis selon mes intuitions					
10	Je peux supporter des sentiments désagréables					
11	Parfois le destin ou Dieu peuvent nous venir en aide					
12	Quoiqu'il arrive je peux y faire face					
13	Ma réussite antérieure me rend confiant face à de nouveaux défis					
14	Faire face au stress me rend plus fort					
15	J'aime les défis					
16	Je peux prendre des décisions impopulaires ou difficiles					
17	Je pense que je suis une personne forte					
18	Lorsque la situation semble désespérée, je ne renonce pas					
19	Je donne le meilleur de moi-même en toute circonstance					
20	Je peux réaliser mes objectifs en dépit des obstacles					
21	Je ne suis pas facilement découragé par l'échec					
22	J'ai tendance à rebondir après une difficulté ou une maladie					
23	Je sais où m'adresser en cas de besoin					
24	Sous pression, je me concentre et pense clairement					
25	Je préfère prendre l'initiative pour résoudre un problème					
	<b>Nombre d'items cochés</b>	X 0	X 1	X 2	X 3	X 4

**TOTAL :** \_\_\_\_\_ /100



8 / 14

patient n°

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITE TCI-125 \*

Vous allez trouver dans ce questionnaire des affirmations sur les opinions, les réactions ou les sentiments personnels.

Pour chaque affirmation vous devrez répondre vous-même par Vrai ou Faux, en entourant une seule des deux réponses V ou F.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus.

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.

Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Faites attention aux formulations négatives de certaines propositions.

\* Temperament and Character Inventory - Version 9 (1992) 125 items © CR Cloninger. Traduction française 2-1996 (A.Pélissolo, M.Téhérani, R.-M.Bourgault, C.Musa, J.-P.Lépine).

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .../.../..... Date : .../.../..... N°.....

Exemple : pour répondre Vrai ⇨

VRAI FAUX
 V  F

- J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps. V F 1
J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens. V F 2
J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances. V F 3
Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi. V F 4
Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal. V F 5
J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens. V F 6
J'aime aider les autres à résoudre leurs problèmes. V F 7
J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum. V F 8
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire. V F 9
Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles. V F 10
Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres. V F 11
Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes. V F 12
Je suis prêt(e) à tout, dans les limites de la légalité, pour devenir riche et célèbre même au risque de perdre la confiance de nombreux vieux amis. V F 13
Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens. V F 14
J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même. V F 15
J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens. V F 16
Je me sens rarement libre de mes choix. V F 17
Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments. V F 18

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question

p.1/1

10/14

patient n°

- J'évite souvent de rencontrer des inconnus parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas..... V F 19
- J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux..... V F 20
- J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente..... V F 21
- Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné. V F 22
- J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes..... V F 23
- Je dépense souvent de l'argent au point de ne plus en avoir ou de m'endetter à force de vivre à crédit..... V F 24
- J'ai souvent des éclairs inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends..... V F 25
- Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aient ou qu'ils approuvent ma manière de faire..... V F 26
- Habituellement je pense d'abord à mon propre intérêt car de toute façon il n'est pas possible de satisfaire tout le monde..... V F 27
- Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue..... V F 28
- Parfois je me sens tellement en accord avec la nature que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant... V F 29
- Quand je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens..... V F 30
- Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens..... V F 31
- On dirait que j'ai un "sixième sens" qui me permet parfois de savoir ce qu'il va se passer..... V F 32
- Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger..... V F 33
- Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas..... V F 34
- Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres..... V F 35
- Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision..... V F 36
- Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens..... V F 37
- Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouverait physiquement dangereuses..... V F 38
- Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes..... V F 39
- Je n'ai pas la conscience tranquille si je traite d'autres gens de manière injuste, même s'ils n'ont pas été justes avec moi..... V F 40
- Les gens me confient habituellement leurs sentiments..... V F 41
- J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite dans le temps et dans l'espace..... V F 42
- Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots..... V F 43
- J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes..... V F 44
- Je resterai probablement détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si on m'a prévenu(e) qu'ils sont inamicaux..... V F 45
- Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir..... V F 46

☞ Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question ☞

p.2/2

11/14

D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision.....	V F	47
Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman.....	V F	48
Les autres me contrôlent trop.....	V F	49
J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres.....	V F	50
Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses.....	V F	51
Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain.....	V F	52
J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous le coup des émotions.....	V F	53
Je suis très sensible aux "bonnes causes" (lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple).....	V F	54
Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible.....	V F	55
J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup.....	V F	56
Je manque de temps pour rechercher des solutions durables à mes problèmes.....	V F	57
Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre.....	V F	58
Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté.....	V F	59
Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un....	V F	60
Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e).....	V F	61
Il m'est très difficile de m'adapter à des changements dans mes activités habituelles car je deviens alors tendu(e), fatigué(e) ou inquiet(e).....	V F	62
En général, il me faut de très bonnes raisons pour accepter de modifier mes habitudes.....	V F	63
Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet...	V F	64
Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux.....	V F	65
Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses malgré moi.....	V F	66
Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger.....	V F	67
Je suis souvent si absorbé(e) par ce que je fais que j'en deviens perdu(e) comme si je me détachais de l'espace et du temps.....	V F	68
Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie.....	V F	69
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations non familières, même si les autres pensent qu'il n'y a rien à craindre.....	V F	70
J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation.....	V F	71
Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e) car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse.....	V F	72
Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent.....	V F	73
J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre.....	V F	74
Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie.....	V F	75
Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté.....	V F	76

☞ Vérifiez que vous avez répondu à **toutes** les questions avec **une seule** réponse par question ☞

p.3/3

12/14

patient n°

Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée.....	V F	77
Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales.....	V F	78
Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées intimes.....	V F	79
J'aime imaginer que mes ennemis souffrent.....	V F	80
J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens.....	V F	81
L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités, même si mes amis me disent que tout ira bien.....	V F	82
J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui.....	V F	83
Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable.....	V F	84
Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres.....	V F	85
Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus.....	V F	86
Je passe la plupart de mon temps à faire des choses qui semblent nécessaires mais qui ne sont pas en fait réellement importantes pour moi.....	V F	87
Je ne pense pas que les principes religieux ou moraux concernant le bien et le mal doivent avoir beaucoup d'influence sur les décisions d'affaires.....	V F	88
J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté afin de mieux comprendre ce que les autres vivent.....	V F	89
Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats.....	V F	90
J'ai fait de réels sacrifices personnels pour que le monde soit meilleur (lutter contre la guerre, la pauvreté ou l'injustice par exemple).....	V F	91
Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait.....	V F	92
En général, je respecte les opinions des autres.....	V F	93
Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie.....	V F	94
En général, il est absurde de contribuer au succès des autres.....	V F	95
En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres.....	V F	96
J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens.....	V F	97
Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens de légers problèmes de santé ou de situations stressantes.....	V F	98
J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction.....	V F	99
J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations.....	V F	100
Je souhaiterais que les autres parlent moins qu'ils ne le font.....	V F	101
Chacun devrait être traité avec respect et dignité, même les gens qui semblent sans importance ou mauvais.....	V F	102
J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités.....	V F	103
Habituellement, je peux faire facilement des choses que la plupart des gens considèrent comme dangereuses (comme conduire rapidement une voiture sur une route mouillée ou verglacée).....	V F	104

✓ Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question ✓

p.4/4

13/14

patient n°

- J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses..... V F 105
- J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations fortes..... V F 106
- J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles je me suis senti(e) en communion avec une force divine et spirituelle merveilleuse..... V F 107
- J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe..... V F 108
- La plupart des gens semblent être plus efficaces que moi..... V F 109
- J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend..... V F 110
- Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier..... V F 111
- Je pense que mon comportement naturel est en général en accord avec mes principes et mes objectifs de vie..... V F 112
- Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel qui ne peut pas être complètement expliqué..... V F 113
- Souvent quand je regarde certaines choses de la vie courante, j'ai une sensation d'émerveillement comme si je les voyais d'un œil nouveau pour la première fois..... V F 114
- Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi..... V F 115
- Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement..... V F 116
- Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes, même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences..... V F 117
- Je déteste voir n'importe qui souffrir..... V F 118
- Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e)..... V F 119
- Je souhaiterais être la personne la plus belle..... V F 120
- J'aime l'éclosion des fleurs au printemps autant que de revoir un vieil ami..... V F 121
- Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion..... V F 122
- Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes..... V F 123
- Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart des gens, même après de légers problèmes de santé ou des événements stressants..... V F 124
- Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire..... V F 125

~ Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions avec une seule réponse par question ~

14/14

p.5/5

---

## LETTRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Dans l'objectif d'optimiser la prise en charge des patients dépressifs, nous diffusons un outil de recueil d'informations dans les services de psychiatrie. Ce questionnaire fera partie intégrante d'une étude dont l'objectif sera de mieux comprendre la souffrance psychique engendrée par la dépression.

Dans le domaine médical et psychologique, connaître le terrain de développement de la souffrance morale est essentiel. Nous espérons que cette étude nous permettra de mieux prendre en compte cette douleur, de la repérer plus précocement et surtout d'en prévenir et traiter avec plus d'efficacité les conséquences.

Ce document contient plusieurs questionnaires qui vont nous permettre d'affiner la connaissance des mécanismes de la dépression.

Ainsi, plusieurs questions vous seront posées et vous jugerez peut être que certaines des réponses que vous aurez à apporter relèvent du domaine de l'intime. A ce propos, soyez rassurés : ce travail répond aux règles de confidentialité et d'anonymat telles qu'elles sont définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006. En d'autres termes, l'ensemble des informations recueillies dans ce cahier sera soumis au secret médical, et ne pourra en aucun cas être divulgué, pour une quelconque raison, de manière nominative ou singulière, hors du cadre de cette étude.

Pour sa bonne fiabilité, nous vous demandons de remplir ce formulaire avec la plus grande attention.

Naturellement, votre consentement écrit reste indispensable, il vous est possible de refuser d'y participer.

Si vous le désirez, vous pourrez par la suite, être informé des résultats de cette étude auprès du service universitaire de psychiatrie.

Nous vous remercions par avance pour votre investissement, et nous vous assurons que nous utiliserons les résultats de ce travail avec le plus grand respect et nous l'espérons, la meilleure efficacité.

Grégory MONNIER

Interne de psychiatrie



## **FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT**

Je soussigné (e), Mme,Mlle,Mr (*Rayez la mention inutile*) :

Nom : .....Prénom.....

Date de naissance : .....Adresse : .....

.....

déclare accepter de participer à une étude visant à évaluer les mécanismes de la dépression, et l'association avec l'anxiété, l'alexithymie, la résilience et la personnalité. Ma participation se limitera à remplir ce questionnaire, et dans un second temps à participer à un mini-entretien avec le médecin chargé de l'étude.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans que cela ne modifie ma prise en charge médicale. Je pourrai, à tout moment, si je le désire, interrompre ma participation en le signalant au médecin chargé de cette étude, sans encourir la moindre responsabilité et sans aucun préjudice pour la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les responsables de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que mes données collectées au cours de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes qui collaborent à la recherche ou qui sont mandatées par le C.H. Esquirol de Limoges et éventuellement par un représentant des autorités de santé ; toutes ces personnes étant soumises au secret professionnel.

J'ai bien noté que mon droit d'accès et de rectification prévu par la loi « Informatique et Libertés » (article 40) s'exerce à tout moment auprès du médecin de mon choix.

J'ai été informé(e) que le présent document serait conservé par l'investigateur, et j'y consens.

**L'investigateur**

(Médecin chargé de l'étude)  
Fait à Limoges, le 25/01/2011  
M. MONNIER

Signature de l'investigateur



**Le (La) patient(e)**

Fait à .....  
Le.....

Signature du (de la) patient(e)

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. « Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition revised (DSM-IV-TR). Washington, DC ». *APA Press*. 2000.
- [2] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10e révision CIM-10*. 1994.
- [3] FREUD S. Leçons d'introduction à la psychanalyse (1916-1917) *Oeuvres complètes de Freud. Psychanalyse XIV*. PUF. 2000.
- [4] FREUD S. Deuil et mélancolie. *Oeuvres complètes de Freud*. Paris: PUF. 1988.
- [5] KRAEPELIN E. La folie maniaque-dépressive. Editions Jérôme Million. 1913.
- [6] PERRIS C. « The heuristic value of a distinction between bipolar and unipolar affective disorders Classification and prediction of outcome of depression ». 1973.
- [7] FEIGHNER J.P., ROBINS E., GUZE S.B., WOODRUFF R.A., WINOKUR G., MUNOZ R. *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. 1972.
- [8] SPITZER R.L., ENDICOTT J., ROBINS E. « Research diagnostic criteria: rationale and reliability ». 1978.
- [9] JACOBSON E. Les dépressions. États normaux, névrotiques et psychotiques. 1971.
- [10] JEANNEAU A. La cyclothymie. 1980.
- [11] CANON W. « Autonomic neuro-effector systems ». 1937.
- [12] SELYE H. « The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation ». 1946.
- [13] MAC EWEN B., SEEMAN T. Protective and damaging effects of mediators of stress. 1998.
- [14] KESSLER, CHIU R. WT. « Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». 2005.
- [15] CIAVALDINI A., CHOQUET M. « Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé? ». 2004.
- [16] HAOUR F., CRUMEYROLLE-ARIAS M. « L'axe neuroendocrinien du stress : interface entre systèmes nerveux et immunitaire Stress, pathologies et immunité ». 2003.
- [17] DANTZER R., WOLLMAN E. « Interrelations entre le système nerveux et le système immunitaire Stress, pathologies et immunité ». 2003

- [18] HOLSBOER F. « Clinical neuroendocrinology Neurobiology of mental illness New York ». 1999.
- [19] KIECOLT-GLASER J.K., MCGUIRE L., ROBLES T.F., GLASER R. « Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future ». *Psychosom. Med.* 2002.
- [20] CHOUKER ET AL. [14 CHOUKÈR A., SMITH L., CHRIST F., LARINA I., NICHIPORUK I., BARANOV V. , ET AL. « Effects of confinement (110 and 240 days) on neuroendocrine stress response and changes of immune cells in men ». 2002.
- [21] JACQUE C., THURIN J.M. « Stress, immunité et physiologie du système nerveux ». *Med. Sci. (Paris)*. 2002.
- [22] YOUNG E.A., ABELSON J.L., CAMERON O.G. « Interaction of brain noradrenergic system and the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis in man ». 2005.
- [23] FREUD S. « Les psychonévroses de défense : Névroses, psychoses et perversion ». 1894.
- [24] PERRY JC, GUELFY JD, DESPLAND JN, HANIN B. Échelles d'évaluation des mécanismes de défense. 2004.
- [25] GITZINGER I. « Perceptual and linguistic coding of defense mechanisms in a clinical setting Psychother. ». 1990.
- [26] LAZARUS R.S. « The stress and coping paradigm Models for clinical psychopathology ». 1981.
- [27] LAZARUS R., FOLKMAN S. « Stress, appraisal and coping ». 1984.
- [28] FOLKMAN S. « Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis ». 1984.
- [29] FOLKMAN S., LAZARUS R.S. « An analysis of coping in a middle-aged community ». 1980.
- [30] STERLING P., EYER. « a new paradigm to explain arousal pathology Handbook of life stress, cognition and health ». 1988.
- [31] ESPEJO E.P., HAMMEN C.L., CONNOLLY N.P., BRENNAN P.A., NAJMAN J.M., BOR W. « Stress sensitization and adolescent depressive severity as a function of childhood adversity: a link to anxiety disorders ». 2007.
- [32] WERNER E., SMITH R. « Vulnérable but Invincible: a longitudinal study of resilient children and youth ». 1982.
- [33] WERNER E. « Risk, resilience, and recovery ». 1993.
- [34] MASTEN A, BEST K., GARMEZY N. « Resilience and development ». 1990.

- [35] DE TYCHEY C. Surmonter l'adversité: les fondements dynamiques de la résilience. 2001.
- [36] HAGGERTY R. « Stress risk and resilience in children and adolescents ». 1996.
- [37] RUTTER M. « Psychosocial resilience and protective mechanisms ». 1990.
- [38] GARMEZY N. « Resilience in children 's adaptation to negative life events and stressed environments ». 1991.
- [39] MARTY AND M DE M'UZAN. « La Pensée opératoire ». 1963.
- [40] DOUGALL J. M. Théâtres du corps. Gallimard. 1989.
- [41] MARTY P., M'UZAN M. D., DAVID C. L'investigation psychosomatique. PUF. 2010.
- [42] THOMÉ-RENAULT A. Le traumatisme de la mort annoncée. Dunod. 1995.
- [43] MARSEILLE F. F. EUROPÉENNE DE PSYCHANALYSE. S. *La pulsion de la mort*. 1988.
- [44] MARTY P. . PUF. 2004.
- [45] GIRARD M. « La pensée opératoire revisitée par l'alexithymie ». 1992.
- [46] NEMIAH J. C. « A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine ». Psychosomatic Medicine. 2000.
- [47] JAFFE P. D. « l'alexithymie ou le discours dénué d'affects ». 1990.
- [48] BERTAGNE P.; PEDINIELLI J.-L.; MARLIERE C. « L'alexithymie : evaluation, données quantitatives et cliniques. » *L'encéphale*. 1992.
- [49] FREYBERGER H. « Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. ». *Psychoter Psychosom*. 1977.
- [50] SIFNEOS P.E. « The prevalence of « alexithymia » characteristics in psychosomatic patient ». 1972.
- [51] LANE R.D., AHERN G.L., SCHWARTZ G.E., KASZNIAK A.W. « Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? ». 1997.
- [52] BERMOND B., VORST H.C., VINGER-HOETS A.J., GERRITSEN W. « The Amsterdam Alexithymia- Scale, Its psychometric values and correlations with other personality traits Psychother ». 1999.
- [53] VOGT B.A., FINCH D.M., OLSON C.R. « Functional heterogeneity in cingulate cortex: The anterior executive and posterior evaluative regions Cereb ». 1992.

- [54] TENHOUTEN W.D., WALTER D.O., HOPPE K.D., BOGEN J.E. « Alexithymia and the split brain. V. EEG alpha-band interhemispheric coherence analysis ». 1987.
- [55] MONTREUIL M., JOUVENT R., CARTON S., BUNGENER C., WIDLÖCHER D. « Parrallel visual information processing test ». 1991.
- [56] GAZZANIGA M.S., LEDOUX J.E. « The integrated mind New York ». 1978.
- [57] GREENBERG R.P., DATTORE P.J. DO. « Do alexithymic traits predict illness? ». 1983.
- [58] KAUKANEN J., KAPLAN G. A., COHEN R. D., JULKUNEN J., SALONEN J. T. « Alexithymia and risk of death in middle-aged men ». *Journal of Psychosomatic Research*. 1996.
- [59] JULA A., SALMINEN J.K., SAARIJARVI S. « Alexithymia: a facet of essential hypertension ». 1999.
- [60] NUMATA Y., OGATA Y., OIKE Y., MATSUMURA T., SIMADA K. « A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm ». *Japanese circulation journal*. 1998.
- [61] NIELSEN T., OUELLET L., WARNES H., CARTIER A., MALO J.-L., MONTPLAISIR J. « Alexithymia and impoverished dream recall in asthmatic patients: Evidence from self-report measures ». *Journal of Psychosomatic Research*. 1997.
- [62] FEIGUINE R. J., JONES N. F. « Alexithymia in Chronic Bronchitis/Emphysema: Personality Characteristics and Illness Attitudes ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1987.
- [63] PORCELLI P., TAYLOR G. J., BAGBY R. M., DE CARNE M. « Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1999.
- [64] PORCELLI P., ZAKA S., LEOCI C., CENTONZE S., TAYLOR G. J. « Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995.
- [65] FUKUNISHI S., KIKUCHI M., KAJI N., YAMASAKI K. « Can scores on alexithymia distinguish patients with peptic ulcer and erosive gastritis? ». 1997.
- [66] FUKUNISHI I., RAHE R.H. « Alexithymia and coping with stress in healthy persons: alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress ». 1995.
- [67] FERNANDEZ A., SRIRAM T. G., RAJKUMAR S., CHANDRASEKAR A. N. « Alexithymic Characteristics in Rheumatoid Arthritis: A Controlled Study ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1989.

- [68] TODARELLO O., CASAMASSIMA A., DANIELE S., MARINACCIO M., FANCIULLO F., VALENTINO L., TEDESCO N., WIESEL S., SIMONE G., MARINACCIO L. « Alexithymia, Immunity and Cervical Intraepithelial Neoplasia: Replication ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1997.
- [69] NORDBY G., EKEBERG O., KNARDAHL S., OS I. « A Double-Blind Study of Psychosocial Factors in 40-Year-Old Women with Essential Hypertension ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995.
- [70] TODARELLO O., TAYLOR G. J., PARKER J. D. A., FANELLI M. « Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study ». *Journal of Psychosomatic Research*. 1995.
- [71] GUILBAUD O., CORCOS M., HJALMARSSON L., LOAS G., JEAMMET P. « Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia ». 2003.
- [72] LUMLEY M.A., OVIES T., STETTNER L., WEHMER F., LAKEY B. « Alexithymia, social support and health problems ». 1996.
- [73] DEWARAJA R., SASAKI Y. « A right to left hemisphere callosal transfer deficit of nonlinguistic information in alexithymia ». 1990.
- [74] RILEY A. « Psychoneuro-immunologic factors in neoplasia: studies in animals Psychoneuro-immunology ». 1981.
- [75] NEMIAH J.C. « Alexithymia. Theoretical considerations ». 1977.
- [76] WEHMER F., BREJNAK C., LUMLEY M., STETTNER L. « Alexithymia and physiological reactivity to emotion-provoking visual scenes ». 1995.
- [77] DELBENDE C., DELARUE C., LEFEBVRE H., TRANCHAND BUNEL D., SZAFARCZYK MOCAER E., KAMOON A. « Glucocorticoïdes, transmetteurs de stress ». 1992.
- [78] SAPOLSKY R.M., KREY L.C., MCEWEN B.S. « The neuroendocrinology of stress and aging: the glucocorticoid cascade hypothesis ». 1986.
- [79] LINDHOLM T., LEHTINEN V., HYYPPA M.T. PUUKKA P. « Alexithymic features in relation to the dexamethasone suppression test in a Finnish population sample ». 1990.
- [80] GRABE H. J., SPITZER C., FREYBERGER H. J. « Alexithymia and the temperament and character model of personality ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001.
- [81] BANKIER B., AIGNER M., BACH M. « Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression ». *Psychosomatics*. 2001.
- [82] SEXTON M. C., SUNDAY S. R., HURT S., HALMI K. A. « The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients ». *International Journal of Eating Disorders*. 1998.

- [83] HONKALAMPI K., KOIVUMAA-HONKANEN H., LEHTO S. M., HINTIKKA J., HAATAINEN K., RISSANEN T., VIINAMÄKI H. « Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study ». *Journal of Psychosomatic Research*. 2010.
- [84] HONKALAMPI K., HINTIKKA J., KOIVUMAA-HONKANEN H., ANTIKAINEN R., HAATAINEN K., VIINAMÄKI H. « Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology: A six-year follow-up [2] ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2007.
- [85] SAARIJÄRVI S., SALMINEN J. K., TOIKKA T. « Temporal Stability of Alexithymia Over a Five-Year Period in Outpatients with Major Depression ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006.
- [86] MATTILA A. K., SALMINEN J. K., NUMMI T., JOUKAMAA M. « Age is strongly associated with alexithymia in the general population ». *Journal of Psychosomatic Research*. 2006.
- [87] GUNZELMANN T., KUPFER J., BRÄHLER E. « Alexithymia in the elderly general population ». *Comprehensive Psychiatry*. 2002.
- [88] KOJIMA M., HAYANO J., TOKUDOME S., SUZUKI S., IBUKI K., TOMIZAWA H., NAKATA A., SENO H., TORIYAMA T., KAWAHARA H., A FURUKAWA T. « Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients ». *Journal of Psychosomatic Research*. 2007.
- [89] DE TIMARY P., LUTS A., HERS D., LUMINET O. « Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety ». *Psychiatry Research*. 2008.
- [90] LUMINET O., ROKBANI L., OGEZ D., JADOULLE V. « An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer ». *Journal of Psychosomatic Research*. 2007.
- [91] HONKALAMPI K., HINTIKKA J., SAARINEN P., LEHTONEN J., VIINAMÄKI H. « Is Alexithymia a Permanent Feature in Depressed Patients? ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2000.
- [92] CELIKEL F. C., KOSE S., ERKORKMAZ U., SAYAR K., CUMURCU B. E., CLONINGER C. R. « Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder ». *Comprehensive Psychiatry*. 2010.
- [93] RIEF W., HEUSER J., FICHTER M. M. « What does the Toronto alexithymia scale TAS-R measure? ». *Journal of Clinical Psychology*. 1996.
- [94] ABRAMSON L, MCCLELLAND DC, BROWN D. « Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic healthy adults ». 1991.
- [95] POPKIN MK, CALLIES AL, LENTZ RD. « Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus. ». 1988.

- [96] TAYLOR G.J., BAGBY R.M. AND J.D.A. PARKER. « Disorders of affect regulation in medical and psychiatric illness ». 1997.
- [97] OGRODNICZUK J. S., PIPER W. E., JOYCE A. S. « The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play? ». *Comprehensive Psychiatry*. 2005.
- [98] S. VANHEULE, M. DESMET, P. VERHAEGHE AND S. BOGAERTS. « Alexithymic depression: evidence for a depression subtype? ». 2007.
- [99] TETEN A. L., MILLER L. A., BAILEY S. D., DUNN N. J., KENT T. A. « Empathic deficits and alexithymia in trauma-related impulsive aggression ». *Behavioral Sciences and the Law*. 2008.
- [100] FOSSATI A., ACQUARINI E., FEENEY J. A., BORRONI S., GRAZIOLI F., GIAROLLI L. E., FRANCIOSI G., MAFFEI C. « Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression ». *Attachment and Human Development*. 2009.
- [101] HARRISON A., SULLIVAN S., TCHANTURIA K., TREASURE J. « Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa ». *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009.
- [102] GRABE H. J., SPITZER C., FREYBERGER H. J. « Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology ». *American Journal of Psychiatry*. 2004.
- [103] LUMINET O., BAGBY R. M., TAYLOR G. J. « An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001.
- [104] A. BATEMAN AND P. FONAGY. « Psychotherapy for borderline personality disorder ». 2004.
- [105] SEMERARI A., CARCIONE A., DIMAGGIO G., FALCONE M., NICOLÒ G., PROCACCI M., ALLEVA G. « How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications ». *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2003.
- [106] FONAGY P. *Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte*. 2001.
- [107] BOUCHARD M.-A., TARGET M., LECOURS S., FONAGY P., TREMBLAY L.-M., SCHACHTER A., STEIN H. « Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared ». *Psychoanalytic Psychology*. 2008.
- [108] CHOI-KAIN L. W., GUNDERSON J. G. « Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder ». *American Journal of Psychiatry*. 2008.
- [109] DIMAGGIO G., PROCACCI M., NICOLÒ G., POPOLO R., SEMERARI A., CARCIONE A., LYSAKER P. H. « Poor metacognition in narcissistic and

avoidant personality disorders: Four psychotherapy patients analysed using the metacognition assessment scale ». *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007.

- [110] BACH M., DE ZWAAN M., ACKARD D., NUTZINGER D. O., MITCHELL J. E. « Alexithymia: Relationship to personality disorders ». *Comprehensive Psychiatry*. 1994.
- [111] HONKALAMPI K., HINTIKKA J., ANTIKAINEN R., LEHTONEN J., VIINAMÄKI H. « Alexithymia in patients with major depressive disorder and comorbid cluster C personality disorders: A 6-month follow-up study ». *Journal of Personality Disorders*. 2001.
- [112] VIINAMÄKI H., HINTIKKA J., TANSKANEN A., HONKALAMPI K., ANTIKAINEN R., KOIVUMAA-HONKANEN H., HAATAINEN K., SAARINEN P., LEHTONEN J. « Partial remission in major depression: A two-phase, 12-month prospective study ». *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002.
- [113] DE PANFILIS C., SALVATORE P., MARCHESI C., CAZZOLLA R., TONNA M., MAGGINI C. « Parental bonding and personality disorder: The mediating role of alexithymia ». *Journal of Personality Disorders*. 2008.
- [114] LAWSON R., WALLER G., SINES J., MEYER C. « Emotional awareness among eating-disordered patients: The role of narcissistic traits ». *European Eating Disorders Review*. 2008.
- [115] SPITZER C., SIEBEL-JÜRGES U., BARNOW S., GRABE H. J., FREYBERGER H. J. « Alexithymia and interpersonal problems ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005.
- [116] OGRODNICZUK J. S., PIPER W. E., JOYCE A. S. « Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy ». *American Journal of Psychotherapy*. 2004.
- [117] LEVY K. N., MEEHAN K. B., KELLY K. M., REYNOSO J. S., WEBER M., CLARKIN J. F., KERNBERG O. F. « Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006.
- [118] J.G. ALLEN, P. FONAGY AND A.W. BATEMAN. « Mentalizing in clinical practice ». 2008.
- [119] TAYLOR G.J., PARKER J.D., BAGBY R.M. « Toward the development of a new self-report alexithymia scale ». 1985.
- [120] BAGBY R. M., TAYLOR G. J., PARKER J. D. « The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale--II. Convergent, discriminant, and concurrent validity ». *J Psychosom Res*. 1994.
- [121] LOAS G., OTMANI O., VERRIER A., FREMAUX D., MARCHAND M. P. « Factor analysis of the French version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) ». *Psychopathology*. 1996.

- [122] VORTS H.C., BERMOND B. « Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire Person. ». 2001.
- [123] BERTHOZ S., HAVILAND M.G., RIGGS M.L., PERDEREAU F., BUNGENER C. « Assessing alexithymia in French-speaking samples: psychometric properties of the Observer Alexithymia Scale-French translation ». 2005.
- [124] ANTHONY/C.CHILAND/C.KOUPERNIK C. S. L. D. D. E. J. *L'ENFANT VULNERABLE*. [s.l.] : PUF. 1982.
- [125] CYRULNIK B. *Un merveilleux malheur*. 1999.
- [126] CYRULNIK B. *Les vilains petits canards*. 2001.
- [127] LEBOSSÉ Y., LAVALÉE M. *Empowerment et psychologie communautaire*. 1993.
- [128] MANCIAUX M. *La résilience: résister et se construire*. Genève; Cahiers médico-sociaux. 2001.
- [129] THEIS A. *La résilience dans la littérature scientifique*. La résilience: résister et se construire. 2001.
- [130] VAILLANT G.E. *The Wisdom of the Ego*. 1993.
- [131] WERNER E. « Children of the garden island ». 1989.
- [132] COSTA P.T. AND R.R. MCCRAE. « Revised NEO previous term personality next term inventory and NEO five factor inventory professional manual ». 1992.
- [133] KLING K. C., RYFF C. D., LOVE G., ESSEX M. « Exploring the Influence of Personality on Depressive Symptoms and Self-Esteem Across a Significant Life Transition ». *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003.
- [134] ALIM T. N., FEDER A., GRAVES R. E., WANG Y., WEAVER J., WESTPHAL M., ALONSO A., AIGBOGUN N. U., SMITH B. W., DOUCETTE J. T., MELLMAN T. A., LAWSON W. B., CHARNEY D. S. « Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population ». *American Journal of Psychiatry*. 2008.
- [135] CAMPBELL-SILLS L., COHAN S. L., STEIN M. B. « Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults ». *Behaviour Research and Therapy*. 2006.
- [136] COLLISHAW S., PICKLES A., MESSER J., RUTTER M., SHEARER C., MAUGHAN B. « Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample ». *Child Abuse and Neglect*. 2007.
- [137] CONNOR K. M., DAVIDSON J. R. T. « Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC) ». *Depression and Anxiety*. 2003.

- [138] DELAY J., PICHOT P. *Abrégé de psychologie*. 3<sup>e</sup> éd.[s.l.] : Editions Masson. 1997.
- [139] JEFFREY A. G. « The psychophysiological basis of introversion-extraversion ». *Behaviour Research and Therapy*. 1970.
- [140] WIESBECK G. A., MAUERER C., THOME J., JAKOB F., BOENING J. « Alcohol dependence, family history, and D2 dopamine receptor function as neuroendocrinologically assessed with apomorphine ». *Drug Alcohol Depend.* 1995.
- [141] WIESBECK G., WODARZ N., MAUERER C., THOME J., JAKOB F., BOENING J. « Sensation seeking, alcoholism and dopamine activity ». *Eur. Psychiatry*. 1996.
- [142] HANSENNE M., ANSSEAU M. « Catecholaminergic function and temperament in major depressive disorder: a negative report ». *Psychoneuroendocrinology*. 1998.
- [143] EBSTEIN R. P., LEVINE J., GELLER V., AUERBACH J., GRITSENKO I., BELMAKER R. H. « Dopamine D4 receptor and serotonin transporter promoter in the determination of neonatal temperament ». *Mol. Psychiatry*. 1998.
- [144] ROY A. « HPA axis function and temperament in depression: a negative report ». *Biol. Psychiatry*. 1996.
- [145] RUEGG R. G., GILMORE J., EKSTROM R. D., CORRIGAN M., KNIGHT B., TANCER M., LEATHERMAN M. E., CARSON S. W., GOLDEN R. N. « Clomipramine challenge responses covary with Tridimensional Personality Questionnaire scores in healthy subjects ». *Biol. Psychiatry*. 1997.
- [146] HANSENNE M. « P300 and personality: an investigation with the Cloninger's model ». *Biol Psychol*. 1999.
- [147] EBSTEIN R. P., NOVICK O., UMANSKY R., PRIEL B., OSHER Y., BLAINE D., BENNETT E. R., NEMANOV L., KATZ M., BELMAKER R. H. « Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking ». *Nat. Genet*. 1996.
- [148] NOBLE E. P., OZKARAGOZ T. Z., RITCHIE T. L., ZHANG X., BELIN T. R., SPARKES R. S. « D2 and D4 dopamine receptor polymorphisms and personality ». *Am. J. Med. Genet*. 1998.
- [149] TOMITAKA M., TOMITAKA S., OTUKA Y., KIM K., MATUKI H., SAKAMOTO K., TANAKA A. « Association between novelty seeking and dopamine receptor D4 (DRD4) exon III polymorphism in Japanese subjects ». *Am. J. Med. Genet*. 1999.
- [150] HEATH A. C., CLONINGER C. R., MARTIN N. G. « Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck ». *J Pers Soc Psychol*. 1994.

- [151] STALLINGS M. C., HEWITT J. K., CLONINGER C. R., HEATH A. C., EAVES L. J. « Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: three or four temperament dimensions? ». *J Pers Soc Psychol.* 1996.
- [152] CLONINGER C. R., SIGVARDSSON S., BOHMAN M. « Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults ». *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1988.
- [153] TREMBLAY R. E., PIHL R. O., VITARO F., DOBKIN P. L. « Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior ». *Arch. Gen. Psychiatry.* 1994.
- [154] MÀSSE L. C., TREMBLAY R. E. « Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence ». *Arch. Gen. Psychiatry.* 1997.
- [155] AMPOLLINI P., MARCHESI C., SIGNIFREDI R., GHINAGLIA E., SCARDOVI F., CODELUPPI S., MAGGINI C. « Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions ». *J Affect Disord.* 1999.
- [156] BROWN S. L., SVRAKIC D. M., PRZYBECK T. R., CLONINGER C. R. « The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach ». *J Psychiatr Res.* 1992.
- [157] CHIEN A. J., DUNNER D. L. « The Tridimensional Personality Questionnaire in depression: state versus trait issues ». *J Psychiatr Res.* 1996.
- [158] HANSENNE M., PITCHOT W., GONZALEZ MORENO A., REGGERS J., MACHUROT P.-Y., ANSSEAU M. « Harm avoidance dimension of the tridimensional personality questionnaire and serotonin-1a activity in depressed patients ». *Biological Psychiatry.* 1997.
- [159] JOFFE R. T., BAGBY R. M., LEVITT A. J., REGAN J. J., PARKER J. D. « The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression ». *Am J Psychiatry.* 1993.
- [160] JOYCE P. R., MULDER R. T., CLONINGER C. R. « Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression ». *J Affect Disord.* 1994.
- [161] ALLGULANDER C., CLONINGER C. R., PRZYBECK T. R., BRANDT L. « Changes on the Temperament and Character Inventory after paroxetine treatment in volunteers with generalized anxiety disorder ». *Psychopharmacol Bull.* 1998.
- [162] REICHBORN-KJENNERUD T., LINGJAERDE O. « Response to light therapy in seasonal affective disorder: personality disorders and temperament as predictors of outcome ». *J Affect Disord.* 1996.
- [163] TOME M. B., CLONINGER C. R., WATSON J. P., ISAAC M. T. « Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: personality variables and response to paroxetine and pindolol ». *J Affect Disord.* 1997.

- [164] HEALY D., HEALY H. « The clinical pharmacologic profile of reboxetine: does it involve the putative neurobiological substrates of wellbeing? ». *J Affect Disord.* 1998.
- [165] CHAKROUN-VINCIGUERRA N., FAYTOUT M., PÉLISSOLO A., SWENDSEN J. « Validation française de la version courte de l'Inventaire du Tempérament et du Caractère (TCI-125) ». *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* . 2005.
- [166] PÉLISSOLO A., LÉPINE J. P. « Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version ». *Psychiatry Res.* 2000.
- [167] SPIELBERGER C.D. « Inventaire d'anxiété état-trait forme Y ». 1993.
- [168] PARKER J. D. A., TAYLOR G. J., BAGBY R. M. « The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population ». *J Psychosom Res.* 2003.
- [169] BECK A.T., ET BEAMESDERFER A. « BECK A.T., et BEAMESDERFER A. Assessment of Depression: The Depression Inventory. Psychological Measurements in Psychopharmacology ». 1974.
- [170] FRANCO B. « Female vs. male outpatient depression: A 448-Case study in private practice ». *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2000.
- [171] HONKALAMPI K., HINTIKKA J., LAUKKANEN E., LEHTONEN J., VIINAMÄKI H. « Alexithymia and depression: A prospective study of patients with major depressive disorder ». *Psychosomatics.* 2001.
- [172] HONKALAMPI K., SAARINEN P., HINTIKKA J., VIRTANEN V., VIINAMÄKI H. « Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression ». *Psychotherapy and Psychosomatics.* 1999.
- [173] WISE T. N., MANN L. S., HILL B. « Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient ». *Psychotherapy and Psychosomatics.* 1990.
- [174] MATTI JOUKAMAA, ULLA LEPOLA. « Alexithymic features in patients with panic disorder ». 2009.
- [175] NÄÄTÄNEN P., RYNNÄNEN A., KELTIKANGAS-JÄRVINEN L. « The influence of alexithymic characteristics on the self-perception and facial expression of a physiological stress state ». *Psychother Psychosom.* 1999.
- [176] ARMSTRONG A. R., GALLIGAN R. F., CRITCHLEY C. R. « Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events ». *Personality and Individual Differences.* 2011.
- [177] FRESÁN A., ROBLES-GARCÍA R., LÓPEZ-AVILA A., CLONINGER C. R. *Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory-Revised.* 2010.

- [178] CLONINGER CR, PRZYBECK TR, SVRAKIC DM. « Le questionnaire de personnalité tridimensionnelle: données normatives des États-Unis. ». 1991.
- [179] LÉPINE JP, PELISSOLO A, R TEODORESCU, TEHERANI M. « Évaluation des Propriétés psychométriques de la version française du questionnaire tridimensionnel de la Personnalité (TPQ) ». 1994.
- [180] MORROW S. L., SMITH M. L. « Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. ». *Journal of Counseling Psychology*. 1995.
- [181] ROTH S., NEWMAN E. « The Process of Coping with Incest for Adult Survivors ». *Journal of Interpersonal Violence*. 1993.
- [182] SPACCARELLI S. « Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. ». *Psychological Bulletin*. 1994.
- [183] LEITENBERG H., GREENWALD E., CADDO S. « A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood ». *Child Abuse and Neglect*. 1992.
- [184] VARIA R., ABIDIN R. R., DASS P. « Perceptions of abuse: Effects on adult psychological and social adjustment ». *Child Abuse and Neglect*. 1996.
- [185] JOHNSON B. K., KENKEL M. B. « Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims ». *Child Abuse and Neglect*. 1991.
- [186] HIMELEIN M. J., MCEL RATH J. A. V. « Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion ». *Child Abuse and Neglect*. 1996.
- [187] LEBOWITZ L., HARVEY M. R., HERMAN J. L. « A Stage-by-Dimension Model of Recovery From Sexual Trauma ». *Journal of Interpersonal Violence*. 1993.
- [188] CLONINGER C. R., SVRAKIC D. M., PRZYBECK T. R. « A psychobiological model of temperament and character ». *Archives of General Psychiatry*. 1993.
- [189] BOUCHARD T. J. Jr. « Genes, environment, and personality ». *Science*. 17 juin 1994.
- [190] HANSENNE M., ANSSEAU M. « Harm avoidance and serotonin ». *Biol Psychol*. 1999.
- [191] SVRAKIC D.M., CLONINGER S. *Classification des troubles de la personnalité implication pour le traitement et la recherche*. 2003.
- [192] BLOCK J., KREMEN A. M. « IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness ». *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996.
- [193] MANCINI A. D., BONANNO G. A. « Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model ». *Journal of Personality*. 2009.

- [194] GANA K., K'DELANT P. « The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly ». *Journal of Affective Disorders*. 2011.
- [195] HANSENNE M., REGGERS J., PINTO E., KJIRI K., AJAMIER A., ANSSEAU M. « Temperament and character inventory (TCI) and depression ». *Journal of Psychiatric Research*. 1999.
- [196] TANAKA E., KIJIMA N., KITAMURA T. « Correlations between the temperament and character inventory and the self-rating depression scale among Japanese students ». *Psychological Reports*. 1997.
- [197] JIANG N., SATO T., HARA T., TAKEDOMI Y., OZAKI I., YAMADA S. « Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: Study based on the Temperament and Character Inventory ». *Journal of Psychosomatic Research*. 2003.
- [198] EVREN C., KOSE S., SATAR K. « Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependant Turkish men ». 2008.
- [199] PICARDI A., TONI A., CAROPPO E. « Stability of alexithymia and its relationships with the « big five » factors, temperament, character, and attachment style ». *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005.
- [200] PARKER J. D. ., TAYLOR G. J., BAGBY R. M. « Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles ». *Comprehensive Psychiatry*. 2004.
- [201] MOHAMMAD ALI B. « Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems ». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010.
- [202] LUNDMAN B., ALÃ©X L., JONSÃ©N E., NORBERG A., NYGREN B., SANTAMÃ©KI FISCHER R., STRANDBERG G. « Inner strengthâ€”A theoretical analysis of salutogenic concepts ». *International Journal of Nursing Studies* . 2010.
- [203] ELLERMANN C. R., REED P. G. « Self-transcendence and depression in middle-age adults ». *Western Journal of Nursing Research*. 2001.
- [204] REED P. G. « Toward a nursing theory of self-transcendence: deductive reformulation using developmental theories. ». *ANS. Advances in nursing science*. 1991.
- [205] WALSH S. M., CHEN S., HACKER M., BROSCARD D. « A creative-bonding intervention and a friendly visit approach to promote nursing students' self-transcendence and positive attitudes toward elders: a pilot study. ». *Nurse education today*. 2008.
- [206] WALTON C. G., SHULTZ C. M., BECK C. M., WALLS R. C. « Psychological correlates of loneliness in the older adult ». *Archives of Psychiatric Nursing*. 1991.

- [207] CONRAD R., WEGENER I., IMBIEROWICZ K., LIEDTKE R., GEISER F. « Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression ». *Psychiatry Research*. 2009.
- [208] SAARIJÄRVI S., SALMINEN J. ., TOIKKA T. . « Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression ». *Journal of Psychosomatic Research*. 2001.
- [209] WETZEL R. D., KNESEVICH M. A., BROWN S. L., WOLFF H. A., HORN C. J., CLONINGER C. R. « CORRELATES OF TRIDIMENSIONAL PERSONALITY QUESTIONNAIRE SCALES WITH SELECTED MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY SCALES ». *Psychological Reports*. 1992.
- [210] NELSON E. C., CLONINGER C. R. « The tridimensional personality questionnaire as a predictor of response to nefazodone treatment of depression ». *Journal of Affective Disorders*. 1995.
- [211] STRAKOWSKI S. M. « Affective state dependence of the tridimensional personality questionnaire ». *Psychiatry Research*. 1995.
- [212] BAYON, C, HILL K, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR, CR CLONINGER. « Évaluation des dimensions de la personnalité dans un échantillon de patients externes: les relations des systèmes de Millon et Cloninger. ». 1996.
- [213] BLACK K. J., SHELINE Y. I. « Personality disorder scores improve with effective pharmacotherapy of depression ». *Journal of Affective Disorders*. 1997.
- [214] CORRUBLE E., DURET C., PELISSOLO A., FALISSARD B., GUELFY J. D. « Early and delayed personality changes associated with depression recovery? A one-year follow-up study ». *Psychiatry Research*. 2002.
- [215] ROMOLI M., BERNINI O., COSCI F., BERROCAL C. « P02-387 - The effect of alexithymia on anxiety, depression, coping, and difficulties in daily living in oncologic patients ». *European Psychiatry*. 2011.
- [216] CARVER C. S., WHITE T. L. « Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. ». *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994.
- [217] GRAY J. A. « Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary ». *Journal of Research in Personality*. 1987.
- [218] TUGADE M. M., FREDRICKSON B. L. « Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences ». *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004.
- [219] A.C. CARLE AND L. CHASSIN. « Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation to internalising symptomatology and positive affect. ». 2004.
- [220] DUMONT C.,DUMONT A.C.,J-F. ROCHE,P.J-P.CLÉMENT. « Dépression de perte et dépression d'épuisement ». 2006.

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Représentation schématique générale des interactions, notamment neuro-immunologiques, dans le fonctionnement de l'axe du stress .....45

Illustration 2 : Trajectoires d'évolution de la santé d'un sujet soumis à des stress aigus et chroniques, en relation à ses caractéristiques de vulnérabilité-résilience et à son environnement social et thérapeutique.....50

# TABLE DES TABLEAUX

Tableau 3 scores moyens au TCI-226 des dimensions de personnalité de la population générale américaine et française.....	95
Tableau 4 : scores seuils convertis en pourcentage par rapport aux valeurs moyennes de la population française.....	95
Tableau 3. Normes françaises de l'échelle d'alexithymie (TAS-20)....	97
Tableau 4 : Comparaison des scores moyens en termes d'âge, anxiété et résilience en fonction de la présence d'alexithymie (TAS-20 $\geq$ 56) et du type de dépression.....	106
Tableau 5 : Comparaison des scores moyens en termes d'âge, anxiété, alexithymie et résilience en fonction de la présence de chaque trait de tempérament et du type de dépression.....	109
Tableau 6: Comparaison des scores moyens en termes d'âge, anxiété, alexithymie et résilience en fonction de la présence de chaque trait de caractère et du type de dépression.....	110

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

## **RESUME**

Du fait de sa fréquence et du poids des conséquences qu'elle entraîne en termes de handicaps sociaux, familiaux, professionnels et de coût, la dépression pose un problème majeur de santé publique. En dehors des critères habituels de diagnostics standardisés (DSM-4-TR ; CIM-10), il paraît important d'étudier l'étiopathogénie de l'épisode dépressif et l'influence des facteurs associés tels l'alexithymie, la personnalité, la résilience et l'anxiété.

Nous nous sommes proposés dans cette étude, d'étudier une population de 70 patients hospitalisés dans le cadre d'un épisode dépressif majeur. Nous avons formé deux groupes de 35 patients en fonction de l'étiopathogénie de l'épisode dépressif : dépression de perte et dépression d'épuisement. Dans un second temps, les patients ont rempli un recueil d'auto-questionnaires permettant d'analyser l'influence de l'alexithymie, la personnalité, et l'anxiété sur leur dépression.

Il ressort de ce travail que l'alexithymie semble constituer un facteur de vulnérabilité et de sévérité de l'épisode dépressif. Il semble aussi mettre à mal les capacités de résilience du sujet dépressif. On a pu observer aussi certaines caractéristiques spécifiques entre nos deux types de dépression.

---

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

---

*Mots-clés* : Dépression, dépression de perte, dépression d'épuisement, alexithymie, résilience, personnalité, anxiété

---

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE  
2, rue du docteur Marcland  
87025 LIMOGES CEDEX