



**HAL**  
open science

## Structure d'attachement dans la dermatite atopique

Thierry Sage

► **To cite this version:**

Thierry Sage. Structure d'attachement dans la dermatite atopique. Psychologie. Université de Bourgogne, 2011. Français. NNT: 2011DIJOL018 . tel-00748142

**HAL Id: tel-00748142**

**<https://theses.hal.science/tel-00748142>**

Submitted on 5 Nov 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE BOURGOGNE**  
**ECOLE DOCTORALE SANTÉ-STIC**

Thèse  
pour obtenir le grade de  
Docteur de l'Université de Bourgogne  
**Psychologie clinique**

**STRUCTURE D'ATTACHEMENT**  
**DANS**  
**LA DERMATITE ATOPIQUE**

*Etude descriptive et Applications cliniques*  
*Etude de 80 patients*

**THESE**

**Présentée et soutenue par Thierry SAGE**  
**N° Etudiant 202876**  
***le 4 novembre 2011***

sous la direction du Professeur **Hervé BENONY**,  
Professeur de psychopathologie et psychologie, Dijon

***JURY :***

**Hervé BENONY**, Professeur de psychopathologie et psychologie clinique, Université de Bourgogne, Dijon.  
**Ahmed JEBRANE**, Maître de conférence, Institut de Mathématiques, Université de Bourgogne, Dijon.  
**Raphaële MILJKOVITCH**, Professeur de psychologie du développement, Université de Paris VIII.  
**Blaise PIERREHUMBERT**, Privat Docent, Maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne.  
**Laurent MISERY**, Professeur de dermato-vénéréologie, Chef de service centre hospitalo- universitaire, Brest.  
**Bernard BONIN**, Professeur de psychiatrie, Chef de service centre hospitalo- universitaire du Bocage, Dijon.  
**Silla CONSOLI**, Professeur de psychiatrie, Chef de service Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris.  
**Pierre VABRES**, Professeur de dermato-vénéréologie, centre hospitalo- universitaire du Bocage, Dijon.  
**Sophie DALAC**, praticien hospitalier, Chef de service de dermato-vénéréologie, Hôpital du Bocage, Dijon (membre invitée).

**Laboratoire de rattachement : Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale (LPPM),  
Université de Dijon**

*à Hervé*

*à Adeline*

*à mes enfants Sarah, Matthieu et Gabriel*

## Remerciements

Je remercie sincèrement :

- Monsieur le Professeur Hervé BENONY, mon directeur de thèse pour son soutien, sa présence et sa compétence. Ce travail n'aurait jamais pu exister sans son expertise dans le domaine de l'attachement comme dans bien d'autres. Il a été constant dans son soutien, sa disponibilité, son aide logistique et surtout sa gentillesse et son amitié. Ses qualités humaines et son intelligence sont pour moi une inspiration sans cesse renouvelée.
- Monsieur Ahmed JEBRANE, mon co-encadrant de thèse, dont la gentillesse, les qualités pédagogiques et la disponibilité m'ont beaucoup aidé. Je le remercie de tout ce que j'ai appris lors de nos séances de travail, et de m'avoir fait aimer les statistiques...
- Madame le Professeur Raphaële MILJKOVITCH d'avoir accepté d'expertiser l'avancée de mon travail et d'être rapporteur de celui-ci en vue de la soutenance. Je la remercie particulièrement d'avoir permis le codage avec le Q-sort selon KOBAK, sans lequel le travail aurait été incomplet. Je suis honoré de l'intérêt qu'elle porte à cette recherche et de sa présence en tant que membre de mon jury de thèse.
- Monsieur Blaise PIERREHUMBERT d'avoir accepté d'expertiser l'avancée de mon travail et de participer en tant que membre du jury. Le CAMIR, test qu'il a conçu avec d'autres collègues dont professeur MILJKOVITCH Raphaële, et sa population témoin concernant le Q-sort selon KOBAK ont été des éléments centraux dans mon travail. Sa gentillesse, son efficacité et ses qualités de chercheur m'ont été très utiles ainsi que son érudition et sa passion communicatrice pour la théorie de l'attachement.
- Monsieur le Professeur Laurent MISERY qui me fait l'amitié d'expertiser mon travail en tant que rapporteur et membre du jury. Ses grandes connaissances en psycho-dermatologie enrichiront notre réflexion sur le sujet étudié.
- Monsieur le Professeur Bernard BONIN d'avoir accepté d'expertiser mon travail en tant que membre du jury. Ses compétences professionnelles, sa qualité d'écoute et sa bienveillance en font toujours un interlocuteur de grande qualité.

- Monsieur le professeur Silla CONSOLI d'avoir accepté d'expertiser mon travail en tant que membre du jury. Je suis honoré de sa présence et de l'intérêt qu'il porte à ce travail qu'il enrichira par sa qualité d'analyse et ses connaissances.
- Madame le Docteur Sophie DALAC mon chef de service d'avoir accepté de participer au jury de thèse. Je la remercie particulièrement de m'avoir accueilli pour initier les consultations de dermatologie psychosomatique dans le service de dermatologie de l'hôpital du Bocage à Dijon. Son dynamisme et sa compétence sont essentiels pour le travail de chacun dans le service.
- Monsieur le Professeur Pierre VABRES d'avoir accepté d'expertiser mon travail en tant que membre du jury. Je le remercie également de m'accueillir dans le service de dermatologie et de l'intérêt particulier qu'il manifeste pour cette recherche qu'il ne manquera pas d'enrichir par ses points de vue toujours pertinents.
- Mes secrétaires Brigitte et Isabelle pour leur aide si précieuse au quotidien et leurs qualités humaines si riches.
- Gaëlle, Lucie et Typhaine pour la retranscription des entretiens, Karine pour son aide sur le traitement de texte.
- Le personnel de consultation du service de dermatologie du Bocage pour leur gentillesse et leur disponibilité.
- Tous mes collègues pour leurs encouragements.
- Les patients pour leur collaboration et pour tout ce qu'ils ont apporté à ce travail.
- Tous mes amis dont le soutien a été si important pour moi et que je ne cite pas de crainte d'en oublier.
- Ma famille si essentielle...
- Adeline pour la relecture du travail et sa présence patiente, mais aussi surtout pour m'avoir supporté et soutenu durant ces longues journées de travail...

## Résumé

La dermatite atopique est une dermatose inflammatoire apparaissant préférentiellement avant l'âge de cinq ans, et évoluant naturellement vers la guérison après l'adolescence dans plus de 90% des cas. L'origine de cette amélioration spontanée n'est pas clairement établie dans cette dermatose multifactorielle dont l'étiopathogénie reste encore à déterminer (maturation du système immunitaire ?).

Les liens de cette pathologie avec le psychisme sont certains : retentissement psychologique important avec altération de la qualité de vie, aggravation voire déclenchement des poussées par le stress, amélioration des lésions par psychothérapie.

L'observation de la nature de la structure d'attachement est importante dans le domaine de la psychopathologie. Elle est encore peu réalisée dans le domaine de la pathologie organique.

Nous avons étudié la structure d'attachement de 80 adultes ayant présenté dans l'enfance une dermatite atopique, 40 d'entre eux ayant une guérison de celle-ci depuis l'adolescence, 40 autres présentant une pérennisation des crises d'eczéma.

L'évaluation de l'attachement a été réalisée avec un autoquestionnaire (CAMIR de *PIERREHUMBERT*) et la cotation de l'entretien d'attachement avec la méthode Q-SORT selon *KOBAK*.

Nous avons également mesuré les symptômes psychopathologiques associés avec l'échelle SCL90-R, le niveau d'anxiété avec l'inventaire trait-état de *SPIELBERGER* (STAIY) et le coping avec le WCC-R de *VITALIANO*. Les IgE totales ont été dosées.

Les sujets avec dermatite atopique ayant débutée avant trois ans ne sont pas plus insécures que ceux avec un début plus tardif de leur dermatose. Ceci fait évoquer la possibilité d'une absence de retentissement sur la structure d'attachement d'une dermatite atopique apparaissant dans les premières années de vie, contrairement à ce qui est noté dans toute pathologie chronique d'apparition précoce. Il est alors supposé un effet positif des soins cutanés sur la nature de la relation de la dyade mère-enfant.

Par contre, le retentissement ultérieur de la dermatite atopique chez l'adulte est important, avec augmentation d'une insécurité préoccupée en termes de représentations d'attachement, une augmentation des scores de toutes les dimensions psychopathologiques mesurées et une recherche anxieuse de soutien à l'extérieur. Ce retentissement est d'autant plus important que les IgE sont élevées, ceci n'étant pas uniquement le reflet de la gravité de la maladie.

Les adultes présentant une dermatite atopique pérennisée sont structurellement plus insécures que ceux qui ont guéris : si nous considérons l'aspect stable dans le temps de la structure d'attachement, ces résultats positionneraient celle-ci en tant que possible facteur dispositionnel prédictif dans l'évolution de la dermatite atopique.

Le score de sécurité des patients guéris est d'autant plus élevé que les IgE sont normales.

Un phénomène d'interaction entre le système d'attachement et le système adaptatif au stress, à dépendance développementale commune sur certains aspects, est évoqué. Le rôle des IgE reste à déterminer.

En termes de psychologie de la santé, la structure d'attachement pourrait être considérée comme un facteur dispositionnel susceptible d'influer l'évolution de la dermatite atopique.

**MOTS CLES** : *Attachement/ Psychisme/ Psychologie de la santé/ Dermatite atopique/ IgE/Dermatologie*

## Abstract

Atopic dermatitis is an inflammatory skin disorder which usually appears before the age of five, and heals naturally little by little after adolescence in over 90% of cases. Why this spontaneous improvement occurs is not clearly established for this multi-factor skin disorder, for which the etiopathology has yet to be determined (immune system maturity?).

There is a clear relationship between this pathology and the psyche: major psychological repercussions affecting the quality of life, aggravation or triggering of skin reactions due to stress, alleviation of lesions using psychotherapy.

Observation of patterns of attachment is important in the field of psychopathology, but is not often undertaken in the domain of organic pathology.

We studied the patterns of attachment for 80 adults having suffered from atopic dermatitis during childhood, 40 of them had been cured since adolescence, the other 40 continued to suffer from outbreaks of eczema.

Attachment was evaluated using a self-completion questionnaire (CAMIR by *PIERRE HUMBERT*) and the attachment interview was graded using the Q-SORT method, by *KOBAK*.

We also measured the associated psychopathological symptoms using the SCL90-R scale, level of anxiety using *SPIELBERGER*'s state-trait-anxiety inventory (STAIY), and coping measurement using the WCC-R scale devised by *VITALIANO*. Total IgE was measured.

Patients suffering from atopic dermatitis that began before the age of 3 years are not more insecure than patients whose skin disorder started later in life. This meant that there were possibly no repercussions on the pattern of attachment for cases of atopic dermatitis that had appeared in the first years of life, contrary to all reports regarding a chronic pathology appearing early in life. This implies that caring for the skin has a positive effect on the mother-child relationship.

On the other hand, adults suffer from major repercussions of atopic dermatitis later on in life: increased sense of preoccupied insecurity in terms of representations of attachment, increased scores in all the psychopathological dimensions measured, and an anxious need for outside support. These repercussions are even more serious when IgE is high, but this is not solely connected with the gravity of the illness.

Adults suffering from persistent atopic dermatitis are basically more insecure than those who are cured: if long-term stability in the pattern of attachment is considered, this study could place pattern of attachment as a possible predictive disposition factor in the evolution of atopic dermatitis. The security score of cured patients is all the greater when IgE is normal.

The existence of an interaction between the attachment pattern and the system for adapting to stress has been suggested, since they are both dependent on development. The role played by IgE remains to be determined. In terms of health psychology, the pattern of attachment could be considered as a disposition factor likely to influence the evolution of a skin disorder.

Key words: psyche, attachment, health psychology, atopic dermatitis, immunoglobulin E, dermatology

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>p. 12</b>
<b>Première Partie : Dermatite Atopique, attachement et psychosomatique</b>	<b>p. 15</b>
<b>1. <i>Dermatite atopique : Historique, Définition et Pathogénie</i></b>	<b>p. 16</b>
<b>2. <i>Psychologie et dermatite atopique</i></b>	<b>p. 24</b>
2.1. Retentissement psychologique de la dermatite atopique	p. 25
2.1.1 Morbidité observée	p. 25
2.1.2 Facteurs intervenant dans la répercussion psychologique	p. 27
2.1.3 Retentissement sur la qualité de vie	p. 28
2.2. Facteurs psychologiques intervenant dans l'apparition de la dermatite atopique	p. 29
2.2.1 Evénements de vie et déclencheurs de stress	p. 29
2.2.2 Les stratégies d'ajustement (coping) et autres modérateurs	p. 32
2.2.3 Les variables dispositionnelles : les facteurs de personnalité	p. 36
2.3. Conclusion	p. 39
<b>3. <i>Attachement et psychosomatique</i></b>	<b>p. 40</b>
3.1. Théorie de l'attachement	p. 40
3.2. Evaluation de l'attachement chez l'adulte	p. 45
3.3. Psychosomatique et attachement	p. 47
3.3.1. Attachement et gestion du stress	p. 47
3.3.2. Attachement et pathologies somatiques	p. 50

<b>4.</b>	<b><i>Attachement et dermatite atopique</i></b>	<b><i>p. 57</i></b>
4.1.	Le sens du toucher	p. 57
4.2.	Toucher, agrippement et attachement	p. 58
4.3.	Dermatologie et attachement	p. 60

## **Deuxième Partie: Méthodologie** **p. 63**

<b>1.</b>	<b><i>Cadre de la recherche</i></b>	<b><i>p. 64</i></b>
<b>2.</b>	<b><i>Objectifs</i></b>	<b><i>p. 64</i></b>
<b>3.</b>	<b><i>Etude préliminaire</i></b>	<b><i>p. 65</i></b>
3.1	Tests d'évaluation de l'attachement utilisés	p. 65
3.2	Résultats catégoriels	p. 70
3.3	Résultats dimensionnels	p. 75
3.4	Autres résultats	p. 76
<b>4.</b>	<b><i>Etude actuelle</i></b>	<b><i>p. 78</i></b>
4.1	Hypothèses théoriques	p. 78
4.2	Hypothèses opérationnelles	p. 81
4.3	Méthode	p. 82
4.3.1	Critères d'inclusion et de non inclusion	p. 82
4.3.2	Descriptif de la population étudiée	p. 84
4.3.3	Outils utilisés	p. 87
4.3.4	Procédure et méthode de recueil des données	p. 91
4.3.5	Méthode d'analyse et de traitement des données	p. 92
4.3.6	Calendrier	p. 93

<b>Troisième Partie: Résultats</b>	<b>p. 94</b>
<i>1 Tableaux récapitulatifs</i>	p. 95
<i>2 Résultats concernant les hypothèses</i>	p. 99
2.1 Première hypothèse	p. 99
2.2 Deuxième hypothèse	p. 100
2.3 Troisième hypothèse	p. 102
2.4 Quatrième hypothèse	p. 104
2.5 Cinquième hypothèse	p. 106
<i>3 Commentaires sur les facteurs étudiés</i>	p. 107
<i>4 Corrélations entre tests</i>	p. 118
<i>5 Réflexions générales et critiques de notre travail</i>	p. 121
<b>Quatrième Partie: Discussion</b>	<b>p. 124</b>
<b>Conclusion</b>	<b>p. 149</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>p. 155</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>p. 178</b>

## Liste des annexes

ANNEXE 1.	LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGNIFICATIONS	179
ANNEXE 2.	RESULTATS AU Q-SORT SELON KOBAK	180
ANNEXE 3.	RESULTATS AU CAMIR	185
ANNEXE 4.	RESULTATS A LA SCL90	189
ANNEXE 5.	RESULTATS DE LA STAY	193
ANNEXE 6.	RESULTATS AU WCC	195
ANNEXE 7.	ETUDE DU FACTEUR AGE	198
ANNEXE 8.	ETUDE DU FACTEUR SEXE	202
ANNEXE 9.	ETUDE DU FACTEUR COUPLE	206
ANNEXE 10.	ETUDE DU FACTEUR NOMBRES D'ANNEES D'ETUDE	210
ANNEXE 11.	ETUDE DU FACTEUR DUREE GLOBALE DE LA DERMATITE ATOPIQUE	212
ANNEXE 12.	ETUDE DU FACTEUR AGE D'APPARITION DE LA DERMATOSE	215
ANNEXE 13.	ETUDE DU FACTEUR DECES D'UNE FIGURE D'ATTACHEMENT (DCFA) APRES L'AGE DE TROIS ANS	220
ANNEXE 14.	ETUDE DU FACTEUR LOCALISATION	223
ANNEXE 15.	ETUDE DU FACTEUR GRAVITE MESUREE PAR LE SCORAD	224
ANNEXE 16.	ETUDE DU FACTEUR ATOPIE FAMILIALE	225
ANNEXE 17.	ETUDE DU FACTEUR IGE	227
ANNEXE 18.	CORRELATIONS ENTRE Q-SORT SELON KOBAK ET CAMIR	245
ANNEXE 19.	CORRELATIONS ENTRE Q-SORT SELON KOBAK ET SCL 90	248
ANNEXE 20.	CORRELATIONS ENTRE Q-sort selon KOBAK, STAY ET WCC	251
ANNEXE 21.	CORRELATIONS CAMIR –SCL 90	253
ANNEXE 22.	CORRELATIONS CAMIR – WCC et STAIY	256
ANNEXE 23.	CORRELATIONS SCL 90 ET WCC, STAY	258
ANNEXE 24.	CORRELATIONS WCC ET STAY	261
ANNEXES METHODOLOGIQUES		262
ANNEXES CAS CLINIQUES		282

# ***INTRODUCTION***

La dermatite atopique (ou eczéma atopique) est une dermatose inflammatoire chronique à composante prurigineuse prédominante et caractérisée par des poussées d'eczéma aigu associées à une xérose (sécheresse) cutanée permanente.

Cette dermatose est de plus en plus fréquente (prévalence actuelle de 15,6% en Europe du Nord) (DIEPGEN, 2001).

Elle apparaît dans 90% des cas avant l'âge de cinq ans (WARSCHBURGER 2004) et affecte 2 à 10% de la population adulte (HOLDEN, 1998).

On observe une guérison après l'adolescence dans 90% des cas. Une maturation du système immunitaire par activation de cellules régulatrices est évoquée pour expliquer cette amélioration spontanée.

Son retentissement important sur la qualité de vie et la relation sociale en font actuellement un réel problème de santé publique. Les répercussions socio psychologiques font ainsi la gravité de cette pathologie qui ne met par ailleurs pas le pronostic vital en jeu.

L'impact psychologique de cette dermatose est actuellement reconnu et fait l'objet de publications de plus en plus nombreuses.

Le point de départ de cette étude vient de l'observation clinique, après 20 ans de pratique dermatologique, avec certains aspects concernant le sujet adulte présentant un eczéma atopique :

- ✓ Une grande sensibilité à la relation à autrui, allant sur le plan symptomatique autant dans le sens de l'aggravation que de l'amélioration.

Ainsi un conflit, une séparation, des stress quotidiens vont aggraver la dermatite atopique.

Une qualité d'écoute et de relation avec le personnel soignant va améliorer significativement la symptomatologie.

Cet aspect nous a amené à considérer la dermatose atopique comme une pathologie à composante relationnelle prépondérante.

- ✓ Les éléments déclenchants appartiennent souvent au domaine de la séparation qu'elle soit réelle (divorce, perte d'un proche, ...) ou représentée (désintérêt de la part d'autrui, perte d'un investissement affectif, ...).

- ✓ Cette sensibilité accrue à la relation à l'autre stimule des comportements fréquents d'intolérance à la frustration, à la séparation, avec parfois une relation de type anaclitique avec un proche, d'adossement à l'autre, de manifestations de colère et d'hyper irritabilité, des contacts sociaux difficiles et souvent conflictuels.

La tolérance à la frustration d'une offre de soin non satisfaisante est abaissée, avec une tendance au « nomadisme » médical (patient consultant plusieurs médecins pour avoir plusieurs avis) et au recours à de multiples thérapeutiques de nature très différente (allant du médecin au guérisseur). Ces éléments comportementaux rappellent ainsi le tableau clinique du sujet insécure tel que décrit par *BOWLBY (1973)* dans sa conceptualisation de la théorie de l'attachement.

Il nous est donc apparu judicieux d'observer, dans une dermatose où le lien à l'autre semble aussi prédominant, cette structure d'attachement, dont la nature dépend de la qualité des expériences précoces de l'enfant, et de la relation avec la figure d'attachement, conditionnant ainsi les relations sociales ultérieures de l'adulte.

Cette théorie de l'attachement nous permet d'aborder la dermatite atopique sous cet angle relationnel avec des outils validés et de permettre ainsi l'utilisation d'un cadre expérimental dans l'étude d'intervention de facteurs psychologiques dans cette dermatose.

Cet aspect pragmatique de l'utilisation du cadre théorique de l'attachement dans l'étude de la dermatite atopique ne doit néanmoins pas nous faire rentrer dans le piège de la catégorisation.

Il convient de penser l'eczéma comme un fait dynamique et non plus statique, systématique ou inéluctable. Le mode de pensée doit être circulaire comme dirait les systématiciens, évitant de rechercher un lien de causalité linéaire dans cette pathologie multifactorielle.

C'est pourquoi, après une étude princeps réalisée sur 30 patients et sur un mode catégoriel et qualitatif nous permettant d'affiner nos hypothèses et de choisir nos outils, une étude avec prise en compte uniquement des scores dimensionnels a été faite, nous permettant une analyse plus fine et moins « catégorique » en termes descriptifs. Nous mettrons en annexe deux ébauches d'exemples de cas cliniques vus selon les préceptes de l'attachement : cette approche réalisée dans l'étude princeps nous a permis d'affiner la perception clinique du patient sous cet angle théorique, d'améliorer notre codage avec les outils de mesures de l'attachement et de définir précisément les domaines explorés par chacun, démarche essentielle avant l'évaluation des hypothèses testées.

Nous avons choisi le cadre référentiel de la psychologie de la santé, ce qui explique l'aspect parfois plus technique et statistique, moins clinique de ce travail. Néanmoins les inférences cliniques et thérapeutiques s'imposent d'elles mêmes et seront abordées concomitamment à partir du moment où elles sont étayées par des résultats objectifs. Ce cadre nous permet également de parler de la structure d'attachement en tant qu'élément prédictif dispositionnel en terme de vulnérabilité dans l'évolution de la dermatite atopique.

***DERMATITE ATOPIQUE***

***ATTACHEMENT ET***

***PSYCHOSOMATIQUE***

# CHAPITRE 1

## LA DERMATITE ATOPIQUE : HISTORIQUE ET DEFINITION

La dermatite atopique semble avoir toujours existée (WALLACH, 2004).

Depuis HIPPOCRATE, tous les auteurs décrivent les dermatoses, au sens large, en raison de leur facilité d'accès visuel. Ces dermatoses, surtout les formes suintantes, témoignent de l'évacuation d'humeurs nocives et sont assimilées à un phénomène bénéfique à respecter.

La pensée hippocratique concevait ainsi la peau comme un organe d'élimination et la dermatose suintante comme un mécanisme à respecter, voire à favoriser (cette vision hippocratique reste encore bien présente chez certains de nos contemporains, notamment dans le domaine homéopathique).

Il est fait mention du terme d'eczéma, mot grec qui signifie « bouillir » ou « bouillonner », la première fois par Aëtius d'Amida (543 de notre ère) (HEBRA, 1869).

Vers 1800, la nosographie dermatologique s'établit autour d'une description des lésions dites élémentaires : papules, squames, exanthèmes, bulles, pustules, tubercules, macules et vésicules ; l'eczéma est classé dans ce dernier groupe (méthode de classement due à WILLAN et BATEMAN et appelée le Willanisme).

Néanmoins cette nosographie est mise en défaut par la dermatite atopique qui présente plusieurs lésions élémentaires et des aspects cliniques fluctuant selon l'âge, la localisation, l'ancienneté et l'importance du prurit.

Ces difficultés d'inscrire la dermatite atopique dans un code nosologique précis illustre le caractère multifactoriel de celle-ci. Notamment la notion de terrain héréditaire est introduite par la création du concept d'atopie (COCA, COOKE, 1923) terme également d'origine grecque signifiant « maladie étrange ». Ce concept s'applique d'abord à l'asthme et au rhume des foins, le rattachement de l'eczéma à l'atopie n'a eu lieu que 10 ans plus tard (WISE F. dans le YEAR BOOK OF DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY, 1933).

Le concept de dermatite atopique est alors basé sur une histoire familiale d'atopie, des antécédents d'eczéma infantile, des localisations cliniques particulières (plis des coudes, creux poplités, cou, thorax, paupières,...), une irritabilité vasomotrice (dermographisme blanc), la négativité des tests

d'allergies pour différencier cette forme d'eczéma à l'eczéma de contact, la fréquence des réactions positives aux tests d'allergie immédiate, et la présence d'Ig E augmentées au niveau sérique.

A la notion de diathèse atopique s'ajoute ainsi la reconnaissance du rôle majeur pris par l'immunologie.

Les critères diagnostiques de *HANIFIN et RAJKA (1980)* sont établis sur ces notions :

- 4 critères majeurs (nécessité de la présence d'au moins 3 critères),
- 23 critères mineurs : 21 cliniques et 2 biologiques (nécessité de la présence d'au moins 3 critères).

Il s'agit de critères spécialisés et la méthode nécessitait une simplification, réalisée par un groupe de travail au Royaume Uni, sous la direction de *WILLIAMS (1994)* :

- ✓ critère obligatoire : un problème de peau prurigineux,
- ✓ au moins trois des critères suivants :
  - antécédent d'atteinte des plis : coude, creux poplités, chevilles, cou,
  - antécédent personnel d'asthme ou de rhume des foins,
  - antécédent de peau sèche généralisée au cours de l'année précédente,
  - un eczéma visible dans les plis,
  - début avant l'âge de 2 ans.

Il s'agit donc essentiellement d'un diagnostic d'anamnèse, avec un seul critère clinique.

Ceci permet de faire facilement le diagnostic différentiel avec l'eczéma de contact.

L'histoire clinique prime maintenant sur la description de la lésion. Ceci illustre remarquablement le changement de la vision médicale actuelle de la dermatite atopique : d'une description des symptômes, nous passons à l'histoire d'un patient. Nous passons de la maladie au malade.

Ce changement de paradigme a été rendu obligatoire pour la dermatite atopique en raison de ce caractère multifactoriel et de la difficulté de décrire cette maladie en terme médical univoque : il ne s'agit pas uniquement d'une maladie immunologique, ni uniquement héréditaire, ni uniquement psychosomatique, ... Cette pathologie garde de ce fait son mystère...

Si sa clinique ne s'est pas modifiée avec le temps, plusieurs faits doivent être notés :

- ✓ une variabilité sémiologique en fonction de l'ethnie (ex : fissures des talons, érythèmes palmaires, lésions de type papier de verre sur peau asiatique, ...). Le prurit semble la seule constante retrouvée, la réaction de la peau à celui-ci dépendant du facteur ethnique.

Cette variabilité est encore plus flagrante si nous considérons l'animal, ceci expliquant la difficulté de décrire des modèles animaux de dermatite atopique. Ce n'est pas sans conséquence sur la validité des études corrélatives effectuées chez l'animal. Seul le chien semble présenter un cadre nosologique voisin appelé la dermatite atopique canine.

Pour des raisons pratiques, les laboratoires de recherche utilisent plutôt les souris à phénotype atopique (souris NC/Nga par ex), qui déclenchent de l'eczéma lorsqu'elles sont élevées en conditions non stériles.

- ✓ la présence de cas d'apparition tardive chez l'adulte mettant l'accent sur les facteurs environnementaux et psychologiques sur une diathèse atopique.

- ✓ Les anomalies des barrières épithéliales et la dysmaturation du système immunologique, sous l'influence de la microflore et des antigènes de l'environnement, seraient responsables de l'initiation et du développement de la dermatite atopique, processus appelé « *marche atopique* » (SPERGEL, 2003). Il existe ainsi une sensibilisation par la peau de l'enfant atopique aux allergènes de l'environnement, induisant quelques années plus tard une réactivité bronchique pouvant générer un asthme, une réactivité digestive avec allergies alimentaires, voire une réactivité O.R.L. avec sinusites. Ainsi les premiers signes cliniques du phénotype atopique sont représentés par les lésions cutanées d'eczéma, précédant les signes pulmonaires, digestifs et O.R.L. Cette vision de l'atopie est très importante car il est ainsi impératif de traiter au plus vite toute poussée d'eczéma atopique, afin de restituer la fonction de barrière épidermique, prévenant ainsi l'évolution sus-décrite dans la marche atopique. Des études longitudinales sont en cours pour valider cette hypothèse. Notons que cette découverte récente va à l'encontre du dogme homéopathique conseillant le respect des lésions cutanées dans l'eczéma atopique pour favoriser une certaine épuration de l'organisme, notion inspirée directement de la médecine hippocratique ancienne...

- ✓ En occident, depuis la deuxième guerre mondiale, l'homme a considérablement modifié son environnement : campagnes de vaccination, nouveaux modes de nutrition et d'hygiène modifiant la flore intestinale et cutanée, diminution de l'allaitement maternel, utilisation massive d'antibiotiques...

Il en résulte une diminution importante de la pathologie infectieuse et parallèlement une augmentation de l'incidence des pathologies dysimmunitaires (maladies auto-immunes, maladies allergiques, dermatite atopique). Cette modification d'incidence n'est pas observée dans les pays du tiers monde.

*STRACHAN (1989)* puis *BACH (2002)* ont ainsi formulé *la théorie hygiéniste* supposant une balance du système immunitaire entre le fonctionnement anti-infectieux d'une part, allergique et auto-immun d'autre part : moins le système immunitaire est sollicité par des pathologies infectieuses, plus il occasionnera des problèmes allergiques et auto immuns.

Des mesures préventives découlent de cette vision avec un style de vie anthroposophique (régime alimentaire avec légumes spontanément fermentés par le lactobacille, utilisation minimale des vaccinations, antibiotiques et antipyrétiques ...).

Nous pouvons récapituler les différents facteurs étiopathogéniques actuellement invoqués dans la dermatite atopique en dermatologie :

- **Le terrain héréditaire (atopie)** a été démontré par les études épidémiologiques sur jumeaux (*SCHULTZ-LARSEN 1986*), dont la caractérisation précise n'est pas encore totalement élucidée. En effet plusieurs gènes et mutations sont concernés, avec interactivité de ces mutations entre elles et importance de l'épigénétique dans l'expression phénotypique de l'atopie. Actuellement deux groupes de gènes ont été identifiés: l'un codant les anomalies de barrière, l'autre la modulation des mécanismes d'immunité (exemple : régulation de la sécrétion des IgE, réponse des T lymphocytes...). L'atopie se définit par une sensibilisation à des allergènes de l'environnement bien précis, appelés atopènes : allergènes aéroportés (pollen, poussière de maison...), alimentaires, microbiens. Ces atopènes ont en fait en commun une activité protéasique permettant leur pénétration trans-cutanée. Cette atopie peut s'exprimer par des manifestations cliniques cutanées (dermatite atopique), respiratoires (asthme), O.R.L. (rhinite), ophtalmologique (conjonctivite), digestive (allergie alimentaire).
  
- **Anomalies immunologiques :**
  - a) Hypersecrétion chez l'atopique d'IgE (*ISHIZAKA 1967*), que ce soit au niveau des IgE totales comme au niveau des IgE spécifiques aux allergènes de l'environnement.  
Deux formes de dermatite atopique sont actuellement communément distinguées :

- la forme extrinsèque avec augmentation des IgE, reflet de l'importance du facteur étiologique de la sensibilisation aux allergènes de l'environnement. Cette forme représente 60 à 90 % des patients atteints de dermatite atopique (*WALLACH, 2004*).
- la forme intrinsèque avec un taux d'IgE normal où la sensibilisation aux allergènes environnementaux ne serait pas primordiale dans l'apparition de la dermatite atopique. Il est alors question de diathèse atopique intrinsèque (avec importance de l'altération des barrières épithéliales, de l'inflammation neurogène avec mise en évidence récente des neuromédiateurs cutanés, donc « in situ », et activation des récepteurs spécifiques existants sur les cellules cutanées). L'équipe de *MISERY* a observé un polymorphisme plus fréquent des récepteurs bêta-2 adrénergiques, laissant supposer une spécificité à ce niveau par rapport à la dermatite atopique extrinsèque (*ROGUEDAS 2006*).

L'augmentation des IgE est importante pour certains afin d'affirmer le diagnostic de dermatite atopique, le qualificatif de dermatite atopiforme s'appliquant alors aux sujets satisfaisant à la définition clinique et non à l'augmentation des IgE (*BOS 2009*). La dermatite atopique intrinsèque ne serait plus de nature atopique, d'où le changement de nom, et deviendrait ainsi un diagnostic différentiel de la dermatite atopique. Ceci pose la question d'une pathogénie différente de cette « dermatite atopiforme » à moins que les méthodes de détection des IgE ne soient pas assez sensibles. Certains évoquent la présence d'allergènes non identifiés (antigènes fongiques aéroportés ?), d'autres la fixation des IgE sur les cellules immunitaires, donc indétectables au niveau plasmatique..

En l'état actuel de nos connaissances, et vu la possibilité d'une pathogénie différente, il convient dans toute étude de séparer les patients avec des IgE augmentées de ceux avec IgE normales.

- b) Rôle d'auto IgE dirigés contre des protéines notamment épidermiques du sujet : il s'agit d'une découverte récente (*VALENTA 1996, 1997*), positionnant la dermatite atopique pérennisée dans le registre de l'auto-immunité. Entre autre aspect cette donnée permet d'expliquer l'absence d'amélioration malgré l'éviction des allergènes.
- c) Orientation de l'immunité de type TH2 (auto-immunité, mécanismes allergiques) au dépend du type TH1 (défense contre les facteurs infectieux) (*ABESHIRA-AMAR 1992*). Cette observation est le support de la théorie hygiéniste préalablement évoquée, avec prééminence des facteurs allergiques et auto-immuns sur les facteurs infectieux dans notre société moderne. Cette réaction TH2 est entre autre caractérisée par la sécrétion d'interleukine 4 qui active les plasmocytes, donc la sécrétion d'IgE (*ABESHIRA-AMAR 1992*).

- d) Déficit de l'activité des lymphocytes T suppresseurs, ceci amplifiant indirectement la réaction inflammatoire cutanée (*BÖHM 1997*).
- e) Anomalies de l'immunité innée (peptides antimicrobiens, et dysfonction des toll like récepteurs de type 2 et 4 : il s'agit de protéines transmembranaires épidermiques reconnaissant des protéines diverses notamment d'origine bactérienne et déclenchant une réaction inflammatoire avec libération de peptides antimicrobiens (*ONG 2002, ASANO 2008*)).
- **Anomalies de la barrière épidermique** : dysfonction du film cutané protecteur de surface, avec notamment déficit en filagrine qui en est la protéine essentielle. Il en résulte une sècheresse cutanée, génétiquement déterminée (*SMITH, 2006, DEREURE, 2007*), avec altération de la « fonction barrière » de la peau.
  - **Blocage du système bêta-adrénergique** (*SZENTIVANYI, 1968*) : cette anomalie du système nerveux végétatif est toujours évoquée, expliquant cliniquement la bronchoconstriction de l'asthme, et le dermographisme blanc observé chez ces patients, ainsi que les anomalies d'excrétion de la sueur et de la production de sébum résultant de la mauvaise irrigation vasculaire cutanée.

La déficience de la fonction protectrice de la peau sur un plan plus général se situe donc à trois niveaux : altérations anatomiques du stratum cornéum, anomalies « in situ » de l'immunité innée et dysfonction de l'immunité adaptative (*NOVAK 2009*).

Une vision originale actuelle est celle de *BIEBER (2009)* permettant d'intégrer les différents facteurs en cause: la maladie commence dans la petite enfance comme une dermatite non atopique génétiquement déterminée, sans sensibilisation IgE dépendante. Du fait des anomalies de barrière épidermique et immunitaires, il apparaît une sensibilisation IgE dépendante aux allergènes de l'environnement dans 60% à 80% des cas (il s'agit du concept de marche atopique précédemment décrit). Une troisième phase de la maladie est représentée par la possibilité d'apparition d'auto-réactivité des IgE à des protéines endogènes du sujet, permettant d'expliquer l'absence de guérison de certaines dermatites atopiques dans le temps et ce malgré l'éviction des allergènes.

*Une critique majeure à l'ensemble de ces données est leur impossibilité à expliquer tant l'amélioration spontanée avec l'âge (immuno-tolérance induite ?), que l'apparition tardive chez l'adulte d'authentiques dermatites atopiques.*

Nous remarquerons que les facteurs psychologiques sont actuellement considérés comme des facteurs aggravants ou fragilisants mais non causal en eux même dans cette vision dermatologique. L'importance de ces facteurs est notée depuis longtemps par les cliniciens et avait fait classer cette dermatose, au même titre que l'asthme, parmi l'un des sept désordres psychosomatiques par *ALEXANDER 1950*. L'avancée des connaissances scientifiques ont rendu cette vision psychosomatique obsolète, mais la neurobiologie en plein développement tend à redonner une place importante aux facteurs psychosociaux, à la notion de structure de personnalité préexistante comme facteur fragilisant, aux stratégies d'ajustement au stress, aux émotions ... Des connexions multiples entre système nerveux central, périphérique et tous les éléments cutanés ont été montrés (*MISERY 1997, 2000, 2001, 2011*). Ceci est peut être le prélude au retour du terme ancien de neurodermite créé par *BROCQ* en 1891, voire de neuro-dermatite atopique pour les auteurs allemands, illustrant la prise en compte du facteur étiologique psychique.

Le système homéostatique du stress est souvent central dans l'évaluation de cette importance du facteur psychologique, expliquant la méthodologie de beaucoup de recherches actuelles (exposition expérimentale à un stress, dosage hormonaux, de neuropeptides) avec la volonté d'expliquer le développement et l'expression notamment de l'atopie par intervention de mécanismes neuroendocriniens, immunologiques (*WRIGHT 2005*). Le concept de système neuro-endocrino-immuno-cutané créé par *MISERY (1997)* permet de rendre compte de l'interactivité des trois systèmes considérés dans l'évolution des dermatoses.

Cette approche actuellement en plein essor doit s'appuyer sur les observations cliniques pour ses hypothèses, afin d'améliorer la pertinence des recherches effectuées.

La démarche scientifique sus décrite de la psychologie de la santé relégitimise l'observation psychologique, et il n'est pas exclu que le facteur psychologique reprenne une place parmi les facteurs étiologiques dans la dermatite atopique : ainsi une méta analyse récente (*CHIDA 2008*) concernant 43 études montre un lien entre les facteurs psychosociaux et l'expression ultérieure d'une affection atopique, et un rapport entre cette dernière et une mauvaise santé mentale future. Il est démontré également que les facteurs psychosociaux ont une valeur étiologique et pronostique concernant les maladies atopiques (notons que cette étude concernait essentiellement l'asthme (90,7%), la dermatite atopique ne représentant que 2,3% des cas étudiés.).

Un dernier aspect de cette pathologie est due à l'augmentation importante de la prévalence de la dermatite atopique (15,6 % en Europe du Nord, *DIEPGEN, 2001*). La cause de cette augmentation est inconnue: existe-t-il un accroissement des facteurs environnementaux allergisants ? Une modification de la réponse des patients aux agents extérieurs ? Il apparait impossible que la prédisposition génétique (diathèse atopique) se soit modifiée aussi rapidement. Aussi les facteurs

environnementaux et le mode de vie semblent importants : taille de la famille, habitat rural ou urbain, hygiène, âge de la mère, allaitement maternel, pollution, présence de stress etc... Il existe de fait une modification de la perception par les autorités (notion de handicap, de coût) et le public (notion de qualité de vie) de cette dermatose. Ceci explique l'avènement de congrès spécifiques, de groupes de travail, de commissions spécialisées, de la récente conférence de consensus (PARIS, 2004), ...

La prise de conscience de cet aspect multifactoriel et du caractère interactif des différents éléments participant à l'évolution de la dermatite atopique induit un changement important dans la prise en charge dermatologique, avec l'apparition de programmes d'éducation thérapeutique visant à instruire le patient des éléments agissant dans sa dermatose, avec une responsabilisation de celui-ci. Cette démarche s'avère particulièrement efficace en modifiant la perception de la maladie du sujet et en l'aidant dans son ajustement à celle-ci (*KUPFER 2010*).

Ainsi, en dehors des questions qu'elle pose en terme physio-pathogénique, la dermatite atopique est devenue un enjeu en terme de santé publique avec la notion de prévention, de gestion du risque, l'apparition de nouveaux traitements immunomodulateurs et un enjeu commercial pharmaceutique secondaire.

## *CHAPITRE 2*

### *PSYCHOLOGIE ET DERMATITE ATOPIQUE*

La clinique neurologique, sous l'impulsion de *CHARCOT* (1825 – 1893) a été importante dans l'appréciation du facteur neurologique en dermatologie :

- ✓ description de la trophonévrose (trouble trophique cutané induit par une lésion du système nerveux central ou d'un nerf périphérique),
- ✓ théorie neurogène de l'inflammation cutanée notamment dans l'eczéma.

Dans les années 30, les théories nerveuses de l'eczéma déclinent au profit des théories allergiques. Paradoxalement dans la même période et devant l'inefficacité des traitements existants, l'importance est donnée aux facteurs psychologiques, notamment émotionnels (*BECKER, 1932*). La description de grands traits de personnalité est faite : les enfants présentant une dermatite atopique doivent faire face à des comportements surprotecteurs de la part de leurs parents avec mise en relation entre l'anxiété développée par les parents et la poussée de la maladie.

La relation parent - enfant est ainsi étudiée, pointant l'existence de comportements de rejet des enfants de la part des mères (*ALEXANDER, 1948*).

Une prise en charge psychothérapeutique des mères est alors proposée : *WILLIAMS* (1951) traite ainsi 33 dyades mère - enfant pendant 2 ans. Il observe ainsi la disparition des signes cutanés chez 45 % des enfants atteints contre 10 % dans un groupe témoin.

Malgré la difficulté d'interprétation objective de ces résultats dans une maladie aussi capricieuse, ce mode de prise en charge était considéré comme un bon adjuvant des techniques habituelles.

Les facteurs émotionnels sont ensuite régulièrement impliqués dans l'apparition et l'aggravation des poussées de dermatite atopique (*LYNCH, 1945*). Le terme d'émotion est ensuite remplacé par le concept de stress qui inclut une dimension psychologique et biologique. Cette introduction de la dimension biologique dans les répercussions des mouvements affectifs fait écho au développement de la neurophysiologie cutanée et de l'introduction du concept de système neuro-immunocutané (*MISERY, 2001*).

Mais cette évolution risque de faire oublier le mécanisme interactionnel entre les deux dimensions psychologiques et biologique pour repartir sur une nouvelle illusion d'explication uniciste, celle-ci neurobiologique.

Il est nécessaire de recentrer la réflexion sur le patient, ses dispositions internes et ses interactions avec son environnement.

Ceci est permis par la psychologie de la santé qui sera notre référentiel dans la description de l'interaction dermatite atopique – psychologie qui va suivre.

Deux aspects seront abordés :

- ✓ le retentissement psychologique de la dermatite atopique,
- ✓ les facteurs psychologiques intervenant dans son apparition.

## **2.1. RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE DE LA DERMATITE ATOPIQUE**

Deux facteurs spécifiques aux dermatoses doivent être pris en compte :

- ✓ la peau est directement accessible visuellement dans la relation à l'autre. Son atteinte concerne directement l'image de soi, l'estime de soi et peut majorer la blessure narcissique déjà présente dans toute affection organique.
- ✓ L'inconscient collectif associe aux maladies de la peau un caractère contagieux et honteux.

Ces deux aspects expliquent un retentissement sur la vie sociale et affective souvent très important avec parfois une dissociation entre la gravité clinique de la dermatose et le retentissement sur la qualité de vie, retentissement mesuré par les échelles de qualité de vie dont certaines sont spécifiques à la dermatologie (*REVUZ, 1996*).

Il existe deux facteurs supplémentaires spécifiques à la dermatite atopique : la part prépondérante du prurit, dont on connaît les répercussions importantes et la présence de cette dermatose dans les âges primordiaux pour le développement et l'affirmation de la personnalité du sujet : la petite enfance et l'adolescence.

### **2.1.1. Morbidité observée**

Il n'est pas toujours facile de faire la part entre des problèmes liés au retentissement de la maladie et d'authentiques co-morbidités, la dermatite atopique décompensant alors un terrain dépressif, une

névrose obsessionnelle... Pour raison pratique nous avons réunis les deux cas de figure dans ce chapitre.

- ✓ Affects dépressifs et authentiques syndromes dépressifs majeur (*KING, 1991 ; ZACHARIAE, 2004*).  
Il s'agit de la comorbidité la plus fréquemment retrouvée en dermatologie selon *GUPTKA (1996)*. Une dermatite atopique chronique, non améliorée par les traitements dermatologiques doit parfois faire rechercher un syndrome dépressif sous jacent (*ALLEN 1989*).  
A ce sujet, notons que la dépression diminue le seuil de tolérance au prurit (*GUPTA 1994*), ce qui tend à aggraver, voire à pérenniser une poussée de dermatite atopique. Les troubles du sommeil sont fréquents, aggravés notamment par le prurit, dont le seuil est également diminué par l'augmentation de la chaleur cutanée. Des idées suicidaires, une atteinte de l'estime de soi sont régulièrement exprimés.
  
- ✓ L'anxiété est habituellement associée à la dermatite atopique (*HARTH 2009*). Elle peut avoir différentes présentations cliniques, par exemple:
  - anxiété généralisée, notamment associée à un eczéma érythrodermique qui est une forme généralisée de dermatite atopique avec troubles de l'homéostasie (frissons, fièvre, deshydratation...). L'anxiété peut être secondaire à la dermatose ou peut participer au déclenchement de la généralisation de celle-ci.
  - anxiété sociale en rapport direct avec le vécu de stigmatisation avec atteinte des zones découvertes exposées à la vue. Il s'y associe des comportements d'évitement de situations vécues comme anxigènes (relations professionnelles, affectives, sexuelles...). Ceci est souvent très pénalisant dans la vie quotidienne et l'évolution peut se faire vers une authentique phobie sociale, avec atteinte importante de l'estime de soi. Il peut s'y associer une phobie du toucher, très préjudiciable socialement, et aggravant la dermatose par insuffisance de soins dermatologiques.
  - anxiété associée à un syndrome dépressif, dont elle peut être la seule symptomatologie associée à une irritabilité exacerbée et des troubles du comportement chez l'enfant.
  - anxiété d'abandon, d'éloignement de la figure d'attachement.
  - trouble panique qui serait plus fréquent dans cette dermatose (*GINSBURG 1993*).
  - anxiété associée à un trouble obsessionnel compulsif, où le grattage devient compulsif, favorisé par le prurit chronique (*HATCH 1992*).
  - aggravation d'une dysmorphophobie sous jacente par des localisations affichantes de la dermatose. Ce type de retentissement est fréquent chez l'adolescent voir chez l'adulte (11,9% *ROOS 2004*) et est souvent associée à une phobie sociale. Il s'agit alors d'un

retentissement phobique et non d'une authentique dysmorphophobie associée à un terrain psychotique.

- ✓ la corticophobie est un abus de langage dans le sens où il s'agit plus d'une attitude de rejet des traitements locaux corticoïdes que d'une authentique phobie. Elle peut être la manifestation d'une ambivalence par rapport au système de soin. Elle est fréquente et incite le patient à ne pas appliquer son traitement avec aggravation secondaire. L'observance est alors nulle et menace le lien thérapeutique avec le personnel soignant. La prise en compte de cette corticophobie est un enjeu majeur dans la prise en charge.
- ✓ troubles psychosomatiques associés divers (colopathie, migraine, ...).
- ✓ idées paranoïaques (*JOWETT, 1985*). *SCHEICH (1993)* observe également cette présentation paranoïaque des patients avec dermatite atopique, qu'il met en relation avec un retentissement de la maladie et son aspect affichant.

### **2.1.2. Facteurs intervenant dans la répercussion psychologique**

- ✓ la durée de l'évolution,
- ✓ l'étendue des lésions sur les parties visibles du corps (visage, mains),
- ✓ l'importance des troubles du sommeil associés,
- ✓ l'importance du prurit,
- ✓ présence d'une phobie du toucher,
- ✓ troubles sexuels associés,
- ✓ l'importance des expériences objectives de rejet socioprofessionnel et affectif,
- ✓ la répercussion est plus importante chez la femme (*GINSBURG, 1996*),
- ✓ l'adolescent et le jeune adulte, en période de fragilité narcissique, sont plus vulnérables. Le stade de développement libidinal de l'enfant lors de l'apparition de la dermatite atopique peut

être important dans le pronostic. L'âge avancé est également un facteur de fragilité : 20 % des sujets adultes ont une invalidité psychologique (*RAPP, 2004*),

- ✓ la bonne qualité des interactions avec les parents et l'entourage est un facteur protecteur (*ROOS, 2004*). L'interaction parent-enfant est un co-facteur de chronicité de la dermatite atopique (*HOWLETT, 1999*). Une dépendance aux traitements locaux et à la personne qui les réalise peut empêcher l'établissement de relations affectives matures.

Enfin, les répercussions sur la relation mère-enfant d'hospitalisations itératives du jeune enfant sont importantes à considérer avant de prendre cette décision d'hospitaliser.

### **2.1.3. Retentissement sur la qualité de vie (Q.D.V.) :**

Il est important dans la dermatite atopique, que ce soit pour les enfants ou pour les parents (*ZACHARIAE, 2004 ; ELLIOT, 1997 ; WITKOWSKI 2004*).

Pour certains, ce retentissement serait supérieur à celui de l'hypertension artérielle, du diabète (*SU, 1997 ; KURWA, 1995*), de toute autre dermatose (*KURWA, 1995*), voire de toute autre maladie chronique, y compris oncologique (*AUGUSTIN, 2000*). L'altération de cette qualité de vie semble corrélée à la sévérité clinique de la dermatose atopique (*SU, 1997 ; FINLAY, 2001*), à la perception de stigmatisation, à la baisse de l'estime de soi, au niveau d'anxiété et de dépression ainsi qu'aux contraintes sociales et personnelles secondaires (évitement social, arrêt de travail, régime alimentaire, souci financier dû au coût des traitements locaux ...) (*WITKOWSKI, 2004*). Dans cette étude le vécu de stigmatisation, corrélé avec l'anxiété et la dépression, semble être le facteur psychosocial le plus important et dont il faudra tenir compte lors de toute prise en charge clinique.

Par contre, la qualité de vie peut être altérée même sans lésion clinique (*BEN-GASHIR, 2004*). Notons enfin l'importance du retentissement sur les parents avec un sentiment de culpabilité, de frustration, d'impuissance, d'autodépréciation, un syndrome dépressif et des comportements inadaptés (agressivité par rapport au grattage de l'enfant, surprotection de celui-ci...) (*WARSCHBURGER, 2004 ; ROOS, 2004*). Ce retentissement est majoré par certaines réactions extérieures devant l'apparence d'un enfant « négligé », « contagieux », ... l'ensemble menant parfois à un isolement social familial (*CHAMIN, 2004*).

## **2.2. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES INTERVENANT DANS L'APPARITION ET DANS L'EVOLUTION DE LA DERMATITE ATOPIQUE**

### **2.2.1. Evènements de vie et déclencheurs de stress**

Une étude sur la prévalence de la dermatite atopique dans une région du Japon sinistrée par un séisme en 1995 montre que les chiffres les plus élevés se situent dans la zone la plus touchée (*KODAMA, 1999*). Néanmoins 9% des patients résidant dans la zone concernée et qui présentaient déjà une poussée d'eczéma lors de la survenue du tremblement de terre décrivent une amélioration versus 1% des sujets atteints résidant en dehors de cette zone. L'événement stressant peut donc être autant facteur aggravant que protecteur de cette dermatose. Il serait intéressant de connaître le profil de personnalité des patients améliorés de leur eczéma lors d'un stress stimulant à ce point l'instinct de conservation comme un tremblement de terre : quel mécanisme psychologique ont-ils activés lors de cet événement majeur pour avoir cette amélioration clinique ? En effet l'influence d'un événement de vie est directement dépendant des stratégies d'ajustement du patient mais aussi de mécanismes corporels automatiques inscrits en fonction de l'histoire du sujet. La notion de stress perçu selon *LAZZARUS* n'est donc peut être pas suffisante pour évaluer le retentissement d'un événement sur un plan corporel : un stress est en effet la conjugaison d'un événement stressant, d'un ajustement non adapté du sujet, d'une résonance avec une personnalité, une histoire personnelle et des capacités défensives personnelles, d'une constitution permettant les répercussions endocriniennes et immunitaires, avec une expression spécifique au sujet de la maladie...

Cet aspect de facteur favorisant l'expression d'une maladie est bien documenté chez l'animal :

Citons les travaux de *NICOLAS 2005* : des souris sensibilisées à un allergène et soumises à un stress (elles sont placées dans un tube en plexiglass) développent un eczéma 2 à 3 fois plus important et prolongé que les mêmes souris non stressées. Le même stress également diminue l'immunotolérance : ainsi une souris sensibilisée mais pas suffisamment pour avoir de l'eczéma, va développer des lésions uniquement dans la situation stressante précitée. Sur le plan biologique le stress augmente la migration des cellules dendritiques de la peau, présentatrices d'antigènes avec ainsi stimulation de la réaction immunitaire.

Cet effet est également observé lors d'un stress psychologique chez l'homme, avec augmentation de la réaction d'hypersensibilité retardée par recrutement et migration accentuée des cellules dendritiques, ceci étant mis en relation avec une sécrétion exagérée localement de norépinéphrine par les fibres nerveuses périphériques (*SAINT MEZARD 2003*). Un stress chronique diminue par contre la réaction d'hypersensibilité retardée (*ASAHINA, 1995*).

Il existe d'autres certitudes biologiques concernant les répercussions du stress sur la peau, certaines étant spécifiques au sujet atopique, d'autres non spécifiques à l'atopie mais susceptibles d'interagir avec l'eczéma:

- ✓ le stress aigu modifie l'immunité, avec augmentation du nombre de polynucléaires éosinophiles circulants et du taux d'Ig E totales uniquement chez le sujet atopique (*BUSKE-KIRSCHBAUM, 2002*).
- ✓ Une dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-adrénergique est observée chez l'atopique, avec notamment sécrétion abaissée de cortisol en situation de stress (*BUSKE-KIRSCHBAUM, 2003 ; WAMBOLDT 2003*). Il existe une augmentation de l'excitabilité au stress du système nerveux végétatif (visualisé notamment par un rythme cardiaque très élevé) chez les patients avec dermatite atopique, qui n'est pas forcément en rapport avec la présence ou pas de lésions cutanées, les anomalies persistant en dehors des poussées (*SEIFFERT 2005*).
- ✓ Le stress augmente l'inflammation locale par aggravation de l'inflammation cutanée neurogène et de la dégranulation mastocytaire (*MISERY, 2001, ARNDT 2008*).
- ✓ Le stress altère la barrière cutanée (*ALTEMUS, 2001*) (*GARG, 2001*), et la cicatrisation (*GLASER, 1999*). Ceci est d'autant plus conséquent dans la dermatite atopique où cette fonction barrière est indispensable dans la prévention de la marche atopique et de poussées récurrentes de la maladie. Des résultats similaires ont été retrouvés chez la souris avec perturbation, après exposition au bruit et à la lumière durant 42h, de l'homéostasie et de l'intégrité du stratum cornéum, couche la plus superficielle de l'épiderme. Il est observé une diminution de la prolifération des kératinocytes, cellules constitutives de l'épiderme, avec différenciation altérée et anomalie de la cohésion intercellulaire, ainsi qu'une moindre synthèse des lipides épidermiques (*CHOI 2005*). Par ailleurs une dispute entre conjoints va prolonger le temps de cicatrisation de 1 à 2 jours en fonction du degré d'hostilité existant dans le couple. Une diminution des cytokines pro-inflammatoires in situ est observée, avec par contre une augmentation des taux sériques, notamment de l'interleukine 8 (*KIECOLT-GLASER 2005*).
- ✓ Citons enfin le rôle probable d'un stress maternel prolongé à l'origine d'une sécrétion de catécholamine orientant l'immunité dans le sens Th2, favorisant l'apparition d'une dermatite atopique chez l'enfant (*VON HERTZEN 2002*)

Sur le plan clinique, comme nous l'avons vu la difficulté réside dans l'évaluation du retentissement corporel du stress, ce qui n'est pas forcément la même chose que le stress perçu par le patient. Une étude longitudinale est la mieux adaptée alors, chaque patient devenant en quelque sorte son propre témoin.

Une telle étude (*KING, 1991*) a permis d'affirmer le rôle important du stress perçu en termes d'élément déclencheur et aggravant de la dermatite atopique:

- ✓ Un stress le jour J prédisait une poussée de dermatite atopique le lendemain et réciproquement.
- ✓ Le stress est un facteur prédictif de la sévérité de la maladie au même titre que les facteurs génétiques et thérapeutiques.

*GIL (1987)* montre que l'intensité et la fréquence des stress quotidiens ainsi que la qualité de l'environnement familial ont une valeur prédictive sur la sévérité de la dermatite atopique de l'enfant.

La nature du stress est souvent en rapport avec la relation à autrui : deuil, séparation, âges critiques chez l'enfant que sont la mise en garderie ou à la rentrée à l'école, contacts sociaux insuffisants, insatisfaction et difficultés au travail, vacances (*BOSSE, 1976*).

La quantification de cet effet du stress est difficile à établir et certaines études nous donnent des résultats surprenants. Ainsi, *BENEA (2001)* observe sur 240 patients un effet déclenchant du stress chez seulement 5.83% de ceux-ci. Ce taux est inférieur à celui de patients aggravés par les infections (17.08%), les irritants (7.08%) mais supérieur en ce qui concerne les facteurs allergisants (2.92% pour les aéroallergènes, 2.5% pour les allergènes alimentaires). En fait environ 30% des patients décrivent une aggravation au stress de leur dermatite atopique (*HARTH 2009*)

En effet, la pratique clinique laisse supposer une participation importante du stress dans le déclenchement d'une crise de dermatite atopique.

Il est difficile de faire un lien entre une sensibilité au stress et un profil de personnalité spécifique (*BUSKE-KIRSCHBAUM 2001*).

Une hétérogénéité génétique pourrait expliquer une différence de répercussion du stress sur cette dermatose avec, par exemple, une différence de nature des récepteurs aux catécholamines, substances secrétées par la médullosurrénale en situation de stress (*ROGUEDAS, 2003*).

Une sensibilité accrue au stress est possible dans la dermatite atopique intrinsèque, où le rôle des allergènes environnementaux est faible (*MISERY, 2004*) mais demande à être vérifiée.

### **Problème particulier du prurit :**

Nous rappellerons que ce symptôme est spécifique à la dermatologie (aucun autre organe ne peut donner cette perception). Il est véhiculé par des fibres nerveuses voisines mais différentes des voies de la douleur, avec certaines propriétés semblables notamment la notion de discrémiation et de seuil de déclenchement. Tout comme la douleur, le prurit est un signe fonctionnel avec des variations inter-individuelles très importantes, ainsi qu'un vécu subjectif très sensible à la suggestion, au contexte, à la prise en charge...

Un évènement stressant entraîne plus facilement une réaction de grattage chez le sujet atopique par rapport à un sujet indemne de toute affection cutanée (*JORDAN, 1974*) avec diminution du seuil de prurit (*ROOS 2004*).

Les lésions de grattage peuvent pérenniser un eczéma : aussi l'évaluation du caractère stress-dépendant d'un prurit chez un patient est un temps important de la consultation dermatologique.

Ce prurit est souvent l'expression d'une émotion, et a pour vocation la diminution de la tension relative à celle-ci. L'échec de cette stratégie va amplifier l'émotion initiale avec paradoxalement une sensation de satisfaction au grattage. Il peut alors apparaître un cercle vicieux où le patient recherche, inconsciemment ou pas, cette satisfaction tout en vivant l'exacerbation de son émotion initiale (colère, frustration, contrariété, excitation...), ceci dans une spirale en intensité (*HARTH 2009*).

Le lien entre dermatite atopique et stress est donc une réalité biologique et clinique reconnue actuellement, mais dont les déterminants psychologiques restent à préciser.

### **2.2.2. Les stratégies d'ajustement (coping) et autres modérateurs**

#### **↳ Coping (terme créé par *LAZARUS, 1984*)**

Il représente les mécanismes cognitifs et comportementaux utilisés par les sujets pour affronter et gérer des situations stressantes. Il s'agit de la manière dont l'individu gère ces situations. Les stratégies de coping ne sont pas spécifiques de la nature de l'évènement, mais sont déterminées par des caractéristiques dispositionnelles de l'individu. En effet, les stratégies utilisées dépendent de la manière avec laquelle le sujet perçoit et interprète l'évènement, en fonction de ses caractéristiques cognitives et conatives personnelles (*COHEN 1983* cité par *BRUCHON-SCHWEITZER 2002*). Ainsi certains traits de personnalité comme l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion (*VAN HECK 1997* cité par *BRUCHON-SCHWEITZER 2002*).

Il est coutume de distinguer les stratégies évitantes, protégeant le sujet dans un stress aigu (annonce du diagnostic par exemple) des stratégies vigilantes plus adaptées en cas de maladie chronique (*BRUCHON-SCHWEITZER 2002*). Il est décrit le coping centré sur le problème, le plus adapté dans la gestion d'une maladie, le coping centré sur l'émotion, le plus dysfonctionnel en présence de maladie (corrélation positive avec l'anxiété et la dépression, majoration de l'appréciation subjective de symptômes comme la douleur (il en est probablement de même pour le prurit)), et le recours au soutien social qui est une stratégie vigilante adaptée dans un contexte de pathologie organique.

Ainsi *SCHEICH (1993)* décrit un coping inadéquat chez les patients atteints de dermatite atopique (utilisation d'une échelle spécifique aux patients psychosomatiques avec appréciation du caractère adapté ou pas du coping : « Ways of Coping Scale for Psychosomatic Patients »).

*STANGIER (1996)* observe qu'un coping centré sur le problème de type réévaluation cognitive de la sensation de prurit est corrélé avec une bonne évolution à un an.

*ROOS (2004)* insiste également sur l'importance d'un coping adapté dans l'évolution de la dermatite atopique.

Néanmoins peu d'études ont été réalisées sur le coping dans la dermatite atopique.

Par contre l'arrivée du nouveau concept d'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient dermatologique va permettre d'explorer ce domaine avec des études de validation comme les deux études multicentriques allemandes récentes concernant le programme G.A.D.I.S. (German atopic dermatitis intervention study) : ce type de prise en charge montre outre une amélioration clinique étonnante, une modification importante de l'adaptation du sujet à la maladie avec notamment un meilleur contrôle du prurit et du grattage secondaire. La qualité de vie des parents est également améliorée. Par analyse statistique, il est montré que l'amélioration de l'ensemble des paramètres mesurés n'est pas due à l'amélioration spectaculaire du score de gravité sur un recul de un an, mais à l'intervention spécifique de l'éducation thérapeutique (*STAAB 2006, KUPFER 2010*).

### ↳ **Le soutien social**

Il s'agit de l'ensemble des réactions interpersonnelles donnant au sujet un soutien concret, affectif, informatif et des conseils évaluatifs de situations dangereuses. Le soutien d'estime permet la réassurance du sujet quant à son image de soi. Nous imaginons bien l'importance de cet aspect dans la dermatite atopique avec atteinte de l'image corporelle. Ceci est confirmé par différentes études avec une diminution de la sévérité de l'eczéma atopique par une bonne qualité de l'environnement familial (*GIL, 1987 ; GIELER, 1992 ; HOWLETT, 1999*).

De même l'amélioration importante observée par l'éducation thérapeutique provient en partie d'un soutien rapproché avec des entretiens itératifs sur une longue durée (un an), par plusieurs intervenants : dermatologue, pédiatre, psychologue, diététicien. L'intervention sur les parents est

également un facteur important, ceux-ci prodiguant par la suite une meilleure prise en charge de leur enfant (*STAAB 2006, KUPFER 2010*). Un environnement familial aidant et stable est particulièrement favorable dans l'évolution d'une dermatite atopique (*DENNIS 2006*).

Par contre, comme pour le stress, la perception du sujet concernant ce soutien social semble prédominer sur la qualité objective de ce soutien. L'efficacité de ce soutien social dépendra donc des représentations d'autrui du sujet, ainsi que de sa capacité à intégrer des expériences positives.

### ↳ Le contrôle perçu

Il s'agit de l'évaluation secondaire du sujet quant à ses ressources et capacités à contrôler la situation stressante. Une impossibilité à contrôler cette situation, fréquemment retrouvée chez le patient en poussée de dermatite atopique, peut avoir un certain retentissement psychologique, notamment dans le registre de l'anxiété, dont le rôle est majeur dans l'aggravation du prurit. Le rôle de l'attribution causale de la maladie semble important dans ce domaine. Ceci est pertinent à envisager dans une pathologie à participation héréditaire comme la dermatite atopique et où l'attribution causale interne semble être le corollaire de la diathèse atopique.

*STANGIER (1996)* illustre bien ce propos en montrant qu'un score bas, à l'échelle d'attribution causale interne concernant la santé, est associé à une meilleure évolution à un an de la dermatite atopique, tout comme le coping centré sur l'évolution du prurit. En d'autres termes, moins le sujet s'attribuera l'origine de sa souffrance, plus il recherchera des causes extérieures sur lesquelles il pourra agir, et plus il aura la sensation de pouvoir contrôler la situation et donc améliorer sa symptomatologie.

Le sentiment d'impuissance du sujet l'amène à une auto-dépréciation importante, bien objectivée par les tests avec notamment un score significativement abaissé de la compétence et de l'efficacité de soi dans la dermatite atopique (*BUSKE-KIRSBAUM 2008*).

L'éducation thérapeutique a pour but, entre autres, de prouver au patient qu'il a la capacité de gérer sa crise d'eczéma en agissant sur son environnement, en appliquant les traitements comme il convient, en « manageant son stress et le prurit,...en donnant ainsi au patient cette sensation de contrôler la situation, dans la mesure de ce qui est possible c'est-à-dire en restant en dehors de la notion de guérison. En effet, si le patient s'inscrit dans une logique de guérison, toute rechute sera vécue comme un échec et non plus comme un événement à gérer comme un autre ( la sensation d'échec est à éviter en terme de contrôle perçu...)

## ↳ Les modérateurs émotionnels

Toute pathologie chronique est susceptible de donner un niveau d'anxiété plus élevé ainsi qu'une réactivité émotionnelle accrue (*CHIDA 2008*).

Les études chez l'animal (rongeurs) et l'homme suggèrent une relation directe entre exposition aux allergènes dans l'asthme et l'augmentation du niveau d'anxiété et de la réactivité émotionnelle, avec des comportements d'évitement secondaires. L'IRM fonctionnelle montre alors une hyperactivité du cortex préfrontal chez l'homme (*COSTA-PINTO 2005, ROSENKRANZ 2005*). Des résultats similaires sont retrouvés chez le rat présentant une rhinite allergique : déclenchements de comportements anxieux et altérations des interactions sociales après exposition aux allergènes. Il existe alors une hyperexpression des cytokines Th2 et de la corticotrophine releasing factor dans le cortex préfrontal. Ceci définirait une anxiété « neuro-immune » déclenchée par l'exposition aux allergènes (*TONELLI 2009*), sur un terrain atopique, la réaction étant IgE dépendante chez la souris (*COSTA-PINTO 2005*).

La pratique clinique nous donne régulièrement la confirmation d'un effet déclenchant de l'anxiété sur le prurit. Il en est de même pour les poussées de dermatite atopique. L'anxiété est d'ailleurs souvent corrélée avec le stress et les études ne permettent pas toujours de faire la part entre ces deux facteurs interactifs entre eux : le stress crée de l'anxiété et l'anxiété crée du stress. Il convient alors de bien définir ce que l'on entend par stress : l'événement causal ? Son effet sur l'organisme ? La réponse adaptative ? Les trois éléments en même temps ? (*THURIN 2003*)

Néanmoins, peu d'études font la différence entre anxiété-état, émotion transitoire, de l'anxiété-trait qui est un trait de personnalité stable. Le test de *SPIELBERGER* permet de différencier ces deux dimensions. L'anxiété trait est régulièrement élevée dans les études sur la dermatite atopique (*HASHIRO 1998, BRZOZA 2005, KIM 2006, BUSKE-KIRSCHBAUM 2008*).

*ANDO (2006)* valide une échelle d'évaluation des facteurs psychologiques dans la dermatite atopique (PSS-AD), avec objectivation de trois facteurs : la notion d'aggravation de la dermatose par les facteurs de stress psychologiques, le vécu difficile de la pathologie que ce soit dans l'aspect personnel et interpersonnel, et la perception d'une impuissance et absence de contrôle de la situation. Ces trois facteurs sont corrélés positivement de la même manière avec l'anxiété état et trait, ces deux dimensions semblant avoir les mêmes répercussions chez le patient.

*LINNET (1999)* décrit une relation entre le niveau d'anxiété-trait et le retentissement sur la qualité de vie au même titre que la sévérité de la dermatose; cette dimension d'anxiété-trait serait ainsi un indice de la manière avec laquelle le patient va vivre sa pathologie, témoignant ainsi d'un facteur de personnalité fragilisant. L'anxiété état serait plutôt le témoin du retentissement de la dermatose, avec un possible retentissement sur l'évolution de celle-ci.

Néanmoins, il serait intéressant de spécifier sur un plan clinique ces deux dimensions d'anxiété. Ainsi *HASHIRO (1997)* n'observe pas de score d'anxiété significativement élevé au M.A.S. (Manifest Anxiety Scale) dans la dermatite atopique : quel type d'anxiété est mesuré par ce test? A noter que l'auteur explique cette absence d'anxiété par une distribution d'âge différente dans son étude, avec peu d'adolescents qui ont des scores d'anxiété habituellement plus élevés. Certains types d'anxiété comme l'anxiété d'abandon sont reliées à un contexte et il conviendrait d'avoir des outils plus distinctifs lorsque nous mesurons cette dimension.

Par ailleurs, le problème d'interprétation des scores d'anxiété illustre bien la difficulté d'établir une relation linéaire de causalité entre une émotion et un symptôme cutané, le lien existant étant probablement de l'ordre de l'interaction dynamique.

### **2.2.3. Les variables dispositionnelles : les facteurs de personnalité**

#### **↳ La personnalité anxieuse**

Pour *JORDAN (1974)*, l'augmentation de l'anxiété dans la dermatite atopique serait un facteur de personnalité de celle-ci. Il montre que l'augmentation d'autres facteurs de personnalité tels que l'hostilité, l'agressivité disparaît lorsque les patients atteints de dermatite atopique sont appariés avec des patients contrôles au niveau du score d'anxiété. Celle-ci semble donc être le facteur prépondérant, déterminant les autres traits de personnalité dans cette dermatose. L'augmentation de l'anxiété-trait dans l'eczéma atopique comme dans les rhinites allergiques saisonnières semble plaider pour une prédisposition anxieuse liée à l'atopie (*BUSKE-KIRSBAUM, 2008*).

Ces résultats ne sont pas dû au caractère chronique de la dermatite atopique puisqu'ils sont observés également dans une pathologie aiguë comme la rhinite saisonnière. De même, il n'existe pas de spécificité d'organe puisque ces deux pathologies concernent l'une la peau, l'autre les voies aériennes supérieures.

Il semble licite de poser la question de l'existence d'une personnalité anxieuse chez le sujet atopique. Il sera intéressant là aussi de caractériser cliniquement ce trait de personnalité avec notamment évaluation de l'angoisse d'abandon souvent décrit par les psychanalystes dans la recherche d'une personnalité allergique :

## ↳ La personnalité allergique

Il s'agit d'une donnée provenant des observations descriptives psychanalytiques, avec la présence d'une avidité affective et d'une dépendance « orale » à l'entourage, associées à un besoin de protection et une attitude possessive par rapport à autrui (*MARTY, 1963*).

Des caractéristiques communes à la névrose hystérique sont notées : grande appétence affective, sensibilité à la suggestion des manifestations allergiques qui sont souvent très labiles, expression aisée, voire théâtrale de la symptomatologie à autrui. *MARTY* décrit également un désir de fusion avec l'autre, avec déclenchement des crises lorsque l'autre se différencierait par ses actes, ses idées, ravivant ainsi une angoisse de séparation précoce.

Ces observations, malgré leur pertinence clinique, n'ont pas eu de validation en terme de psychologie de la santé : il n'est pour l'instant pas décrit de personnalité atopique, comme l'ont été la personnalité de type A pour les maladies en général (*FRIEDMAN et ROSENMAN 1974*) et de type C pour les cancers et maladies auto-immunes (*TEMOSHOK 1987*).

Tout au plus, certaines études montrent une tendance des sujets atopiques à se mettre plus rapidement en colère, avec une difficulté d'exprimer celle-ci, d'une réaction à la frustration par une propension au grattage, d'une diminution du seuil de perception de prurit,... (*GINSBURG, 1996*). D'autres décrivent chez l'enfant avec un eczéma atopique une vulnérabilité au stress, un caractère timoré, pusillanime, irritable avec dépendance et une image de soi altérée (*DAUD 1993, ABSOLON 1997*).

*SCHEICH (1993)* observe une difficulté du patient à la gestion des conflits interpersonnels. *PANCHERI (1982)* compare 79 paires de jumeaux dont l'un présente une ou plusieurs allergies : les sujets allergiques présentent une tendance aux préoccupations hypochondriaques, avec des traits dépressifs, une tendance au retrait et à la réduction des interactions sociales.

*BUSKE-KISCHBAUM (2008)* retrouve cette vulnérabilité accrue au stress du sujet atopique notamment lors d'échec, de surcharge de travail et de conflit social avec une moins bonne qualité au relâchement. Il retrouve les mêmes résultats dans la dermatite atopique et les rhinites allergiques saisonnières et postule l'existence d'une personnalité atopique non liée forcément au retentissement d'une pathologie chronique et affichante. Il évoque la possibilité d'une responsabilité des dysfonctions de l'axe hypothalamo-hypophysaire, du système adrénergique, des anomalies immunitaires avec sécrétions préférentielles de cytokines de type Th-2 observés spécifiquement chez le sujet atopique. Il semble en effet que les anomalies de l'axe hypothalamo-hypophysaire soient corrélés avec des traits de personnalité de type agressivité, anxiété, dépression, timidité (*STANSBURY, 1994, Mc BURNETT, 2000*).

De même des niveaux altérés de sécrétions cytokiniques influencent l'humeur et le comportement avec description de ce que l'on pourrait appeler une « dépression cytokinique » (MULLER 1998, DANTZER 2008).

KIM (2006) observe une différence de tempérament (patients « malins, sournois, inefficaces, réservés, en échec, cyniques ») et de caractère (patients non coopérants avec peu d'initiative) chez 50 jeunes patients de sexe masculins atteints de dermatite atopique comparés avec 83 patients contrôles. Néanmoins, la durée de la maladie, l'anxiété, la dépression sont corrélées avec ces différences de traits de tempérament et de caractères et sont donc autant de variables confondues...

Il reste donc difficile d'affirmer le caractère secondaire ou primaire de l'ensemble de ces traits de personnalité. Les deux aspects existent probablement avec une interactivité entre la maladie et le développement de la personnalité, notamment lorsque cette pathologie apparaît dans les périodes critiques de ce développement ce qui est le cas de la dermatite atopique.

Certains auteurs estiment par ailleurs que le profil rencontré dans la dermatite atopique est commun à toutes les dermatoses inflammatoires chroniques (ZACHARIAE, 2004 ; RAPP, 2004).

Une étude corrélative basée sur des tests de personnalité pourrait nous éclairer sur l'existence ou non de la spécificité du sujet atopique à ce niveau.

### ↳ **L'alexithymie**

SIFNEOS (1973) a défini l'alexithymie comme un fonctionnement psychique fréquemment retrouvé chez les patients souffrant d'une pathologie psychosomatique.

Ce terme a quatre composantes :

- ✓ l'incapacité à reconnaître et à verbaliser ses émotions,
- ✓ la limitation de la vie imaginaire, notamment de la « rêverie diurne »,
- ✓ la tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits,
- ✓ la description détaillée des faits, évènements ou symptômes physiques.

Ce fonctionnement peut exister sans lien avec toute pathologie pour 10 à 20 % de la population.

L'alexithymie primaire, facteur dispositionnel, prédisposant à l'apparition d'une pathologie psychosomatique est différenciée de l'alexithymie secondaire, procédure d'ajustement pour limiter le retentissement émotionnel créé par la pathologie.

Quelques études retrouvent ce fonctionnement alexithymique dans la dermatite atopique : notamment ACKLIN (1988) retrouve un score significativement supérieur d'alexithymie sur des tests RORSCHACH chez des sujets présentant une dermatose (eczéma ou psoriasis) par rapport à des sujets

présentant une colite ulcéreuse, à d'autres présentant une migraine, et par rapport à un groupe témoin.

Néanmoins, peu d'études font le lien entre dermatite atopique et alexithymie.

D'ailleurs la perception clinique du patient présentant une dermatite atopique et les données provenant de psychothérapies ne laissent pas supposer cette association comme pertinente (*CONSOLI, 1997*).

### **2.3. CONCLUSION**

La répercussion et les facteurs psychologiques influençant l'évolution de la dermatite atopique sont actuellement en cours d'évaluation en psychologie de la santé.

Néanmoins, plusieurs remarques s'imposent :

- ✓ Les observations ont surtout une valeur descriptive et ne permettent pas d'inférer sur le mécanisme physiopathologique psychosomatique.
- ✓ Les observations cliniques, souvent très riches, que peuvent donner les études de cas notamment psychanalytiques, ne trouvent pas toujours d'écho avec les outils actuels de la psychologie de la santé, laissant supposer et espérer l'arrivée d'autres concepts ou techniques d'évaluation dans ce cadre référentiel.
- ✓ Au vu des résultats sus commentés, il semble qu'un lien puisse être fait entre la théorie du stress, la psychologie du développement, la psychologie clinique et la notion de système neuro-endocrino-immuno-cutané dans une tentative intégrative de compréhension des liens entre le psychisme et la dermatite atopique.
- ✓ La structure d'attachement n'est encore pas utilisée comme facteur descriptif et prédictif dans l'abord de la dermatite atopique en psychologie de la santé. Elle a le mérite de proposer un cadre théorique où les notions de régulation, d'adaptation et d'interaction sont centrales et compatibles avec la vision dynamique de la « psychosomatique » actuelle.

C'est à ce niveau que l'étude de la structure d'attachement paraît intéressante et à plusieurs titres : théorique, évaluatif, pronostique et thérapeutique. Ceci est le thème du chapitre suivant.

## CHAPITRE 3

### ATTACHEMENT ET PSYCHOSOMATIQUE

#### 3.1. THEORIE DE L'ATTACHEMENT

*John BOWLBY (1907-1990)*, psychiatre psychanalyste, va conceptualiser en 1959 cette théorie, qui trouve son origine dans ses observations cliniques d'enfants séparés de leur mère dans un hôpital de Londres dans le contexte de l'après guerre 1940-1945.

Il fait deux constatations :

- ✓ l'effet néfaste de la séparation de l'enfant à la mère,
- ✓ l'existence d'un travail psychique de deuil chez l'enfant avec description de trois phases à la séparation : protestation, désespoir, détachement (description faite en collaboration avec *ROBERTSON*, travailleur social, 1954). Cette notion de travail psychique chez le jeune enfant est très novatrice pour l'époque où la nature du lien mère-enfant est considérée comme physiologique plus que psychologique.

Ainsi, contrairement à la vision freudienne de l'étayage où le lien à la mère est secondaire à la satisfaction des besoins physiologiques (pulsion d'autoconservation) et secondairement des pulsions sexuelles, *BOWLBY (1969)* parle d'un besoin inné de proximité physique avec celle-ci, ayant pour vocation première la survie (la sécurité). Il est donc question d'une « *pulsion primaire d'attachement* » selon *ANZIEU (1990)*.

*BOWLBY* s'est ainsi inspiré des travaux des éthologues :

- ✓ Le concept d'empreinte développé par *LORENTZ (1935)* représente un mécanisme inné au petit lui permettant de s'agripper au premier objet mobile qu'il voit. C'est un mécanisme de survie très important pour les animaux « nidifuges » qui quittent rapidement le nid et qui se trouveraient ainsi très vite en insécurité sans la proximité de la mère.
- ✓ La pulsion d'agrippement décrite par *HERMANN (1943)* rendant compte de l'instinct filial.

- ✓ La prééminence de l'agrippement sur l'alimentation chez le jeune singe et l'importance d'un vécu de proximité sécurisante dans le développement harmonieux de celui-ci (notamment dans le domaine des compétences parentales, sociales et l'équilibre sexuel) (*HARLOW, 1958*).

De même, il empruntera à *DARWIN* la notion de système motivationnel pour la survie de l'espèce et à la cybernétique le concept d'interaction avec l'environnement pour l'acquisition d'un équilibre (homéostasie).

L'attachement est ainsi pour *BOWLBY (1969)* le premier mode de relation du bébé avec sa mère qui se construit dans les premières années de la vie et serait favorisé par cinq éléments : la solidité du portage, la chaleur de l'étreinte, la douceur du toucher, l'échange de sourires et l'interaction des signaux sensoriels et moteurs lors de l'allaitement.

Ce système motivationnel inné va induire le développement d'un ensemble comportemental chez l'enfant, auquel va répondre un système comportemental parental de soin avec une interaction entre les deux.

*BOWLBY* note ainsi cinq patterns de comportements de l'enfant : l'agrippement, la succion, les cris, les sourires et la locomotion.

Ces compétences de l'enfant sont utilisées pour garder la proximité de la mère, notamment dans les situations d'alarme ou de détresse et sont constitutives du système comportemental d'attachement.

*Mary MAIN (1990)* distingue les stratégies primaires, activation des comportements d'attachement innés, des stratégies secondaires qui correspondent à une modification des premiers en cas de non adéquation ou d'absence de la réponse de la figure d'attachement.

La nature de cet ajustement du système d'attachement dépend de l'interaction entre l'enfant et la mère et peut consister soit en une inhibition soit en une hyperactivation.

Selon la notion de script défini par *SCHANK et ABELSON (1977)*, l'interaction entre l'enfant et la mère va permettre à l'enfant de se faire une représentation de l'extérieur (la figure d'attachement) et de lui-même.

*BOWLBY (1973)* définit ainsi le concept de modèle interne opérationnel (M.I.O.) construit lors des trois premières années de la vie et stable dans le temps. Le qualificatif d'opérant souligne le fait que ce modèle va influencer la perception de l'environnement et le comportement secondaire.

Ainsi ces M.I.O. vont permettre à l'enfant d'anticiper la suite de l'interaction en fonction de ce qu'il a déjà connu (et donc internalisé) et d'adapter ses comportements. Ils proposent à l'enfant une

interprétation du monde et une adaptation anticipatoire à celui-ci avec une stabilité dans le temps et dans leur nature.

Cette dernière permet de définir ainsi des patterns d'attachement de quatre types :

↳ Attachement sécure : la réponse de la mère étant présente et adéquate, l'enfant ne modifiera pas ses stratégies comportementales d'attachement primaire et se tournera naturellement vers sa figure d'attachement chaque fois que la situation le nécessitera. Il tirera de l'interaction une satisfaction avec confiance dans l'interaction à autrui et une bonne estime de soi.

↳ Attachement insécure évitant : la mère ne répondant pas à la demande de l'enfant, celui-ci va désinvestir la sphère affective pour privilégier la sphère cognitive. Il va éviter la relation à autrui, source de frustration et aura tendance à augmenter défensivement son estime de soi.

↳ Attachement insécure ambivalent : une réaction exagérée et non adaptée de la mère à la demande de l'enfant crée chez celui-ci un mélange de colère et de culpabilité. Il recherchera avec ressentiment la relation à autrui en privilégiant la sphère affective au dépend de la sphère cognitive et avec une mauvaise estime de soi.

↳ Attachement désorganisé – désorienté : le comportement effrayant ou effrayé de la mère avec l'enfant induit chez celui-ci une angoisse dans la relation, autrui devenant source de peur. Celle-ci empêchera l'enfant d'activer une stratégie comportementale, l'inhibant dans ses relations avec un sentiment de colère et une mauvaise représentation des autres et de lui-même.

*BOWLBY* pense que les M.I.O. qui sous tendent ces patterns d'attachement sont sensibles au changement par l'environnement jusqu'à l'âge de cinq ans, puis avec une stabilité de ceux-ci par la suite déterminant les conduites sociales et parentales du sujet. Ces M.I.O. permettent d'expliquer la stabilité dans le temps du mode d'interaction et d'ajustement de l'individu avec ses parents et son entourage (*AINSWORTH 1989*).

Néanmoins, selon *SROUFE et WATERS 1977*, il existe une modification dans l'expression du système d'attachement selon le développement avec un aspect moins stéréotypé et plus difficilement identifiable des comportements avec le temps. De même *CICCHETTI et coll.(1990)* considèrent l'attachement comme un processus dynamique, évolutif et représentatif de la capacité d'ajustement du sujet à l'environnement. Ainsi une certaine « plasticité » de la structure d'attachement en fonction des événements de vie est observée (*LEWIS 2000, WEINFELD 2000*).

Aussi une continuité des patterns d'attachement évoquée entre l'enfance et l'âge adulte pourrait être confirmée par les études de corrélation entre les résultats de la situation étrange, paradigme expérimental créé par *AINSWORTH* en 1969 pour évaluer la structure d'attachement chez l'enfant et l' « Adult Attachment Interview » (A.A.I) de *GEORGE, KAPLAN et MAIN* (1985) évaluant l'attachement à l'âge adulte. Néanmoins les résultats de ces études restent mitigés : *HAMILTON* 1995 observe une prédiction relativement faible de 63% de l'attachement adulte à partir de ce qui est observé chez le sujet enfant par la situation étrange.

*ZIMMERMAN* (1995) n'observe aucune correspondance entre les styles d'attachement à un an (avec la situation étrange) et 16 ans (évaluation par l'AAI). Il souligne par contre le fait que la situation étrange évalue un comportement et l'AAI des représentations d'attachement. Les différences observées sont donc peut être en rapport avec l'utilisation de 2 outils différents, évaluant deux domaines différents que sont le champ comportemental et les représentations. Il note par ailleurs une continuité au niveau comportemental entre 1 an et 10 ans, ainsi qu'au niveau représentationnel entre 10 ans et 16 ans.

Par ailleurs, les représentations d'attachement peuvent être modifiées par des événements extérieurs :

Le stress (*CROCKENBERG* 1981), le changement de statut psycho-social (*RICKS* 1985), la grossesse (*FONAGY et STEELE* 1991).

Par contre le niveau procédural des M.I.O., correspondant à des automatismes et participant aux comportements, est difficilement révisable. Il semble donc que la partie stable de l'attachement se situe principalement au niveau des comportements avec une capacité d'adaptation des représentations d'attachement au cours de la vie (*MILKOWITCH* 2001).

Ainsi il existe deux possibilités en fonction des expériences de la vie :

- ✓ une convergence de celles-ci renforçant la construction et la permanence d'un M.I.O. unique de l'enfant.
- ✓ Une divergence de celles-ci (notion d'expériences correctrices) autorisant une ouverture à l'extérieur et un réaménagement des M.I.O. avec élaboration de modèles complémentaires, ***les M.I.O. de l'enfance continuant néanmoins d'exister, susceptibles d'être activés à tout moment*** (*MILJKOVITCH* 2001).

Le fait de considérer l'attachement comme une structure stable dans le temps permet de positionner son étude en termes d'élément étiologique explicatif d'une différence entre deux populations cliniques différentes sur le plan symptomatique.

Ainsi, une augmentation significative de l'insécurité d'attachement dans la population d'adultes avec eczéma pérennisés par rapport à celle avec eczéma non pérennisés permet d'inférer une participation de l'attachement dans l'évolution de la dermatite atopique : un enfant, insécuré pour

quelque raison que ce soit, aura moins de chance de guérir de son eczéma atopique qu'un enfant sécure (inférence possible car les enfants présentant une dermatite atopique ne sont pas plus insécure que les autres (DAUD 1993, ZANGHERI 2001, RABUNG 2004).

Par contre, si nous considérons une possibilité d'évolution dans le temps de la structure d'attachement avec retentissement possible d'une dermatose chronique sur celle-ci sur un mode insécure, il sera impossible de faire la part entre ce qui est secondaire à la maladie et ce qui est structurel, préexistant avec une signification étiologique possible.

Ce positionnement dans la stabilité de la structure d'attachement dans le temps est donc essentiel dans notre étude. Nous choisirons ainsi l'outil d'évaluation de l'attachement en fonction de ce que nous désirons mesurer : des représentations d'attachement, évolutives, ou des M.I.O., de niveau procédural stable.

Concernant l'adulte, quatre vignettes cliniques sont établies en fonction des patterns d'attachement :

↳ Sujet sécure : il s'accepte tel qu'il est. Il peut avoir des émotions négatives tout en les reconnaissant et en les vivant quand cela est justifié. Il les surmonte alors en tirant les leçons adéquates et une solution adaptée. Il ne présente ainsi pas de déni des émotions négatives et peut reconnaître ses défauts.

Il peut ainsi surmonter une situation stressante sans menacer pour autant la relation.

Son narratif est fluide, spontané, sans interruption avec des souvenirs aisés de ses premières relations parentales.

Il valorise les relations d'attachement. La notion de sujet sécure acquis « earned secure » est décrite avec une sécurité exprimée dans le dialogue mais non dans le vécu.

↳ Sujet insécure détaché : son mode de fonctionnement est centré sur la notion d'exclusion défensive (concept d'attachement proche de la notion psychanalytique de refoulement) : l'information relative à une expérience n'est pas intégrée au système de représentation.

Il en résulte :

- ✓ une attitude indifférente, désengagée affectivement, le sujet se présentant comme indépendant,
- ✓ un déni des expériences négatives et de leur affect avec idéalisation des parents, de la famille. Les événements de l'enfance remémorés ont fréquemment une connotation de rejet parental. L'accès au monde interne est difficile avec défaut de symbolisation,

- ✓ un narratif peu collaboratif (détournant la conversation) dénué d'affect (positif ou négatif) avec un contenu d'activités stéréotypées et de normalisation,
- ✓ une estime de soi renforcée,
- ✓ le lien à l'autre est menacé en cas de stress.

↳ Sujet inséure préoccupé : l'ambivalence est le point central de son mode de relation avec autrui, avec perception d'une colère par rapport à ses parents associée à une dépendance relationnelle.

Le narratif est assez caractéristique dans le contenu : le sujet exprime spontanément le côté négatif des expériences sans forcément en tirer des leçons et en restant sur le ressentiment de ses expériences négatives. La confusion et l'absence de cohérence ressortent rapidement du discours notamment sur le passé.

Dans le contenant, le sujet est bouleversé par son discours avec une hyper expression affective, un discours parfois abondant, non fluide, non adapté et allant au-delà de la question abordée.

↳ Sujet inséure désorganisé : il a souffert en général de traumatismes, de mauvais traitements ou de deuils restés non résolus. Le fonctionnement psychique est basé sur l'absence d'élaboration mentale qui aurait permis une prise de distance émotionnelle à l'égard des événements.

La perte de contrôle et l'absence de stratégie cohérente par rapport au stress, notamment la séparation sont les facteurs principaux déterminant le comportement.

Le narratif est caractérisé par l'incohérence des propos sur les questions du passé notamment.

Les pourcentages de patterns sécure (2/3) et inséure (1/3) semblent interculturels selon VAN IJZENDOORN (1996). Par contre les proportions des modèles détachés, préoccupés et désorganisés varient selon les pays.

### **3.2. EVALUATION DE L'ATTACHEMENT CHEZ L'ADULTE :**

MAIN a conçu l'entretien d'attachement (A.A.I.) pour saisir l'état d'esprit de la personne en regard des figures d'attachement, abordant ainsi son monde interne et théoriquement ses modèles internes opérants. L'analyse du discours permet alors l'accès au monde des représentations.

Il s'agit d'un entretien semi structuré avec évaluation de l'aspect sémantique, déclaratif de l'organisation de l'expérience infantile et de l'aspect épisodique avec rappel de souvenirs précis.

Un décalage entre les deux types de mémoire, sémantique et épisodique, témoigne alors d'un processus de défense par rapport au contenu affectif de la représentation des souvenirs.

La cotation de l'entretien prend en compte certes le contenu mais également les qualités intrinsèques du narratif telles que la cohérence, la fluidité, la colère mal contenue, le blocage de l'accès aux émotions ...

Cette évaluation du contenant du discours fait également référence aux règles de coopération définies par *GRICE*, linguiste qui définit quatre maximes devant être respectées par un discours coopérant :

- ✓ la qualité (la sincérité),
- ✓ la quantité (suffisamment mais pas trop d'informations),
- ✓ la relation (pertinence du propos par rapport à l'interlocuteur),
- ✓ la manière (pas de communication ambiguë).

La cotation de ces A.A.I. demande une formation spéciale dont l'accès reste difficile eu égard à la finesse clinique demandée et aux qualifications préalables (*MILKOVITCH, 2001*).

Aussi, des procédures alternatives ont été créées, et pour résumer et par esprit pratique, il convient d'opposer deux techniques :

- ✓ Autre codage de l'entretien d'attachement (exemple : par méthode Q-sort selon *KOBAK*, Edicode...). Il s'agit donc de techniques cliniques ayant des caractéristiques communes avec la cotation selon *MAIN*, à savoir accès aux M.I.O. par analyse du discours.

- ✓ Auto questionnaires (*CAMIR*, questionnaires des relations selon *BARTHOLOMEW* ...) :

citons d'emblée le biais essentiel de l'auto questionnaire qui fait appel à un niveau de fonctionnement essentiellement conscient et sémantique du sujet alors que l'interview donne accès au monde interne du sujet par la prise en compte des caractéristiques intrinsèques du discours. Ainsi l'auto-questionnaire évalue plutôt les représentations d'attachements dont on a vu plus haut les possibilités de variation avec le temps et leur sensibilité à l'environnement.

Le résultat du questionnaire dépend étroitement du contenu de la réponse, qui n'est qu'une évaluation par le patient de son passé à l'instant de l'examen.

Ce contenu dépend directement de l'humeur actuelle (*BOWER 1981*), des capacités cognitives du sujet (*PIAGET 1968*) et des événements récents. Il est ainsi légitime de douter de la véracité de l'évaluation faite par le patient : ainsi *SCHAFFER (1967)*, rapporté par *BERNIER (1996)*, n'observe aucune corrélation entre les souvenirs d'adultes concernant les comportements de leurs parents vis-à-vis d'eux et l'observation directe des chercheurs faite à cette époque.

Par ailleurs, le type d'attachement peut inférer sur le contenu de l'auto-questionnaire : l'idéalisation et l'exclusion défensive utilisé préférentiellement par le sujet insécurité détaché peut biaiser le résultat dans un sens faussement sécuritaire. Le sujet insécurité préoccupé peut majorer le score d'insécurité par sa centration sur sa détresse.

Enfin, l'auto questionnaire présente le risque de recherche d'adéquation à l'intention attribuée au passateur (désirabilité sociale).

### **3.3. PSYCHOSOMATIQUE ET ATTACHEMENT**

Peu d'études sont disponibles sur ce sujet. La principale discussion concerne la relation entre la structure d'attachement et la gestion du stress, reconnue comme facteur prédictif en termes de psychologie de la santé.

#### **3.3.1 Attachement et gestion du stress**

Plusieurs arguments plaident pour cette relation et nous sont donnés par *BOWLBY (1973, 1980)*.

Il a, en effet, conceptualisé sa théorie pour expliquer la réaction de l'homme et de l'animal à deux stress majeurs que sont la perte et la séparation :

- ✓ Les comportements d'attachement ont pour vocation de protéger l'individu des conséquences de ces stress.
- ✓ La notion de stratégies comportementales permet d'envisager la notion d'ajustement à l'environnement. Cet aspect est ainsi très proche de la notion de coping au stress (*BOWLBY, 1988*).

Ainsi l'attachement sécure pourrait être un facteur interne protecteur pour plusieurs raisons :

- ✓ Présence d'une confiance en soi et au monde, le sujet estimant que tout stress est surmontable (*BOWLBY, 1988*).
- ✓ Il en résulte un contrôle perçu de la situation très fort avec une bonne confiance en soi et dans la recherche d'aide à autrui (*BARTHOLOMEW et HOROWITZ, 1991 ; SHAVER et HAZAN, 1993*).
- ✓ La sécurité peut être considérée comme facteur de résilience (*MIKULINCER, 1998*).
- ✓ Le coping utilisé est centré sur le problème et sur la recherche de support social (*MIKULINCER, 1998, FEENEY 1996*), deux stratégies adaptées dans la gestion de la maladie. De manière générale le coping du sécure est plus flexible que celui du sujet insécure (*SCHMIDT 2002*). Il existe une convergence entre le coping évalué par un observateur extérieur et celui codé par le sujet lui-même. Ces stratégies permettent d'obtenir chez le sujet sécure des résultats en terme biologique,

émotionnel, cognitif et comportemental, ce qui n'est pas le cas du sujet insécure (*SPANGLER 1999*). Citons enfin l'étude de *DITZEN (2008)* montrant qu'une structure d'attachement sécure permet une diminution de l'état d'anxiété après l'exposition à un stress, effet potentialisé par un bon support social. Les sujets insécures, qu'ils soient préoccupés ou évitants ne bénéficie pas de l'action bénéfique du support social. Le taux de cortisol salivaire n'est par contre pas abaissé par la sécurité d'attachement, mais l'est de manière significative par le support social. Cette étude montre l'effet protecteur au stress de la sécurité d'attachement avec une interaction positive avec d'autres facteurs protecteurs comme le support social.

En cas de stress, le sujet insécure préoccupé se perçoit comme inefficace et ressent autrui comme une personne peu fiable et inadéquate pour la recherche d'aide. Il présente également d'autres caractéristiques :

- ✓ une anxiété anticipatoire aux évènements stressants,
- ✓ une perception de ceux-ci comme insurmontables, incontrôlables et irréversibles,
- ✓ Il leur est impossible de réprimer les pensées et émotions négatives, aboutissant à une « ruminantion » de celles-ci envahissant tous les autres champs de la vie (*MIKULINCER, 1995*).
- ✓ Le coping est centré sur l'émotion mais avec utilisation d'émotions négatives et de passivité (*MIKULINCER 1998, SPANGLER 1999, SCHMIDT 2002*). Il existe une différence d'appréciation selon que le coping est codé par un observateur externe ou par le sujet lui-même : dans le premier cas l'accent est mis sur l'importance d'un coping centré sur des émotions négatives, montrant l'importance de la structure d'attachement dans la gestion émotionnelle. Dans le cas de « l'autocodage », il existe une augmentation de toutes les stratégies de coping, reflet d'une hyperactivation du sujet préoccupé, avec une absence de conviction interne concernant l'efficacité de ces stratégies, en rapport avec une image altérée de lui-même et d'une non fiabilité d'autrui (*SCHMIDT 2002*).

Le sujet insécure détaché perçoit autrui comme menaçant et malhonnête avec nécessité de garder une distance avec lui et de ne devoir compter que sur soi-même :

- ✓ L'expression de la souffrance est fortement diminuée mais il n'en est pas de même de son importance et de son retentissement.

- ✓ Il a tendance à refuser le support social. Le coping utilisé évalué par un observateur externe est centré par l'utilisation de stratégies d'évitement, de fuite, de distraction. Le codage par le patient du coping montre également une discordance par rapport à l'évaluation externe avec présence d'un score bas à toutes les dimensions témoignant d'une déactivation des stratégies d'ajustement (*SCHMIDT 2002*).

Notons que la chronicité de la maladie et l'importance du retentissement de celle-ci sont deux facteurs confondus qui peuvent agir autant sur la nature du coping que sur l'attachement, avec nécessité de tenir compte de ces deux facteurs dans l'interprétation des résultats, ceci d'autant plus que les mécanismes spécifiques d'ajustement du stress aigu sont différents de ceux du stress chronique (*SCHMIDT 2002*). Par exemple, les stratégies de distraction et d'évitement peuvent être fonctionnelles en terme de stress aigu et dysfonctionnelles en cas de stress chroniques (*BRUCHON-SCHWEITZER 2002*).

Ainsi les deux formes d'insécurité présentent fréquemment :

- ✓ une anxiété majorée aux événements due à l'échec de l'établissement d'une base interne sécurisée. L'émotion lors du stress est augmentée en intensité et dure même si celui-ci a disparu. Ce dernier facteur a été démontré par les dosages de cortisol salivaire réalisés lors de la situation étrange, qui est en elle-même une situation stressante. *GUNNAR (1996)* rapporté par *PIERREHUMBERT (2005)* a montré ainsi une augmentation de ce cortisol salivaire chez l'enfant insécurisé lors de cette situation étrange, même en présence de la figure d'attachement, illustrant ainsi l'incapacité de celle-ci à aider l'enfant à surmonter l'épreuve. De même, une étude d'*AHNERT, GUNNAR et LAMB en 2004*, rapportée par *PIERREHUMBERT (2005)* a observé un dosage de cortisol salivaire supérieur chez l'enfant insécurisé lors des premiers jours d'adaptation à la crèche des enfants de un an, avec persistance de cette augmentation lors de la phase de séparation qui fait suite à la période d'adaptation. Ces taux continuent d'être augmentés au cinquième mois alors qu'ils sont normalisés chez l'enfant sécurisé.
- ✓ une hostilité par rapport à l'extérieur (*KOBAK, 1988*) (l'hostilité semble prédictive de surmortalité en psychologie de la santé. Elle fait d'ailleurs partie du type A de personnalité de *FRIEDMAN* et *ROSENMAN (1974)*, reconnue comme facteur prédisposant à la maladie),
- ✓ une solitude sociale fréquemment observée (*HAZAN et SHAVER, 1987*),

- ✓ Une augmentation des plaintes somatiques subjectives et inexplicées (TAYLOR 2000 CIECHANOWSKI 2002),
- ✓ Fréquence des troubles du sommeil chez le sujet insécure, expliquant l'augmentation des plaintes physiques et des jours de congé maladies (MAUNDER 2011),
- ✓ une consommation régulière d'alcool et des troubles de l'alimentation (BRENNAN, 1991).

*Quelles sont les pathologies somatiques concernées par un éventuel retentissement d'une structure d'attachement insécure ?*

### **3.3.2. Attachement et pathologies somatiques**

#### **↳ Bases physiopathologiques**

Elles ne sont pas encore totalement élucidées et ne seront traitées que succinctement ici. Les études réalisées chez l'animal permettent d'évoquer certaines hypothèses.

Ainsi KRAEMER (1992) étudie les conséquences physiologiques de la déprivation maternelle chez le jeune primate : il observe une diminution du rythme cardiaque et de la température du corps en cas de séparation persistante, avec un taux rachidien de norépinéphrine (hormone surrénalienne sécrétée en grande quantité en cas de stress) très abaissé. Ce taux est normalisé par la mise en contact avec un substitut maternel de même espèce, ce qui n'est pas le cas avec un substitut inanimé.

Ainsi après l'activation initiale du système de stress lors de la séparation, il semble exister une hypo activation de ce système, témoignant d'une dysrégulation (HOFFER, 1995).

Les études chez le rat montrent l'utilité de la mère en tant que facteur régulateur de la physiologie du bébé rat (au niveau de la nutrition, du rythme cardiaque, de la régulation de la température). L'activité du petit est augmentée par la chaleur de la mère, diminuée par le contact tactile avec celle-ci. Ce système de régulation basé sur la relation avec la mère est remplacé par la suite par un fonctionnement autonome du système nerveux végétatif.

L'autonomie à la mère est ainsi permise par cette évolution.

Dans l'espèce humaine, l'interaction émotion - système nerveux végétatif est bien documentée (DANTZER, 1989) et il est probable que la situation d'attachement ait une implication biologique par le biais de la gestion émotionnelle.

Il a été démontré que le type de réponse au stress est corrélé avec le type d'attachement (SPANGLER 1998, GUNNAR 1996) : il existe une hyperréactivité au stress chez le patient insécure. Ainsi des enfants de 18 mois ayant une structure sécure ne présentent pas d'augmentation du cortisol salivaire

lorsqu'ils réagissent craintivement à l'approche d'un étranger (en l'occurrence un clown) en présence de leur mère lors de la situation étrange, contrairement aux enfants insécures (SPANGLER 1993, NACHMIAS 1996). Ceci est particulièrement marqué chez le patient dont l'insécurité est de type désorganisée (HERTSGAARD 1995).

Ainsi GUNNAR (1998) postule que la sécurité d'attachement est un modérateur de la réponse au stress de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien chez le bébé humain.

GUNNAR (2007) décrit les liens multiples entre la neurobiologie du stress et le développement du sujet : *« les glucocorticoïdes régulent l'expression génique de multiples régions du cerveau et la stimulation du système du stress a un effet important sur la physiologie neurologique et notamment dans le développement de la neurogénèse, neuroplasticité, connectivité synaptique... Aussi l'environnement social précoce va déterminer la qualité de cette influence, la personne réalisant les soins étant la source première en terme de stress et de satisfaction dans les premiers mois de vie. La qualité de ces soins va déterminer des différences interindividuelles en termes de réponses comportementales et physiologique à l'environnement. Ainsi l'attitude de la mère peut modifier le type de réponse au stress qui est génétiquement prédéterminé. Les expériences chez les rongeurs montrent qu'une réponse maternelle adaptée modifie l'expression des récepteurs aux glucocorticoïdes DNA dépendant... »*

Nous avons vu combien la qualité des soins et de la relation précoce sont également déterminante dans l'établissement d'une structure d'attachement sécuritaire.

Ainsi l'interaction de deux systèmes à priori différents (structure d'attachement, système du stress) mais pour lesquels il existe un facteur commun de dépendance développementale à savoir l'importance du bon fonctionnement de la relation à la mère, va permettre de maintenir l'homéostasie d'un organisme, avec réponses biologiques adéquates à une menace externe.

Néanmoins le déterminisme commun des deux variables attachement-type de réaction au stress peut être en faveur du caractère confondu de celles-ci : le dysfonctionnement des relations précoces donnent une hypersensibilité au stress comme une insécurité d'attachement.

L'avancée des données neurobiologiques nous permettra d'avoir une réponse à la question de savoir si il s'agit de deux systèmes différents interagissant entre eux, ou si la structure d'attachement doit être considérée comme la représentation en terme comportemental, émotionnel et cognitif d'un système biologique ayant pour but la survie de l'individu (et de l'espèce), en rapport avec un patrimoine génétique avec intervention déterminante des relations précoces, et auquel appartiendrait également le type de réaction au stress.

D'un point de vue plus pragmatique, un autre aspect est l'importance des troubles du sommeil dans l'insécurité d'attachement : augmentation du nombre de cycles contenant des ondes alpha à

l'électroencéphalogramme (*SLOAN 2007*) et diminution du nombre de cycles chez l'insécure anxieux (*TROXEL 2007*).

*MAUNDER (2011)* observe une corrélation positive entre l'insécurité d'attachement, les troubles du sommeil, les symptômes physiques et les jours de maladie chez des personnes soumises à un stress professionnel régulier (personnel hospitalier).

De même, l'association attachement insécure et dépression est probable mais encore insuffisamment étudiée (*WEST 1998*). Notamment s'agit il de deux comorbidités, avec un retentissement physiologique parfois semblable (troubles du sommeil, de l'alimentation, susceptibilité aux événements stressants...) ?

Dans une étude plus récente, l'insécurité apparaît bien comme facteur de risque pour la survenue d'un syndrome dépressif, avec troubles du sommeil secondaires (*BIFULCO 2002*). Hors l'association maladie et dépression est maintenant prouvée (*WULSIN, 1999*). L'insécurité d'attachement peut ainsi agir sur le corps par le biais d'une dépression secondaire.

Notons par ailleurs que la dépression est un facteur à contrôler dans les études corrélatives pour rechercher une imputabilité de la structure d'attachement dans une pathologie donnée.

Enfin, citons les troubles alimentaires, notamment l'anorexie mentale, qui sont retrouvés en lien avec une structure d'attachement insécure (*BRISCH 1998*).

Ainsi les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, avec ou sans syndrome dépressif associé sont des facteurs explicatifs possibles d'un retentissement corporel de l'insécurité.

Nous pouvons rapprocher à ces situations les observations d'arrêt de croissance (« nanisme psychosocial ») et d'hospitalisme lors des situations de déprivation maternelle (*SPITZ 1945*). Ces observations suggèrent un retentissement important sur le plan biologique, notamment au niveau de l'hormone de croissance, de l'absence de la mère, situation fondamentalement source d'insécurité (*BOLWBY, 1969*).

### ↳ **Retentissement de la maladie chronique de l'enfance sur la structure d'attachement**

L'enfant présentant une pathologie dans les trois à cinq premières années de sa vie, voit sa qualité de vie altérée et une modification importante de sa relation à ses parents et avec autrui. Un retentissement sur la nature de la structure d'attachement est de ce fait probable. Ceci est d'autant plus vrai si la nature de la maladie va induire des hospitalisations itératives avec séparations répétées des parents.

L'augmentation de l'insécurité par la maladie chronique chez le jeune enfant est confirmée actuellement par différentes études :

- ✓ pour toute étiologie organique ou non induisant un vécu de mauvaise santé (WARD, 1993). Cette étude permet de montrer la prééminence du vécu d'une pathologie sur la nature de cette pathologie dans ses répercussions psychologiques.
- ✓ pour les otites chroniques (Mc CALLUM, 1999).
- ✓ pour l'asthme (MRAZEK, 1987).
- ✓ Pour la mucoviscidose avec un attachement de type désorganisé plus fréquent par rapport à une population d'enfants témoins sains (SIMMONS, 1995).
- ✓ pour l'épilepsie, la population cible étant comparée à une population d'enfants présentant une paralysie d'origine centrale (cérébrale) et une population d'enfants sains (MARVIN, 1996).
- ✓ une maladie cardiaque congénitale est associée à un attachement insécuré évitant chez 37 % des patients, comparé à 9 % chez des sujets contrôles (GOLDBERG, 1991).

#### ↳ **L'attachement insécuré de l'adulte est-il associé à certaines pathologies organiques ?**

SCHEIDT (2000) observe une augmentation du nombre de patients insécurés détachés chez des sujets souffrant de torticolis spasmodique idiopathique, maladie neurologique très invalidante. Il observe alors une augmentation anormale du taux de cortisol salivaire durant l'interview d'attachement, montrant une vulnérabilité accrue de ces patients au stress psychosocial. Cette anomalie n'est pas retrouvée chez les sujets contrôles (sans torticolis) insécurés ni chez les patients sécurés avec torticolis. L'association insécurité d'attachement et dysrégulation au stress suggère une fragilité biologique que la pathologie neurologique est venue décompenser. En effet, la maladie constitue en elle-même un stress chronique déclenchant une dysrégulation au stress aigu sur un terrain déjà fragilisé. A noter que l'insécurité d'attachement ne déclenche pas d'augmentation du cortisol salivaire par elle-même dans cette étude.

De même, MAUNDER (2000) observe une prévalence d'insécurité de type « évitant » plus élevée dans les colites ulcéreuses qui ne présentent pas de marqueurs sériques (A.N.C.A., *antineutrophil cytoplasmic antibodies*). Cette augmentation n'est pas observée dans la population de colite ulcéreuse avec marqueurs sériques.

Ceci suggère également un terrain biologique différent avec une structure d'attachement différente.

Il est néanmoins difficile pour l'instant d'affirmer que la structure d'attachement soit un facteur prédictif en termes de pathologies organiques de l'adulte.

Il faudrait une étude prospective étudiant les corrélations des structures d'attachement d'une population d'enfants avec les pathologies organiques observées chez ces mêmes patients à l'âge adulte.

Signalons néanmoins deux études :

*FELITTI (1998)* observe dans une très grande étude rétrospective une augmentation de fréquence de certaines pathologies (pathologies coronariennes ischémiques, cancers, pathologies pulmonaires chroniques, fractures de squelette, pathologies hépatiques) chez l'adulte qui a des facteurs de risque d'insécurité dans ses événements d'enfance.

Ces facteurs de risque sont classés en facteurs psychologiques (séparations ...), physiques (maladies dans l'enfance) et événementiels (abus sexuels, violence envers la mère et vécu avec des membres psychiatriques de la famille, toxicomanes, suicidaires ou emprisonnés).

*VAILLANT (1990)* observe que des facteurs tels que la qualité de la relation avec la mère, le père, la cohésion de la famille etc... sont prédictifs d'une bonne santé à l'âge adulte sur une étude prospective de 45 ans.

La structure d'attachement n'a malheureusement pas été étudiée dans ces deux études.

### ↳ **Proposition de modélisation de l'action de l'attachement insécuré sur la pathologie organique par MAUNDER (2001)**

L'auteur envisage trois niveaux d'action de l'insécurité :

- ✓ Perturbation de la régulation au stress :
  - Augmentation du stress perçu.
  - Augmentation de la durée et de l'intensité de la réponse physiologique au stress.
  - Le type d'attachement détermine le succès ou l'échec du support social dans la gestion du stress.
  
- ✓ Mauvaise utilisation des facteurs externes de régulation : par déficit de régulateurs internes, le sujet insécuré fait appel à des régulateurs externes avec une utilisation qui en font autant de facteurs à risque : tabac, alcool, drogue, sur ou sous alimentation, activité sexuelle à risque ...
- ✓ Non utilisation de comportements protecteurs avec une moins bonne adhérence au traitement et au suivi médical. Ceci a bien été montré pour le diabète (*CIECHANOWSKI, 2004*).

## ↳ Proximité des tableaux cliniques alexithymie – insécurité de type détachée

Elle mérite d'être soulignée, même si elle est citée par peu d'auteurs (*ex : PASQUINI, 1997*). L'exclusion défensive, concept utilisé dans le cadre théorique de l'attachement pour décrire le fonctionnement psychique de ce type d'insécurité n'est pas sans rappeler l'incapacité à reconnaître, verbaliser les émotions et la limitation de la vie imaginaire décrits dans l'alexithymie.

Aussi, l'association entre insécurité en général et alexithymie a été retrouvée par quelques auteurs (*KRAEMER 1995, PICARDI 2003, TROISI 2001*). La relation insécurité – alexithymie et la présence de plaintes somatiques a été récemment soulignée (*WEARDEN, 2005*).

Cet aspect nécessite d'être confirmé par d'autres études.

## ↳ Conclusion

Il semble évident que la structure d'attachement présente des conséquences biologiques et comportementales.

Néanmoins, la nature d'insécurité de cet attachement n'est probablement pas la seule condition nécessaire à l'expression de la pathologie, la notion de vulnérabilité ou de terrain étant importante.

Par ailleurs, la maladie vient activer par elle même les mécanismes comportementaux d'attachement, ne facilitant pas l'interprétation d'une structure d'attachement insécure dans une pathologie donnée.

Il est néanmoins important d'identifier les populations à risque dans un but d'action préventive et thérapeutique.

Un réaménagement de la prise en charge est notamment possible, comme par exemple:

- ✓ insister sur l'adhérence à la prise en charge chez l'évitant en utilisant des stratégies permettant d'agir sur le contrôle personnel perçu, le respect de la distance interpersonnelle (*MAUNDER, 2001*).
- ✓ diminuer la recherche d'aide excessive chez le sujet préoccupé (avec toute la frustration que suppose cette recherche) (*MAUNDER, 2001*).
- ✓ Travailler sur la confiance en l'équipe soignante ou le praticien en étant vigilant sur les messages donnés.
- ✓ Comprendre les comportements ambivalents de demande de soins et éviter d'y répondre en « escalade symétrique ».

- ✓ Proposer une disponibilité fiable et un cadre thérapeutique précis avec des règles du jeu bien précises : heures de rendez vous, prescriptions à respecter...

Ce réaménagement peut passer par des séances de travail sur la relation thérapeutique avec l'ensemble du personnel soignant, avec le praticien voire avec le patient, en utilisant les préceptes de la théorie de l'attachement. Ceci pourra être pour le patient le moyen d'aborder sa vie psychique lui permettant d'engager par la suite un travail psychothérapeutique si nécessaire.

## CHAPITRE 4

### ATTACHEMENT ET DERMATITE ATOPIQUE

#### 4.1. LE SENS DU TOUCHER

La peau a de multiples fonctions :

- ✓ métabolique : synthèse de la vitamine D, réservoir énergétique par l'hypoderme...
- ✓ immunologique : par exemple, une irradiation chronique par les rayons ultra violets baisse l'immunité cutanée et générale.
- ✓ neurophysiologique : présence de récepteurs aux neuromédiateurs, synthèse de ceux-ci,
- ✓ protectrice : par rapport au soleil, aux changements de température, à l'eau, aux infections.
- ✓ de relation : par les sensations produites notamment dans l'enfance, élaboration progressive d'une représentation d'enveloppe constitutive du Moi (notion du Moi - peau ANZIEUX, 1985). Cette fonction fait intervenir le sens du toucher. Comme le souligne CONSOLI S. (2003), ce seul sens peut permettre la survie en l'absence de tous les autres. L'auteur souligne l'importance du lien entre le toucher et la parole, la peau étant l'organe de naissance de la tendresse, concept psychanalytique qui, selon FREUD, permet à la satisfaction sexuelle de ne pas éteindre le désir, donc la vie (FREUD, 1912 cité par CONSOLI S.2003).

D'ailleurs MONTAGU (1971) débutait déjà à l'époque son livre sur le toucher par une citation de TAYLOR (1921):

*« Le toucher est le sens le plus important de votre corps. Sans doute est-ce celui qui intervient le plus dans les phénomènes de veille et de sommeil. Il nous donne la notion de la profondeur, de l'épaisseur, des formes. C'est par notre peau, grâce au toucher que nous ressentons, aimons, détestons ».*

La perception est l'une des fonctions essentielles d'ouverture au monde, les connaissances ayant pour origine l'exploration active de l'environnement par le sujet (DURAND dans LECUYER 2004). La sensation procède d'une activité cognitive plus élaborée avec mise en sens de l'expérience perceptive et est intimement liée à la perception avec élaboration de représentations.

Le toucher peut être interprété en tant que perception et sensation. Nous pourrions dire que la sensation tactile est l'une des fonctions essentielles dans la connaissance de l'autre, avec cette dimension relationnelle et subjective que présente le toucher.

Le nouveau né a été « sourd » jusqu'aux années 1920, « aveugle » jusqu'aux années 1960, et insensible notamment à la douleur jusqu'à récemment... En fait, les données récentes notamment en psychologie du développement (cf *LECUYER 2004*) réhabilitent le nouveau né en tant qu'être compétent dans l'ensemble des modalités sensorielles, ces compétences s'affirmant avec la maturation et le développement notamment du système nerveux. Mieux encore, ces compétences débutent dès l'âge fœtal, leur chronologie d'apparition étant celle de tout mammifère, à savoir différenciation première des systèmes somesthésique et proprioceptif, puis des systèmes gustatif et olfactif, puis vestibulaire et auditif, et plus tardivement du système visuel.

La perception tactile est donc la première à apparaître, dès 8 semaines d'aménorrhée avec réactivité tactile des régions orales, périorales et palmaire, et extension sur l'ensemble du corps vers 13-14 semaines à l'exception du dos et du sommet de la tête. Des réponses motrices de type fuissement et succion sont visualisées en échographie dès le 8<sup>e</sup> mois de gestation. Il existe une maturation des potentiels évoqués somesthésiques à 25 semaines de gestation, permettant au prématuré d'être réactif à tous types de stimulations tactiles (il est ainsi remarquable d'observer que l'âge minimal de viabilité du fœtus corespond à celui de l'apparition d'une maturation fonctionnelle cutanée même si celle-ci évoluera par la suite avec diminution des seuils et latences).

Les voies nerveuses et les médiateurs de la nociception sont présents dès le dernier trimestre de la gestation, avec des réponses physiologiques indicatrices de sensations douloureuses ou stressantes chez le fœtus : par exemple augmentation des taux plasmatiques d'opiacés endogènes chez les enfants nés en siège ou extraits par ventouse.

Même si par la suite la vision semble être le sens dominant de l'espèce humaine, les possibilités de transfert intermodal sont importantes, notamment entre le toucher et la vision : par exemple, le nouveau né est ainsi capable de reconnaître visuellement dans sa forme un objet qu'il a préalablement manipulé sans le voir.

Le toucher apparaît donc être un élément central dans l'évolution et le développement cognitif, comportemental et émotionnel de l'être humain.

#### **4.2. TOUCHER, AGRIPPEMENT ET ATTACHEMENT**

Le sens du toucher est associé étroitement à cette compétence du bébé qu'est l'agrippement. A ce sujet, *CONSOLIS. (2003)* citant *HERMAN (1943)* fait mention d'une notion éthologique intéressante :

*« la disparition de la fourrure sur la surface du corps humain affinerait la perception des échanges tactiles primaires entre la mère et le bébé et permettraient le développement de la gamme des différentes sensations que ces échanges cherchent à transmettre. L'accès des humains au langage*

*et aux autres codes sémantiques serait ainsi préparé mais le développement de comportements d'agrippement chez le petit homme serait rendu plus aléatoire ».*

En restant dans l'éthologie, *HARLOW (1958)* a montré l'importance de la sensation tactile d'agrippement du petit singe qui semble plus importante que la fonction d'alimentation : le petit singe va préférer le substitut maternel lui procurant des sensations tactiles agréables (« mère tissu») à celui n'en procurant pas (« mère fil de fer »), même si ce dernier satisfait le besoin d'alimentation. Il va d'ailleurs développer un amour tendre envers cette « mère tissu » qui sera sa base de sécurité vers laquelle il reviendra à chaque situation de danger.

Cette sensation tactile participe à la satisfaction de ce qu'*ANZIEU* appelle la pulsion d'attachement, intermédiaire entre la pulsion d'autoconservation et la pulsion sexuelle. Cette pulsion pousserait l'enfant vers l'autre comme objet de besoin, puis de désir par sexualisation, puis comme objet social, satisfaisant ainsi la fonction de socialisation déjà mentionnée de l'attachement.

*STERN (1985)* dans sa description des interactions mère - enfant, montre l'importance d'une adéquation entre les messages du bébé et de la mère.

Cette adéquation permet l'accordage affectif, prédictif d'un bon développement psycho - affectif de l'enfant. L'enjeu consiste en un développement d'une intersubjectivité qui représente cette capacité à comprendre les motivations de l'autre et de soi-même, avec partage des centres d'attention, des intentions et des états affectifs. Récemment, *STERN (2005)* insiste sur le fait que l'attachement va servir à la création de cette intersubjectivité mais qu'il s'agit de deux systèmes d'ordre différent, l'attachement étant d'ordre corporel, l'intersubjectivité d'ordre de la représentation psychique.

Quoiqu'il en soit, ce qui ressort de ces considérations est la prééminence de l'adéquation des sensations créées par la relation sur la sensation elle-même.

Le toucher rentre ainsi dans un système motivationnel faisant appel à des stratégies comportementales avec une vocation première : la recherche de sécurité par perception de la proximité.

### **4.3. DERMATOLOGIE ET ATTACHEMENT**

Cette fonction d'organe de communication, de relation que représente la peau, notion initialement psychanalytique bien développée par ANZIEU est actuellement communément admise et considérée par les dermatologues (RASMUSSEN, 1990).

Nous l'avons vu, la structure d'attachement est primordiale dans l'apprentissage des relations à autrui, sur un plan ontogénétique et psychopathologique.

*Existe-t-il un lien entre les dysfonctionnements organiques de cet organe de communication que représente la peau et ceux du système motivationnel de la structure d'attachement ?*

Peu d'études sont disponibles à ce sujet et ne permettent pas pour l'instant de répondre à cette question.

Une des premières publications concernant la dermatologie (RUSSIELLO, 1995) décrit un lien entre un attachement insécurisé et des dermatoses classées comme psychosomatiques, à savoir l'hyperhydrose, l'urticaire chronique, le prurit généralisé sine maeteria et la pelade en aire. Il est intéressant de noter que les auteurs ne trouvent pas d'association entre les scores de stress et les dermatoses psychosomatiques sus-citées. La population cible a été comparée à une population témoin dermatologique (sujets présentant des naevis, kératoses et mycoses). Le questionnaire de HAZAN et SHAVER a été utilisé pour l'évaluation de la structure d'attachement.

Une critique majeure peut être faite à cette étude : les pathologies étudiées ne sont pas toujours d'origine psychosomatique et il n'est pas rare dans la pratique dermatologique de découvrir a posteriori d'authentiques causes organiques à des prurits initialement classés sine maeteria, à des urticaires chroniques et des hyperhydroses symptomatiques.

De même le déterminisme purement psychosomatique de la pelade en aire n'est pas démontré à l'heure actuelle, or ce diagnostic concerne 2/3 des patients inclus (111/177).

#### **↳ Vitiligo**

PICARDI (2003) observe un taux plus élevé de patients insécure, de manière significative, avec une surreprésentation des attachements insécures préoccupés et désorganisés. Le score d'anxiété à l'échelle E.C.R. (Experiences in Close Relationships) de BRENNAN (1998) est augmenté ainsi que le score d'évitement dans une moindre mesure. Les scores d'alexithymie sont également augmentés chez les sujets avec des scores abaissés du support social perçu. Cette cohérence des trois scores, insécurité, alexithymie et support social peut aller dans le sens d'un lien entre les trois dimensions.

### ↳ **Pelade**

PICARDI (2003) observe également une augmentation du taux de sujets insécures avec un score d'évitement plus important. Les scores d'alexithymie sont augmentés et ceux de soutien social perçu abaissés.

Nous remarquons néanmoins que dans la vision dermatologique actuelle, le vitiligo et la pelade ne sont plus considérées comme des dermatoses à déclenchement psychosomatique unique, au profit d'une perspective étiologique immunitaire (un retentissement psychologique important est par contre régulièrement décrit).

### ↳ **Psoriasis**

PICARDI (2003) n'observe aucune différence de taux d'insécurité avec la population générale.

### ↳ **Dermatite atopique**

RABUNG (2004) étudie 124 patients avec le R.S.Q. (Relationship Scales Questionnaire).

Il observe un taux significativement plus élevé de sujets insécures (54%) par rapport aux sujets sécures (46%), la norme de sécurité étant de 61 % au R.S.Q. L'insécurité se répartit en 23% de sujets ambivalents, 19% de sujets évitants et 12% de sujets désorganisés.

Le taux d'insécurité est de 50% pour les sujets chez qui l'eczéma a débuté dans la première année de vie et 36% pour les sujets à apparition plus tardive de la dermatite atopique.

Cette différence n'est pas significative, ce qui ne permet pas de conclure à un effet de la dermatite atopique sur la structure d'attachement.

Néanmoins cet effet peut être visualisé sur un échantillon plus large, la différence observée sur 124 sujets étant déjà conséquente (effet de taille de l'échantillon ?).

La chronicité (absence de rémission) ne semble pas jouer sur la nature d'attachement (63% d'insécures pour les sujets avec rémission, 50% chez les sujets sans rémission).

La gravité de la dermatite atopique n'est pas augmentée chez les insécures.

Les sujets sécures expriment un meilleur soutien social perçu.

Une altération de la qualité de vie chez les sujets insécures est observée au niveau émotionnel et de l'interaction sociale.

La gravité de la dermatite atopique est le facteur prédictif le plus important sur l'atteinte de la qualité de vie.

Cet effet de la gravité est d'autant plus important que le sujet est sécure, ce qui paradoxalement semble montrer une moins bonne adaptation à la sévérité de la dermatite atopique des sujets sécures.

En analyse multivariée, la gravité est le facteur prédictif le plus important sur le retentissement sur la qualité de vie, suivi de la nature de l'attachement et du score de dépression pour les insécures.

*DAUD (1993)* étudie la structure d'attachement de 30 enfants avec dermatite atopique en âge préscolaire (32,9 mois en moyenne) comparativement avec 20 enfants sains appariés en utilisant la situation étrange d'*AINSWORTH*. Il n'observe pas de différence significative du taux d'enfants sécures entre les deux groupes (86% % dans le groupe eczéma, 70% Dans le groupe contrôle). Il observe que le retentissement psychosocial est majeur sur la mère d'enfant atopique, mais que celles-ci ne manifestent pas de comportements négatifs vis-à-vis de leur enfant malade. Elles ont au contraire une bonne empathie empêchant ainsi un retentissement majeur de la maladie pour leurs enfants, expliquant l'absence d'augmentation d'insécurité et la simple présence de troubles comportementaux mineurs non prédictifs d'une pathologie psychiatrique ultérieure.

*ZANGHERI (2001)* étudie 20 enfants âgés de 3 à 5 ans (âge moyen : 4,45 ans) présentant une dermatite atopique comparativement à 20 enfants sains appariés avec l'âge et le sexe. Il utilise une version italienne d'un Q-sort d'attachement à faire par la mère de l'enfant : il n'existe aucune différence au niveau des scores de sécurité entre les deux populations. Seule la sous échelle « satisfaction au contact physique » est tendanciellement abaissée dans le groupe eczéma.

Les trois études précitées sont donc convergentes : la dermatite atopique n'induit pas d'insécurité chez le jeune enfant. Elle augmente par contre le taux d'insécurité chez l'adulte (*RABUNG 2004, SAGE, 2007*), témoignant d'un probable retentissement de cette dermatose sur la partie évolutive de la structure d'attachement.

Cette contradiction apparente peut être expliquée soit par un retentissement apparaissant plus tardivement chez l'enfant, notamment lors de l'individuation de celui-ci avec enrichissement des interactions sociales, soit par une structure d'attachement insécure préférentielle du sujet adulte n'ayant pas guéri de sa dermatite atopique.

Ainsi le sujet insécure aurait moins de chances de guérir de son eczéma, l'insécurité d'attachement prenant la dimension d'un facteur dispositionnel favorisant la pérennisation de la dermatite atopique (*SAGE, 2011*).

# ***METHODOLOGIE***

## **1. CADRE DE LA RECHERCHE**

Le cadre référentiel est celui de **la psychologie de la santé**, qui consiste en l'étude des facteurs et des processus psychologiques jouant un rôle dans la survenue et l'évolution des maladies somatiques.

Ce cadre permet l'étude des interactions entre la maladie et le psychisme sans rechercher une causalité linéaire, démarche tout à fait illusoire dans une pathologie multifactorielle comme la dermatite atopique.

Plusieurs corollaires sont liés à ce choix :

- ✓ utilisation d'outils d'observation validés,
- ✓ ceci dans un cadre se rapprochant le plus possible de la méthode expérimentale avec notamment contrôle de biais, sélection des critères d'inclusion et de non inclusion,
- ✓ exploitation statistique des résultats,
- ✓ déduction en terme de facteurs prédictifs.

Le cadre théorique choisi est **la théorie de l'attachement**, en raison des liens ci-dessus décrits entre expérience précoces - peau - psychisme dans une vision développementale et entre psychisme - attachement - dermatite atopique dans une dimension psychosomatique.

La structure d'attachement sera alors considérée comme une variable dispositionnelle du sujet venant influencer l'évolution de la dermatite atopique. La recherche d'une valeur prédictive de cette structure d'attachement dans la dermatite atopique sera donc recherchée.

## **2. OBJECTIFS**

Etude du lien entre dermatite atopique et une variable dispositionnelle (structure d'attachement) conjointement à certains modérateurs (« coping », régulation émotionnelle). Détermination de la nature et de l'importance du terrain anxieux dans cette dermatose. Recherche d'une signification du taux d'IgE par rapport à la structure d'attachement et l'anxiété.

### **3. ETUDE PRELIMINAIRE :**

Afin d'affiner les hypothèses et pour choisir les outils à utiliser, une étude princeps a été réalisée sur 30 patients, 15 sujets avec eczéma pérennisés (groupe 1, moyenne d'âge 33,2 ans), 15 sujets sans pérennisation de l'eczéma (groupe 2 moyenne d'âge 40,5 ans).

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les mêmes que celles de l'étude actuelle et qui seront précisés plus bas.

Les entretiens d'attachement ont été réalisés en général avec deux examinateurs afin de confronter les impressions cliniques de chacun.

Les scores d'attachements ont été comparés entre ces deux populations avec une étude catégorielle et dimensionnelle. Les outils utilisés pour l'évaluation de l'attachement consistaient en deux méthodes cliniques : codage de l'AAI avec le Q-sort selon *KOBAK*, et selon l'EDICODE (*PIERREHUMBERT*), et deux auto-questionnaires : le *CAMIR* (*PIERREHUMBERT*) et le questionnaire des relations de *BARTHOLOMEW*.

Deux exemples de cas cliniques sont rapportés en annexe pour donner un aperçu du travail d'évaluation réalisé dans cette étude princeps.

#### **3.1 Tests d'évaluation de l'attachement utilisés :**

##### **↳ Codage de l'entretien d'attachement par Q. SORT selon *KOBAK* (1993) :**

La procédure Q. SORT consiste à organiser par l'observateur son impression clinique du sujet en classant du plus vrai au plus faux des propositions préétablies. Cette technique limite à priori l'étendue des appréciations par le nombre défini de propositions mais permet une standardisation de la méthode d'observation, avec une certaine fiabilité intercotateur et au test-retest.

*KOBAK* a établi 100 items se rapportant autant au mode d'expression, à l'état d'esprit envers les figures d'attachement et aux expériences vécues susceptibles d'agir sur l'attachement. Après lecture de l'entretien retranscrit « in extenso », le cotateur classe ces 100 items en 9 piles du plus vrai au plus faux. Le nombre d'items dans chaque pile est défini de manière à se rapprocher d'une distribution normale. Une notation est effectuée pour chaque item en fonction de leur positionnement.

Une étude de corrélation est ensuite réalisée entre les cotations de chaque item du patient et celles de chaque prototype sécure, insécure détaché, insécure préoccupé.

Une catégorisation selon ces trois prototypes est ainsi possible, comme une étude dimensionnelle avec obtention de 3 indices de corrélation (autonomie, détachement, préoccupation).

## ↳ Codage de l'entretien d'attachement par l'Édicode :

Il s'agit d'une échelle différentielle sémantique créée par *PIERREHUMBERT et coll. (1999)*, auxiliaire à l'analyse d'un entretien semi structuré (quel qu'il soit) dans l'appréciation des expériences subjectives de l'adulte dans le domaine de l'attachement. Elle permet également la comparaison entre deux personnes.

Il se compose de 5 échelles : fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité.

- ✓ La notion de fluidité fait référence à la richesse associative, à un accès aisé aux souvenirs, à une participation à l'entretien (5 items).
- ✓ La cohérence : le discours est « focalisé », structuré et pertinent avec le sujet abordé (6 items).
- ✓ L'adéquation : la distance relationnelle est adéquate avec confiance dans les relations et une bonne capacité de régulation émotionnelle (3 items).
- ✓ La réflexion : elle évoque la présence et l'importance d'états mentaux chez soi et supposés chez autrui. Il s'agit d'une attribution de subjectivité à soi et aux autres (4 items).
- ✓ L'authenticité : le discours est véridique et vivant (3 items).

Le cotateur va évaluer sur une échelle visuelle de type *LICKERT* son appréciation de l'expérience subjective du sujet concernant les relations proches, avec notamment prise en compte des caractéristiques intrinsèques du discours qui sont supposées être révélatrices de l'état d'esprit du sujet (comme pour le codage de l'A.A.I.).

Il s'agit d'une procédure rapide, publiée et validée, ne nécessitant pas de formation spéciale. Dans notre étude la cotation de l'édicodage a été faite directement après l'entretien d'attachement.

Le positionnement sur l'échelle visuelle est transformé en valeur quantitative puis la somme des différents items permettent de donner une valeur quantitative aux 5 dimensions précitées. La vocation de l'édicodage n'est pas de catégoriser le sujet selon sa structure d'attachement. Néanmoins l'analyse des clusters de sujets montre la présence de 3 groupes qui sont corrélés aux 3 structures d'attachement après codage de leur A.A.I.

Le cluster B est sécure.

Le cluster A est clairement détaché à l'A.A.I. Les sujets ont alors des scores abaissés en fluidité, réflexion et authenticité et similaires aux sécures (cluster B) pour la cohérence et l'adéquation.

Le groupe C est clairement préoccupé sur l'A.A.I. et montre moins de cohérence et d'adéquation à l'édicode avec une fluidité et une authenticité similaire aux sécures, la capacité de réflexion restant abaissée dans une moindre mesure.

Par analyse visuelle des courbes des 5 dimensions, il est donc possible d'affiner une interprétation clinique par l'édicode.

Un double codage a été réalisé, celui-ci survenant juste après la passation de l'A.A.I.

#### ↳ **Auto questionnaire CAMIR (PIERREHUMBERT et coll., 1996) :**

Son objectif est d'évaluer les stratégies relationnelles de l'adulte dans le paradigme de l'attachement. Cela fait référence à la notion de stratégies secondaires déployées par le sujet si autrui ne répond pas adéquatement à sa demande initiale (MAIN 1990, KOBAK 1993).

Il s'agit d'interroger le sujet sur ses relations passées et actuelles familiales.

Il apprécie donc autant les relations d'attachement dans l'enfance et les caractéristiques des échanges familiaux actuels, impliquant les représentations du sujet quant à ses besoins émotionnels et ceux des autres.

Ce questionnaire est un format Q SORT composé de 72 items, relatifs au passé, au présent et aux généralisations sémantiques du sujet.

L'analyse factorielle montre une structure en 13 échelles :

#### ✓ 3 échelles pour l'autonomie :

- support parental : expérience de support dans la famille d'origine,
- support familial : expérience de support dans la famille actuelle,
- reconnaissance de soutien qui exprime un sentiment généralisé d'autonomie dans les relations.

#### ✓ 3 échelles pour le détachement :

- indisponibilité parentale,
- distance familiale : distance émotionnelle dans la famille actuelle,
- rancune de rejet : expression d'une défiance dans les relations.

#### ✓ 3 échelles pour la préoccupation :

- interférence parentale dans la famille d'origine,
- préoccupation familiale,
- rancune d'infantilisation : sentiment généralisé d'accaparement par les autres.

✓ les 4 dernières échelles sont :

- traumatisme parental,
- blocage du souvenir,
- démission parentale,
- valorisation de la hiérarchie.

La catégorisation en type sécure, détaché et préoccupé se fait ensuite par calculs de corrélation entre les valeurs du sujet et celles de la population témoin utilisée pour la validation de ce test et ce pour chaque prototype. Ce score Q est ensuite transformé en score T. Il existe donc trois scores T pour les styles sécure, détaché et préoccupé. La corrélation avec le prototype sécure exprime la stratégie primaire. Dans l'étude de validation de *PIERREHUMBERT (1996)*, cet indice de stratégie primaire n'est pas corrélé avec le score d'état d'esprit sécure au Q-sort selon *KOBAK*, exprimant ainsi les différences de références des deux tests : prédominance de la prise en compte de la cohérence du discours dans la technique de codage de *KOBAK*, du contenu des réponses dans le CAMIR.

Le domaine exploré est donc probablement différent : M.I.O. dans leur aspect procédural pour le Q. sort selon *KOBAK*, représentations sémantiques pour le CAMIR.

Il se rajoute deux indices calculés : l'indice de stratégie secondaire et le cumul des insécurités. Le premier s'obtient en soustrayant le coefficient (Q) préoccupé au coefficient détaché : plus il est élevé plus la stratégie secondaire est de nature détachée. L'étude de *PIERREHUMBERT* sur 202 sujets permet de classer les résultats de cet indice en 3 niveaux : bas (« préoccupé ») :  $<-.001$ , moyen (« ni préoccupé ni détaché ») : de  $-.001$  à  $+.171$ , élevé (« détaché ») :  $>+.171$ .

Le cumul des insécurités correspond à la somme des deux coefficients détaché et préoccupé. Le résultat de cette addition est significativement plus élevé chez les insécures. Il est remarqué également que les sujets avec une stratégie primaire élevée (sécure) ont plus fréquemment une stratégie secondaire moyenne (ni préoccupée, ni détachée), les patients avec une stratégie primaire moyenne (peu sécure) étant plus fréquemment détachés, et ceux avec une stratégie primaire faible (insécure) plus fréquemment préoccupés.

Les scores des stratégies primaires et secondaires ne sont pas corrélés avec les variables sociodémographiques, sauf en ce qui concerne le niveau socio-économique corrélé positivement avec la stratégie secondaire (plus le niveau socio-économique est haut, plus la stratégie secondaire s'oriente du côté détaché). Ceci n'est pas le cas pour les échelles cliniques, corrélées à plusieurs variables socio-démographiques comme l'âge, le sexe, niveau socio-économique...).

Ainsi pour *PIERREHUMBERT*, les notions de stratégie d'attachement primaire et secondaire, mesurées par le CAMIR, apparaissent comme des valeurs stables, non dépendantes de l'histoire du sujet et

représentatives de la notion de modèles individuels de relation décrits par *BOWLBY* sous le terme de modèle interne opérant.

Une étude catégorielle et dimensionnelle est donc possible avec le CAMIR.

Dans notre étude, par souci de simplification nous ne tiendrons compte que des trois scores T de stratégie d'attachement et des deux indices calculés, l'indice de stratégie secondaire et le cumul des insécurités.

#### ↳ **Questionnaire de perception des relations de BARTHOLOMEW (1991)**

Il s'appuie sur la notion développée par *BOWLBY* (1973) selon laquelle le sujet développe une représentation de lui-même et des autres en fonction des interactions dans l'enfance avec la figure d'attachement. Des soins adéquats vont l'amener à avoir une représentation d'autrui fiable, digne de confiance (image positive) et une représentation de soi-même de personne estimable.

Ces représentations de soi et des autres faisant référence aux M.I.O. ont donc une bipolarité négatif-positif.

Il en résulte 4 combinaisons dont l'auteur déduit 4 catégories :

- ✓ Personne sécurée : représentations de soi et des autres positives.
- ✓ Personne craintive : représentations de soi et des autres négatives.
- ✓ Personne détachée : représentation de soi positive et des autres négative.
- ✓ Personne préoccupée : représentation de soi négative et des autres positive.

Les stratégies relationnelles du sujet vont ainsi dépendre de sa représentation de soi et d'autrui.

Cette classification selon les M.I.O. de soi et des autres est étroitement corrélée aux résultats de l'A.A.I. mais la notion d'attachement ne semble pas correspondre dans les 2 systèmes d'évaluation. Notamment le questionnaire de *BARTHOLOMEW* ne fait référence qu'aux représentations sémantiques du sujet concernant les relations à autrui.

Par ailleurs, la désirabilité sociale donne un biais important à ce test.

Le sujet répond à 2 questionnaires :

- Un premier de nature catégoriel permettant une classification en fonction d'une des quatre catégories (sécure, détaché, préoccupé, craintif).
- Un deuxième questionnaire correspond à quatre échelles visuelles de type LICKERT. Il permet de mesurer quantitativement les quatre dimensions précédentes.

### **3.2 Résultats catégoriels des quatre tests:**

Rappelons que ces résultats n'ont d'autre valeur que de tester les concordances entre notre impression clinique et les résultats des codages pour chaque patient, d'observer les correspondances des tests entre eux et d'affiner les hypothèses de l'étude principale.

En effet, l'étude catégorielle est peu adaptée au codage selon KOBAK, à l'édicode et dans une certaine mesure au CAMIR (notamment difficulté de conclure lorsque 2 catégories ont des scores élevés).

***TABLEAU 1 : Résultats catégoriels sécure-insécure aux 4 tests d'attachement***

	Population 1		Population 2		Population 1 + 2	
	Sécure	Insécure	Sécure	Insécure	Sécure	Insécure
CAMIR	6	9	6	9	12	18
BARTHOLOMEW	9	6	7	8	16	14
EDICODE	4	11	9	6	13	17
Q.SORT KOBAK	3	12	12	3	15	15

Seule la catégorisation sécure – insécure est prise en compte. Elle est comparée pour chaque sujet entre deux tests afin de quantifier le nombre de sujets ayant la même catégorisation. Sur 30 sujets, le seuil de distribution qui ne soit pas lié au hasard est situé au-delà de 20.

#### **CAMIR – BARTHOLOMEW**

18 sujets sur 30 sont classés dans la même catégorie par les 2 tests (différence non significative, distribution liée au hasard ( $\chi^2 = 1.2$ ,  $p = 0.273$ )).

### **CAMIR – EDICODE**

23 sujets sur 30 sont classés dans la même catégorie ( $\chi^2 = 8.53$ ,  $p = 0.003$ ). Il existe une correspondance entre les résultats obtenus à ces deux tests pour chaque patient. Par contre, en considérant les sous classes d'insécurité, seulement 19 sujets sur 30 se retrouvent dans la même catégorie ( $\chi^2 = 2.13$ ,  $p = 0.144$ ).

### **CAMIR – KOBAK**

17 sujets sur 30 sont classés dans la même catégorie ( $\chi^2 = 0.533$ ,  $p = 0.465$ ).

### **EDICODE – BARTHOLOMEW**

15 sujets sur 30 sont classés dans la même catégorie.

### **EDICODE – KOBAK**

22 sujets sur 30 sont classés dans la même catégorie ( $\chi^2 = 6.53$ ,  $p = 0.011$ ). En considérant les sous classes d'attachement, 20 sujets sur 30 se retrouvent dans la même catégorie ( $\chi^2 = 3.33$  ;  $p = 0.068$ ).

### **BARTHOLOMEW – KOBAK**

13 sujets sur 30 sont classés dans la même catégorie.

### **CONCLUSIONS :**

- Les deux méthodes cliniques (Q-sort selon KOBAK et édicode) nous sont apparues logiquement comme très représentatives de nos perceptions cliniques du caractère sécure ou insécure des patients.

- Le test de BARTHOLOMEW n'est concordant avec aucun des trois autres tests. Il est également beaucoup moins informatif et riche en renseignements cliniques que l'autre auto-questionnaire, le CAMIR. Ce test de Bartholomew ne sera pas utilisé pour le protocole principal.

- L'édicode est concordant avec le CAMIR et le Q-sort selon KOBAK.

Ses échelles cliniques ne testent pas directement un style d'attachement, mais des fonctionnements relevant de tel ou tel type d'attachement. Elle ne sera donc pas pertinente dans notre étude où la

mesure du style d'attachement est centrale. Néanmoins cette échelle nous a permis de bien nous familiariser avec les fonctionnements relevant des différents types d'attachement.

- Absence de concordance entre le CAMIR et le Q-sort selon KOBAK.

Les scores de stratégie primaire (sécuré) et secondaire du CAMIR ne sont théoriquement pas dépendants de l'histoire du sujet et de ses représentations sémantiques.

Or nous avons observé un effet important de l'âge sur le score de stratégie primaire :

***TABLEAU 2 : Etude de corrélation entre les scores d'attachement au CAMIR et l'âge***

Etude princeps (n= 30)	SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
AGE	-,4860	,4405	,3814	-,0619	,5013
	p=,01	p=,02	p=,04	p=,75	p=,01

Plus le sujet est agé, moins son score de stratégie primaire (sécuré) est élevé. Le cumul d'insécurité augmente également avec l'âge.

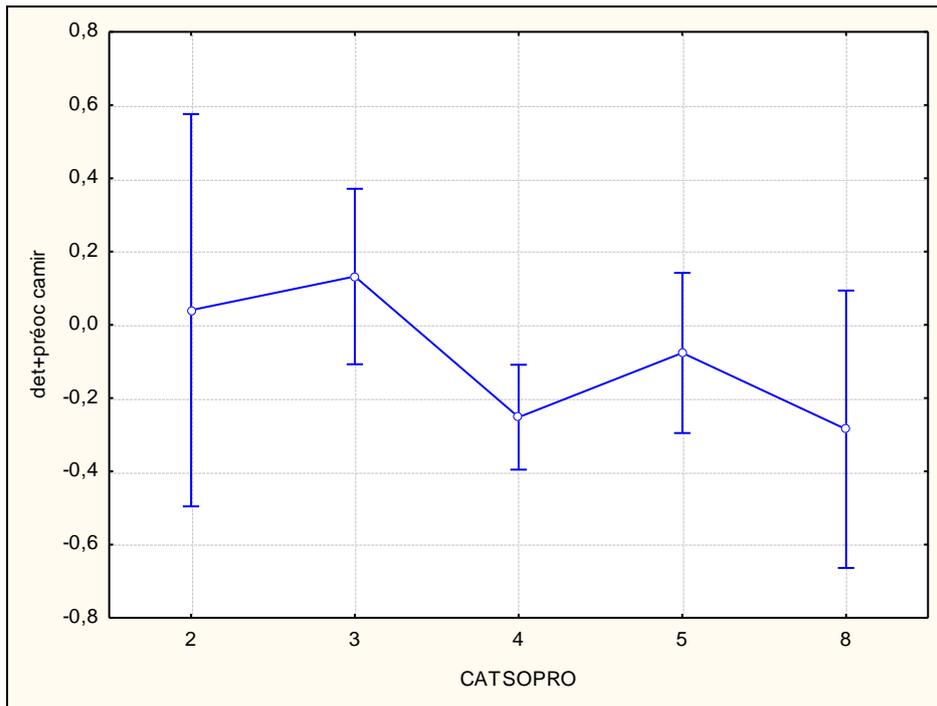
De même le sexe influe sur le score de stratégie secondaire du CAMIR:

***TABLEAU 3 : ANOVA effet de la variable sexe sur les scores d'attachement au CAMIR***

Etude princeps (n=30)	F	p
SECCA	0,047	0,83
DETACA	1,023	0,32
PRECA	0,889	0,35
Ind.strat 2 camir	3,676	0,07
det+préoc camir	0,021	0,88

Le facteur catégorie socio-professionnelles agit au niveau du cumul des insécurités : les catégories 2 (artisans, commerçants, chefs d'entreprise) et 3 (cadres et professions supérieures) ont un cumul d'insécurité supérieur aux autres catégories.

**FIGURE 1 :** Taux du cumul d'insécurité au CAMIR en fonction des catégories socio-professionnelles



**TABLEAU 4 :** ANOVA effet du facteur « catégories socio-professionnelles » sur les scores d'attachement au CAMIR

Etude princeps (n= 30)	F	p
SECCA F	1,36	0,28
DETACA F	1,71	0,18
PRECA F	1,75	0,17
Ind.strat 2 camir MC	0,66	0,62
det+préoc camir F	2,40	0,08

Nous avons vérifié l'absence d'influence des trois facteurs : âge, sexe, catégories socio-professionnelles sur les scores du Q-sort selon *KOBAK*:

**TABLEAU 5 : Etude de corrélation entre les scores d'attachement au Q-sort selon KOBAK et l'âge:**

Etude princeps (n= 30)	SECAAI	DETAI	PREAAI
AGE	,1774	,0324	-,0959
	p=,35	p=,87	p=,61

**TABLEAU 6 : ANOVA effet du facteur sexe sur les scores d'attachement au Q-sort selon KOBAK :**

Etude princeps (n=30)	F	p
SECAAI F	0,41	0,53
DETAI F	1,28	0,27
PREAAI F	0,15	0,70

**TABLEAU 7 : ANOVA effet du facteur « catégories socio-professionnelles » sur les scores d'attachement au Q-sort selon KOBAK :**

Etude princeps (n= 30)	F	p
SECAAI	1,99	0,13
DETAI	1,65	0,20
PREAAI	2,11	0,11

Nous devons donc considérer que les scores de stratégies primaire et secondaire au CAMIR ne sont pas aussi indépendants de l'histoire du sujet dans notre population que nous pouvions le supposer. Par contre les scores au Q-sort selon *KOBAK* sont bien indépendants des trois variables socioéconomiques testées.

Aussi la différence importante entre les résultats du CAMIR et ceux du Q-sort selon *KOBAK* (et notre perception clinique) nous impose d'envisager l'existence d'une différence de domaine exploré par ces deux tests, le Q-sort selon *KOBAK* permettant un accès aux M.I.O. avec à priori stabilité dans le temps des mesures et indépendance par rapport aux variables socio-démographiques, le

CAMIR permettant un accès aux représentations sémantiques d'attachement avec une forte influence des facteurs socio-démographiques.

*Nous utiliseront donc le Q-sort selon KOBAC quand il s'agira d'étudier l'attachement en tant que structure et facteur dispositionnel pouvant être prédictible de l'évolution de la dermatite atopique, et le CAMIR quand il s'agira d'étudier le retentissement de la dermatite atopique sur les représentations d'attachement à l'instant de l'examen chez l'adulte.*

Nous n'utiliserons pas la catégorisation, source d'approximations et ne permettant pas une analyse fine comme il est possible de le faire avec une étude dimensionnelle.

### **3.3 Résultats dimensionnels :**

L'étude dimensionnelle au Q-sort selon KOBAC nous permet de suspecter une différence entre la population de sujets avec dermatite atopique pérennisée (population 1) versus non pérennisée (population 2) : la population 1 semble moins sécurisée, plus insécurisée détachée et préoccupée que la population 2.

***TABLEAU 8 : Etude préliminaire : moyenne arithmétique des corrélations aux 3 prototypes au Q.SORT selon KOBAC pour les 2 populations***

Sécurité (écart type)	Population 1	- 0,142 (0,336)
	Population 2	0,295 (0,354)
Détachement (écart type)	Population 1	0,165 (0,355)
	Population 2	- 0,147 (0,315)
Préoccupé (écart type)	Population 1	- 0,026 (0,196)
	Population 2	- 0,285 (0,163)

Les résultats dimensionnels aux CAMIR et au test de *BARTHOLOMEW* ne montrent pas de différence entre les deux populations sauf en ce qui concerne la valorisation de la hiérarchie (échelle clinique du CAMIR) dont le score est supérieur dans la population 2 (significativité tendancielle  $U=69,5$   $p=.074$ ).

Les patients présentant une dermatite atopique non pérennisée semblent présenter une meilleure adéquation ( $U=60$ ,  $p=.029$ ), une meilleure réflexivité ( $U=69$ ,  $p=.0071$ ) et une plus grande authenticité ( $U= 68$ ,  $p=.065$ ) à l'EDICODE.

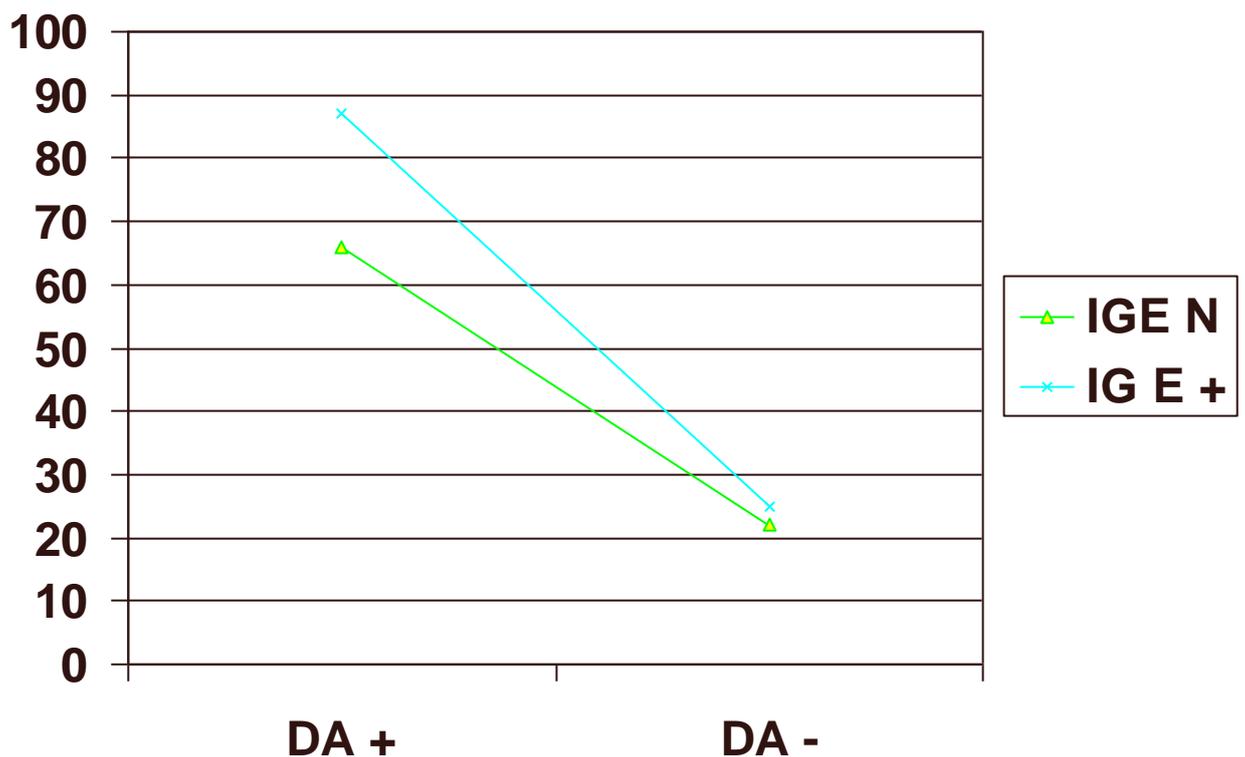
### 3.4 Autres résultats :

Les adultes avec une D.A. ayant débutée avant 3 ans ne sont pas plus insécures que ceux dont la dermatose a débutée après 3 ans, laissant supposer l'absence de retentissement de la dermatite atopique sur la construction de l'attachement chez l'enfant.

Les sujets présentant un taux d'IgE normal n'ont pas d'augmentation du taux d'insécurité. Leur prototype d'insécurité est exclusivement d'ordre détaché.

Le taux d'insécurité chez les sujets présentant une D.A. pérennisée est d'autant plus importante que les IgE sont augmentées : effet d'interaction.

**FIGURE 2 :** *Taux d'insécurité en fonction du taux d'IgE dans les deux groupes eczéma pérennisé (DA+) et non pérennisé (DA-)*



**Plusieurs points méritent donc d'être vérifiés suite à cette étude princeps :**

- *Vérification de l'absence de retentissement de la dermatite atopique sur la construction de la structure d'attachement.* Néanmoins ceci ne pourra être correctement réalisé que par une étude longitudinale, ou par une étude évaluant l'attachement chez de jeunes enfants avec eczéma atopique. En effet, les facteurs susceptibles de donner une insécurité d'une autre manière que par la maladie sont multiples, complexes (par exemple transmission intergénérationnelle), et impossibles à contrôler dans une étude rétrospective. Le retentissement sur la structure d'attachement est par ailleurs dépendant du vécu de la dermatose, ce qui est impossible à évaluer à posteriori. Ceci relativise ainsi nos résultats obtenus chez l'adulte. Par contre, *l'étude du retentissement sur les représentations d'attachement, qui semblent évolutives avec le temps,* sera intéressante.
- *L'intervention de la structure d'attachement dans l'évolution de la dermatite atopique est possible avec cette augmentation d'insécurité dans le groupe de patients avec dermatite atopique pérennisée par rapport à ceux ne présentant plus de lésions.* Ceci peut laisser à penser qu'avec le temps les sujets sécures ont plus de chance de se voir amélioré de leur eczéma.
- *Vérification du style d'attachement préférentiel de l'insécure avec eczéma pérennisé, sachant que la clinique nous évoque un style préoccupé préférentiel alors que l'étude préliminaire nous donne une augmentation du score détaché.*
- *Vérification du rôle du taux des IgE en tant que marqueur biologique éventuel d'une insécurité.*
- *Existe-t-il des spécificités en termes de psycho-pathologie et de stratégies d'ajustement du patient atteint d'une dermatite atopique à l'âge adulte ?*

#### 4. ETUDE ACTUELLE :

##### 4-1 Hypothèses théoriques :

Les données psychanalytiques nous permettent de comprendre l'importance de la peau dans le développement de la personnalité du sujet, notamment au niveau psycho - affectif et social (ANZIEU, 1985).

Les expériences précoces en relation avec le toucher font référence à la relation mère-enfant, avec possibilité de dysfonctionnement dans l'interaction de ces deux facteurs (perception cutanée du bébé-relation mère-enfant).

Au vu de la littérature (DAUD 1993, ZANGHERI 2001, RABUNG 2004) et de notre étude princeps, il ne semble pas que la dermatite atopique ait un retentissement sur la construction de la structure d'attachement dans le sens de l'augmentation du taux d'insécurité, comme cela est décrit pour toute pathologie chronique de la petite enfance induisant un vécu de mauvaise santé (WARD 1993). Il semble donc qu'il existe une spécificité de cette dermatose avec soit un développement des sensations tactiles par la maladie et les soins secondaires, soit une correction de la relation dyadique mère-enfant par les interactions « obligées » dues au soins nécessaires.

En effet, le symptôme « eczéma » s'inscrit dans un contexte relationnel spécifique au sein duquel les soins maternels sont centrés sur les perceptions cutanées, les manipulations corporelles et les soins de peau associés aux bains et aux massages corporels (ANZIEU 1985, 1990). C'est ainsi qu'une relation d'attachement à coloration « médicalisée » et « obligée » vient s'immiscer dans le lien naturel existant entre la mère et l'enfant.

Ceci nous amène à postuler que cette situation peut contribuer dans certains cas au développement et au maintien de relations précoces protectrices facilitant la gestion des tensions à un âge où la verbalisation et la sémiotisation restent encore immatures.

Considérant que la structure d'attachement est une résultante du niveau d'adéquation de cette relation mère-enfant et que cette structure d'attachement est relativement stable entre l'enfance et l'âge adulte, **nous postulons en première hypothèse qu'il n'existe pas d'augmentation du risque de structure d'attachement de type insécure à l'âge l'adulte par l'apparition d'une dermatite atopique lors des trois premières années de vie.**

Les représentations d'attachement étant de nature évolutive (ZIMMERMAN 1995, MILJKOVITCH 2001) et la dermatite atopique ayant une altération importante sur la qualité de vie avec notamment répercussion majeure sur la vie relationnelle (SU 1997, AUGUSTIN 2000, WITKOWSKI 2004, ZACHARIAE

2004), **nous postulons en deuxième hypothèse l'existence d'un retentissement de l'eczéma atopique sur les représentations d'attachement chez l'adulte atteint.**

Par ailleurs, la structure d'attachement insécure semble être un facteur de risque dans les répercussions voire l'évolution d'une pathologie organique (MAUNDER, 2001).

Nous rappelons que la dermatite atopique apparaît souvent dans les premières années de la vie, tend à se résoudre dans les cinq premières années de la vie et persiste à la vie adulte pour 5 % de sujets atteints (BEYER, 1999).

*Existe-t-il une différence dans la structure d'attachement des ces 5% d'adultes présentant une dermatite atopique pérennisée par rapport à ceux qui ont guéris ?*

**Nous postulons donc en troisième hypothèse théorique que la présence d'une insécurité d'attachement est un facteur prédictif de pérennisation à l'âge adulte d'une dermatite atopique (un patient sécure a plus de chances de guérir de sa dermatite atopique qu'un patient insécure).** L'eczéma atopique prendrait ainsi la dimension d'une expression somatique d'une insécurité d'attachement.

Dans notre pratique clinique les manifestations anxieuses sont fréquentes chez le sujet présentant une dermatite atopique. Elles peuvent être l'expression du retentissement de la maladie mais également en rapport avec un facteur de personnalité sous jacent du sujet atopique (BUSKE-KIRSBAUM 2008).

La structure insécure se manifeste par une anxiété majorée notamment lors d'évènements mettant en jeu le lien à l'autre, ou amenant le sujet à se confronter à une image de soi altérée.

La demande de soin exprimée par le patient est souvent pressante, revendicatrice et ambivalente. En effet, la position de repli sur soi est rapidement insupportable et non gérable au quotidien tant le prurit peut être handicapant, au même titre que la douleur dans d'autres pathologies. L'adaptation du sujet est donc centrée par une recherche anxieuse d'aide extérieure avec prise en compte prépondérante de l'émotion par rapport à la résolution de problème. La dermatite atopique est alors un équivalent et un médiateur à cette demande anxieuse d'aide de l'extérieure et prend toute sa valeur d'expression émotive. Cette demande n'est évidemment pas sereine en raison d'une représentation non satisfaisante d'autrui chez le sujet insécure. Le style d'attachement préoccupé correspond le mieux à cette description clinique. Il s'agirait de l'aménagement le plus adapté, les modes de défense et de fonctionnement du style détaché étant alors vite débordés dans cette pathologie chronique prurigineuse.

Il est donc probable que l'anxiété manifestée par le patient avec dermatite atopique pérennisée soit en lien avec une insécurité d'attachement. Cette anxiété serait ainsi un facteur de personnalité en rapport avec l'insécurité d'attachement. Elle serait en rapport avec l'anxiété trait qui est régulièrement augmentée dans les études sur la dermatite atopique (*HASHIRO 1998, BRZOZA 2005, KIM 2006, BUSKE-KIRSCHBAUM 2008*).

Notons par ailleurs que l'ajustement au stress dépend de variables constitutionnelles et que l'anxiété en tant que trait de personnalité oriente le coping vers des stratégies centrées sur l'émotion (*BRUCHON-SCHWEITZER 2002*). Le coping utilisé dans la dermatite atopique est également décrit comme non adapté (*SCHEICH 1993*).

**Nous postulons ainsi en quatrième hypothèse que le sujet insécuré souffrant d'une dermatite atopique pérennisée présente préférentiellement une structure d'attachement de style préoccupée, avec un niveau d'anxiété-trait élevé et corrélé à la préoccupation. Son adaptation à l'environnement est caractérisée par une prépondérance à la prise en compte de l'aspect émotif.**

Le taux d'IgE est un marqueur du terrain atopique. Celui-ci se caractérise par des modifications du système immunitaire au stress. La signification des IgE est en rapport avec la sensibilisation aux allergènes environnementaux. Ceci n'explique pas les dermatites atopiques intrinsèques (environ 10%) où le taux d'IgE est normal. Il est intéressant de vérifier si des facteurs psychologiques peuvent intervenir dans la sécrétion de ces IgE, au même titre que sur d'autres variables du système immunitaire (taux de cortisol salivaire, taux d'éosinophiles...).

**Nous postulons en cinquième hypothèse que la sécrétion d'IgE est plus importante chez le sujet présentant une dermatite atopique pérennisée et une structure d'attachement insécuré préoccupée.**

#### **4-2 Hypothèses opérationnelles ;**

Le Q-sort selon KOBAK sera utilisé pour l'évaluation de la structure d'attachement. Le CAMIR sera utilisé lorsqu'il s'agira d'évaluer les représentations d'attachement lors de l'examen, ces représentations étant susceptibles d'évoluer dans le temps.

Les hypothèses opérationnelles sont ainsi les suivantes :

✓ **Hypothèse 1** : deux opérationnalisations possibles

- 1) Le score de sécurité des patients ayant eu une dermatite atopique, que celle-ci soit pérennisée ou pas, est comparable à celui des sujets de la population générale au Q-sort selon KOBAK.
- 2) Le score de sécurité au Q-sort selon KOBAK des patients adultes ayant eu une apparition de la dermatite atopique dans les trois premières années est comparable à celui des patients pour qui la date d'apparition est plus tardive (au-delà de trois ans).

✓ **Hypothèse 2** : deux opérationnalisations possibles :

- 1) Le cumul d'insécurité est plus important et le score de sécurité plus bas au CAMIR chez les patients présentant une pérennisation de leur dermatite atopique, par rapport aux patients ne présentant pas cette pérennisation.
- 2) Plus la durée de la maladie est longue, plus le retentissement sur les scores d'attachement au CAMIR est important (il existe une corrélation entre la durée de la maladie et les scores au CAMIR).

✓ **Hypothèse 3** :

Le score d'insécurité est plus important et le score de sécurité plus bas au Q-sort selon KOBAK chez les patients présentant une pérennisation de leur dermatite atopique, par rapport aux patients ne présentant pas cette pérennisation.

✓ **Hypothèse 4** : (le raisonnement de cette hypothèse se fait en terme structurel et le Q-sort selon KOBAK sera donc utilisé)

Le score d'attachement préoccupé est plus important chez le patient pérennisé par rapport au patient non pérennisé. Le score d'anxiété-trait est plus élevé chez les patients avec dermatite atopique pérennisée par rapport à ceux ayant guéris. Ce score d'anxiété-trait est corrélé avec le score d'insécurité d'ordre préoccupée. Le score du coping avec centration sur l'émotion chez les patients avec dermatite atopique pérennisée est plus élevé que chez les patients ayant guéri de leur dermatose.

- ✓ **Hypothèse 5 :** (nous ne savons pas si la sécrétion d'IgE est liée à un facteur psychologique dispositionnel ou d'adaptation. L'étude se fera donc avec le Q-sort selon *KOBAK* et avec le *CAMIR*).

Il existe un effet d'interaction entre le taux d'IgE et la pérennisation de l'eczéma sur le score de préoccupation: le score de préoccupation est d'autant plus élevé que le patient présente un eczéma pérennisé et qu'il présente un taux d'IgE augmenté. Chez les patients avec eczéma pérennisé, il existe une corrélation négative entre le taux d'IgE et le score de sécurité et une corrélation positive entre le taux d'IgE et le score de préoccupation.

#### **4-3 Méthode :**

Il s'agit d'une étude descriptive avec comparaison de 2 populations de 40 sujets adultes présentant une dermatite atopique.

Une première population présente une dermatite atopique pérennisée, la deuxième ayant une régression de la dermatite atopique à l'âge adulte après atteinte dans l'enfance.

Nous contrôlons ainsi le facteur atopie (terrain immunitaire génétique), l'ensemble des sujets des deux populations présentant celui-ci.

##### **4-3-1 Critères d'inclusion et de non inclusion**

###### ↪ **Critères d'inclusion**

Les sujets ont été recrutés en consultation de dermatologie libérale ou en consultation externe hospitalière au service de dermatologie de l'hôpital du Bocage à Dijon.

- ✓ Diagnostic clinique par un dermatologue de dermatite atopique selon les critères de *HANIFIN* et *RAJKA* pour la première population.
- ✓ Confirmation d'antécédent de dermatite atopique par recherche anamnestique et consultation du carnet de santé quand cela a été possible pour la deuxième population. Pour celle-ci, l'examen clinique effectué par un dermatologue doit confirmer l'absence de dermatite atopique évolutive avec un *SCORAD* < 5 (score de gravité de la dermatite atopique, *STALDER 1993*).

- ✓ Age de 18 à 69 ans.
  
- ✓ Patient francophone.

↳ **Critères de non inclusion**

- ✓ Antécédent d'hospitalisation ou de séparation effective des parents dans les trois premières années.
  
- ✓ Autre cause d'eczéma (de contact, médicamenteux, microbien, ...).
  
- ✓ Présence d'une autre pathologie, dermatologique ou autre, évolutive dans les trois premières années.
  
- ✓ Présence d'un trouble psychotique

**4-3-2 Descriptif de la population étudiée :**

**TABLEAU 9 : Données socio-démographiques et cliniques des populations étudiées :**

	<b>Pop. 1</b> (pérennisés) N=40	<b>Pop. 2 (non</b> <b>pérennisés)</b> N=40	<b>T ou</b> <b>chi 2</b>	<b>p</b>
<b>Age</b> (années) (écart-type)	32,10 (10,23)	41,6 (12,26)	-3,76	<u>0,00</u>
<b>Catégories d'âge</b> (années)				<u>0,02</u>
18-25	16	4		
26-35	9	12		
36-45	11	11		
46-55	3	8		
56-65	1	3		
≥ 66	0	2		
<b>Sexe</b> (Nb femmes)(%)	29 (72,5%)	30 (75%)		1
<b>Cat. Socio.professionnelle</b>				0,17
1 <i>agriculteur, exploitant ag.</i>	0	0		
2 <i>artisan, commerçant, chef d'ent.</i>	4	2		
3 <i>cadre, prof.supérieure</i>	5	6		
4 <i>profession intermédiaire</i>	12	18		
5 <i>employé</i>	7	6		
6 <i>ouvrier</i>	1	0		
7 <i>retraité</i>	0	4		
8 <i>autre sans activité prof.</i>	9	4		
<b>Niv d'études :-</b>				0,40
< 12 ans <i>sans le bac</i>	9	7		
12 ans <i>baccalauréat</i>	7	5		
13-15 ans <i>1ère année U. à licence</i>	14	22		
≥ 16 ans <i>M. et D.</i>	8	5		
<b>Année d'étude</b> (moyenne)	13,74 (2,82)	13,51 (2,36)	0,38	0,71
<b>Décès d'un parent</b> n/N (%)	12/40 (30%)	11/40 (27,5)		1
<b>% vivant en couple</b> n/N(%)	22/40 (55%)	27/39 (69,23%)		0,25
<b>% séparation/divorce</b> n/(%)	5 (12,5%)	11 (27,5%)		0,16
<b>Age de début</b> (mois) (écart-type)	31 (41,61)	25,63 (37,20)	0,61	0,55
<b>Début dans la première année</b> n/N(%)	22/39 (56,41%)	22/40 (55%)		1
<b>Début avant 5ans</b> n/N (%)	29/39 (74,36%)	32/40 ( 80%)		0,6
<b>Durée de la maladie</b> (années) (écart-type)	25,82 (11,38)	10,82 (7,99)	6,79	<u>0</u>
<b>Atteinte du visage</b> n (%)	28 (70%)	18 (45%)		<u>0,04</u>
<b>Influence du stress (élément étiologique)</b> n (%)	33 (82,5%)	17 (42,5%)		<u>0,00</u>
<b>Scorad</b>	42,85 (13,12)	0	20,66	<u>0</u>
<b>Xérose</b> n/N	39/40 (97,5%)	23/40 (57,5%)		<u>0</u>
<b>Dermographisme</b> n/N(%)				0,62
<i>aucun</i>	29 (80,56%)	34 (85%)		
<i>rouge</i>	1 (2,78%)	2 (5%)		
<i>blanc</i>	6 (16,67%)	4 (10%)		
<b>Atopie familiale</b> n (%)	30 (75%)	24 (60%)		0,23
<b>Ig E/N</b> (écart-type)	15,02 (32,89)	1,58 (1,73)	2,41	<u>0,02</u>
<b>IgE normales</b> n/N (%)	13/38 (34,21%)	20/35 (57,14%)		0,06

↪ la population 2 (sans eczéma pérennisé) est plus âgée que la population 1 de 9,5 ans ( $t = -3,76$ ,  $p = .0003$ ), avec une distribution inégale des catégories d'âge entre les deux groupes (notamment présence d'un nombre plus important de sujets jeunes âgés de 18 à 25 ans dans la population 1). Le facteur âge semble augmenter le score de sécurité (MICKELSON 1997). Cette différence d'âge entre les

deux populations est donc un biais possible avec augmentation du score de sécurité dans le groupe 2, venant diminuer la significativité de la différence observée entre les deux groupes. Une étude appariée sur l'âge pour les deux groupes permettrait le contrôle de ce facteur âge.

↳ Le taux de féminisation de la population 2 est légèrement plus élevé (75%) par rapport à la population 1 (72,5%), de manière non significative ( $p=1$ ). Ces valeurs correspondent à ce qui est habituellement observé dans les études sur la dermatite atopique, avec une prépondérance féminine. Elles se rapprochent notamment du taux de 68,5% observés par *RABUNG (2004)* sur 124 sujets présentant un eczéma. Par contre, ces taux sont nettement plus élevés que ceux de la population générale. *MICKELSON (1997)* observe que la femme a un score de sécurité plus important que l'homme. Ceci donne d'autant plus de significativité et de valeur aux scores d'insécurité observés dans nos deux groupes où 3 patients sur 4 sont des femmes.

↳ Il n'existe pas de différence de répartition entre les deux populations concernant les catégories socio-professionnelles. A noter l'absence d'exploitant agricole et la prééminence des professions intermédiaires.

↳ Il n'existe pas de différence entre les deux populations concernant le niveau d'étude. A noter une prépondérance de personnes ayant 13 à 15 ans d'étude dans les deux populations, surtout dans la population 2. Le nombre moyen d'années d'étude est sensiblement le même dans les deux populations (13,74 pour le groupe 1, 13,51 pour le groupe 2).

↳ Le pourcentage de sujets ayant perdu au moins un parent est équivalent dans les deux populations (30% groupe 1 versus 27,5% groupe 2).

↳ Le pourcentage de sujet vivant en couple dans la population 2 (69,23%) est supérieur à celui de la population 1 (55%), la différence n'étant pas significative ( $p=0,248$ ). Le pourcentage de séparation/divorce est deux fois plus important dans la population 2 (27,5%) par rapport à la population 1 (12,5%), la différence n'étant pas significative ( $p=.161$ ).

↳ L'âge de début de la dermatite atopique est plus tardif dans la population 1 par rapport à la population 2 (31 versus 25,63 mois, différence non significative :  $t=0,61$ ,  $p=.5465$ ). L'écart-type est également comparable dans les deux populations (41,61 groupe 1, 37,2 groupe 2).

↳ Le pourcentage de patients ayant une atteinte dès la première année est sensiblement le même (56,41% population 1 versus 55% population 2,  $p=1$ ), de même que la proportion de patients ayant une atteinte dans les 5 premières années (respectivement 76,36% versus 80%,  $p=0,6$ ). Ces chiffres sont comparables aux chiffres habituellement rencontrés dans les études sur la dermatite atopique (90% environ).

↳ La durée de la maladie est significativement plus longue dans la population 1 (25,82 années) par rapport à la population 2 (10,82 années) ( $p=0$ ), ce qui est logique dans le sens où les patients de ce groupe 1 ont un eczéma pérennisé.

↳ Les sujets de la population 1 ont une atteinte plus fréquente du visage (70%) que les sujets 2 (45%) (il s'agit dans le deuxième cas de données de l'interrogatoire ou observées sur le carnet de santé, avec donc une fiabilité moindre que la constatation clinique réalisée pour le groupe 1) (différence significative,  $p=0,0411$ ).

↳ L'influence perçue du stress dans le déclenchement ou l'aggravation de la dermatite atopique a été évaluée par une question ouverte posée sans orientation : « *Quels sont selon vous les facteurs déclenchants ou aggravants de votre eczéma ?* » «33 sujets sur 40 de la population 1 citent le facteur de stress psychologique, contre 17 sujets sur 40 de la population 2. Néanmoins il s'agit pour ces derniers d'une donnée d'anamnèse avec le risque de ne plus se souvenir. Cette différence de perception est significative ( $p=0.0004$ ).

↳ Le score de gravité (Scorad) de la population 1 est de 42,85, donc supérieur à 40 qui est le seuil de sévérité de l'eczéma atopique. Il s'agit donc de dermatites atopiques très significatives (Scorad supérieur à 15).

↳ La xérose est retrouvée chez presque tous les sujets ayant une dermatite atopique pérennisée (39 sujets sur 40, 97,5%) alors qu'elle n'est retrouvée que chez 23 patients sur 40 ayant guéris (57,5%) (différence significative,  $p=0$ ).

↳ Il n'existe pas de différence dans la présence d'un dermographisme, qu'il soit blanc ou rouge entre les deux populations.

↳ L'atopie familiale est définie par l'existence d'asthme, rhinite ou dermatite atopique chez les ascendants et co-latéraux. (les enfants sont exclus en raison de l'incidence du terrain du conjoint). La population 1 présente une atopie familiale pour 75% des cas, légèrement supérieure à la

population 2 (60%). Cette différence n'est pas significative ( $p=,2324$ ). Ces chiffres sont compatibles avec la littérature (FLOHR 2004).

↳ Les Ig E totales proviennent de divers laboratoires avec des normes différentes. Aussi seul le rapport Ig E sur norme du laboratoire concerné a été pris en compte. Le rapport moyen est très nettement augmenté dans la population 1 (15,02) par rapport à celui de la population 2 (1,58) ( $p=0,0184$ ), avec un écart-type du groupe 1 (32,89) très supérieur à celui du groupe 2 (1,73).

Le pourcentage de taux normal d'Ig E est plus élevé dans la population 2 par rapport à la population 1 (57,14% versus 34,21%), la différence étant tendancielle ( $p= 0,0619$ ). Cela laisse supposer un nombre plus élevé de dermatites atopiques intrinsèques dans la population 2.

↳ Sur les 80 patients inclus, 11 proviennent de la consultation hospitalière, 69 de consultations en dermatologie libérale. Les deux populations ne diffèrent pas de l'ensemble des sujets inclus sur les critères socio-démographiques

### **4-3-3 Outils utilisés**

#### **↳ Outils d'évaluation de l'attachement :**

Suite à l'étude princeps, nous avons décidé d'utiliser le Q-sort selon KOBAK, non dépendant à priori des variables socio-démographiques et testant l'aspect stable de la structure d'attachement (les modèles internes opérant selon BOWLBY), et le CAMIR pour l'évaluation des représentations d'attachement, aspect plus évolutif de l'attachement, ce test s'étant avéré plus sensible à l'histoire du sujet dans notre population de patient atopiques.

Ces deux tests ont été décrits dans l'étude princeps.

#### **↳ Evaluation psychopathologique par la SCL-90 R de DREYFUS et GUELFY :**

La première forme de la SCL-90 R fut éditée par DEROGATIS en 1973, puis modifiée en 1976 avec adjonction d'un facteur psychotique. Elle fut traduite en français par DREYFUS et GUELFY en 1984. Il s'agissait d'établir un instrument permettant de retrouver un certain nombre de dimensions psychopathologiques postulées a priori comme pertinentes, les symptômes « primaires », retrouvées par les auteurs à travers des analyses factorielles.

La SCL-90 R est ainsi formée de 90 phrases courtes composées de mots simples, décrivant des plaintes ou des symptômes divers pour lesquels le sujet doit choisir une des cinq réponses possibles, non, oui un peu, oui moyennement, oui beaucoup, oui extrêmement, définissant les degrés 0-1-2-3-4.

*DEROGATIS* en a extrait :

1/ Trois indices globaux de gravité :

- G.S.I. : Gravité globale : score total divisé par 90 ;
- P.S.T. : Diversité des symptômes : nombre de réponses autres que 0 ;
- P.S.D.I. : Degré de malaise : score total divisé par le P.S.T.

2/ La structure factorielle suivante :

- ✓ Somatisation (items 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58) reflétant l'éprouvé provenant de la perception du dysfonctionnement corporel ;
- ✓ Symptômes obsessionnel (items 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65) évaluant ce même syndrome ;
- ✓ Sensitivité interpersonnelle ou vulnérabilité (items 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73) correspondant au sentiment d'infériorité et d'inadéquation par rapport aux autres, anticipation dans les relations interpersonnelles ;
- ✓ Dépression (items 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79) évaluant le syndrome dépressif ;
- ✓ Anxiété (items 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86) appréciant l'anxiété, la tension ;
- ✓ Hostilité (items 11, 24, 63, 67, 74, 81) indiquant l'agressivité la tendance au passage à l'acte ;
- ✓ Phobies (items 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82) correspondant aux phobies sociales et l'agoraphobie ;
- ✓ Traits paranoïaques (items 8, 18, 43, 68, 76, 83) évaluant l'hostilité, la méfiance, l'égoïsme, la perte d'autonomie, les hallucinations et idées de grandeur ;
- ✓ Traits psychotiques (items 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90) reflétant les symptômes schizophréniques et le comportement schizoïde ;
- ✓ Les symptômes divers (items 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89) indiquant les symptômes aspécifiques, importants sur le plan psychopathologique.

Les notes de la SCL-90 R, qu'il s'agisse des indices globaux ou des sous échelles factorielles, sont indépendantes de l'âge, du niveau d'éducation, et du niveau social. Elles sont par contre influencées par le sexe et bien sûr la pathologie, ce qui a rendu nécessaire l'établissement de profils de référence pour les adolescents, les adultes normaux (hommes et femmes) et enfin des sujets psychiatriques, essentiellement consultants ambulatoires.

La consistance interne des 9 sous échelles apparaît, à travers divers travaux, excellente ; De même, la fidélité test-retest évaluée à différents temps est bonne sur une durée de 8 jours, ce qui paraît d'ailleurs un peu contradictoire avec le fait que la sensibilité au changement semble satisfaisante, ce qui ressortirait de différents essais thérapeutiques.

Il est demandé au sujet de remplir l'instrument, en fonction de ce qui l'a ennuyé ou préoccupé au cours de la semaine précédente et du jour même. La passation dure en principe ¼ d'heure. Les scores d'échelles sont calculés par sommation des notes d'items (degrés 0, 1, 2, 3, 4) divisés par le nombre d'items du facteur. Les indices globaux sont obtenus selon les formules indiquées ci-dessus. Les scores sont ensuite portés sur une feuille comportant les profils établis pour les échantillons de référence adolescents, adultes normaux, hommes ou femmes, adultes suivis en psychiatrie, afin de leur être comparés.

Sur le plan francophone, nous avons utilisé en population de référence celle de *TATU (1989)* (cf Annexe), qui a identifié trois groupes : sujets en bon état psychique et physique subjectif, sujets en bon état psychiques et mauvais état physique subjectif, sujets en mauvais état psychiques.

Il s'agit d'un outil largement utilisé et bien validé. Nous n'avons néanmoins pas de population témoin dermatologique, cette échelle étant influencée par la pathologie.

### ↳ **Evaluation de l'anxiété par l'inventaire Trait-Etat de SPIELBERGER (STAIY)**

Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 40 items, 20 évaluant l'anxiété trait (ce que ressent le sujet en général), 20 pour l'anxiété état (ce que ressent à l'instant le sujet). Nous utilisons la forme Y, publiée en 1983 et qui est la révision de la forme X créée en 1970 par *SPIELBERGER*. Les items ne concernent que l'aspect psychologique et non somatique de l'anxiété. Il n'existe donc pas de biais lors de l'étude d'une population guérie versus une population non guérie d'une pathologie. La forme Y a été validée sur 5000 sujets avec une bonne discrimination entre l'anxiété trait et état. La fidélité test-retest est meilleure pour l'anxiété trait (0,65-0,75) que pour l'anxiété état (0,34-0,62) mais la consistance interne des deux échelles s'avère excellente ( $\alpha > 0,90$ ) (*SPIELBERGER 1983*). L'échelle d'anxiété trait discrimine des groupes de patients psychiatriques de groupes de sujets normaux. L'échelle d'anxiété état donne des scores plus élevés en situation de stress. La version française de la forme Y a été adaptée par *BRUCHON-SCHWEITZER et PAULHAN (1993)* et présente une bonne validité ( $\alpha=0,71$ ) et fiabilité ( $\alpha=0,91$ ). Il s'agit d'une des échelles d'anxiété la plus utilisée en pratique clinique et en recherche, avec des items clairement définis, faciles à quantifier, un temps de passation court (30 mn pour les deux échelles). Elle est notamment très utilisée dans les études psychosomatiques.

L'anxiété état se définit comme un état transitoire comprenant des sentiments tels que l'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude, avec une grande sensibilité aux changements extérieurs. Elle est évaluée en terme d'intensité (Forme Y-A : réponse oui, plutôt oui, plutôt non, non). Elle définit la situation expérimentale en temps réel sur le plan de l'anxiété. L'anxiété trait fait référence à des disponibilités personnelles stables avec différences inter-individuelles. Les personnes présentant une anxiété trait basse sont moins sensibles aux événements stressants avec un meilleur contrôle perçu. Elle est évaluée en terme de fréquence (Forme Y-B : réponse presque toujours, souvent, parfois, presque jamais).

La cotation des deux échelles se fait de 1 (anxiété faible) à 4 (anxiété forte), certains items étant inversés. Les scores vont de 20 à 80 pour chacune des échelles et seront comparés aux moyennes obtenues auprès de 200 adultes (*BRUCHON-SCHWEITZER et PAULHAN 1993*) :

**TABLEAU 10 : Normes françaises de la STAI-Y**

STAI-Y version française	Anxiété-état Moyenne (écart type)	Anxiété-trait Moyenne (écart-type)
Hommes	35,73 (10,34)	41,86 (9,48)
Femmes	40,75 (10,32)	45,09 (11,11)

Il est possible également de classer les notes en 5 niveaux, de très faible ( $\leq 35$ ), faible (36 à 45), moyen (46 à 55), élevé (56 à 65), très élevé ( $> 65$ ).

#### ↳ **Evaluation du coping par la WCC-R de VITALIANO (1985)**

Il s'agit d'une version courte de la WCC (Ways of Coping Checklist) établie par *LAZZARUS et FOLKMAN (1984)*. Elle explore trois facteurs précis : le coping centré sur le problème (efforts, plans d'actions, se battre pour aboutir au but...), le coping centré sur l'émotion (évitement, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation ...) et la recherche de soutien social (soutien informatif, émotionnel, matériel...). Les coefficients de consistance interne sont très satisfaisants (0,72 à 0,82) avec des coefficients de fidélité test-retest à une semaine corrects (respectivement 0,90, 0,84, et 0,75). Le coping émotionnel est surtout utilisé par les sujets anxieux.

Il existe 27 items : 10 codant le coping sur le problème, 9 pour le coping centré sur l'émotion, 8 pour le soutien social. Ces items sont codés de 1 (réponse non), 2 (réponse plutôt non), 3 (réponse plutôt oui), 4 (réponse oui). Seul l'item 15 est inversé. Les scores sont comparés aux moyennes obtenues auprès de 468 adultes français des deux sexes (*COUSSON 1996*).

**TABLEAU 12 : Normes françaises du WCC**

WCC	Coping problème Moyenne (écart-type)	Coping émotion Moyenne (écart-type)	Recherche soutien Moyenne (écart-type)
Hommes (N=221)	28,04 (5,71)	20,22 (5,49)	25,50 (5,04)
Femmes (N=247)	27,79 (6,78)	21,70 (5,60)	20,20 (4,76)

#### **4-3-4 Procédure et méthode de recueil des données**

Cette étude n'ayant pas de bénéfice direct pour le sujet, elle sort du cadre de la loi HURIET.

Le comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale de Bourgogne (Pr *MARTIN*) a néanmoins été avisé de celle-ci, avec accord donné sous les conditions habituelles d'information du sujet et de confidentialité des données.

L'information au patient et la fiche de consentement éclairée sont données au sujet lors d'une visite dermatologique classique.

L'inclusion est ensuite faite lors d'une visite ultérieure avec établissement d'une fiche médicale, reprenant les antécédents familiaux, personnels, l'histoire anamnestique de la dermatite atopique, sa localisation, sa gravité (SCORAD) et le bilan allergologique réalisé (notamment le dosage des Ig E totales). Les facteurs perçus par le patient comme déclenchant ou aggravant les poussées sont notés.

Un auto questionnaire anamnestique est rempli, reprenant les évènements marquants de l'existence.

Le questionnaire de santé G.H.Q. 28 de GOLDBERG est également rempli afin d'évaluer une éventuelle discordance des tests selon des facteurs dispositionnels transitoires du moment (surmenage, fatigue,...).

L'entretien d'attachement est ensuite réalisé en reprenant l'ensemble des items de l'A.A.I. selon *MAIN*. Des questions sur le vécu de l'eczéma terminent cet entretien qui durera entre 45 et 90 mn selon le sujet.

Un enregistrement est réalisé avec une retranscription ultérieure « in extenso » de l'entretien. L'examineur cotera le Q SORT de *KOBAC* sur cette retranscription.

Une deuxième visite d'une heure environ consistera au remplissage du questionnaire du CAMIR, de la SCL90, de la STAIY et du WCC.

Une troisième visite de restitution des renseignements donnés par les différents tests est prévue par la suite.

#### **4-3-5 Méthode d'analyse et de traitement des données**

Les données ont été analysées avec le logiciel STATISTICA pour Windows.

Les différentes variables issues des tests et des échelles sont analysées statistiquement dans le but de comparer les deux groupes de patients. Pour une variable catégorielle on utilise la méthode du  $\chi^2$  ou de Fisher exact pour les tableaux de fréquences. Pour une variable quantitative, on utilise soit le test t de *STUDENT*, soit une analyse de la variance, soit des méthodes non paramétriques (*MANN-WHITNEY*, *KRUSKA-WALLIS*). Le choix d'une procédure statistique tient compte des conditions de leur validation telles que l'hypothèse de normalité, d'homocédacité, etc... Nous avons également analysé les corrélations entre variables dépendantes en utilisant soit des corrélations linéaires (*PEARSON*) ou des corrélations non paramétriques (*SPEARMANN*).

Pour certaines variables saillantes, nous avons noté des significativités tendancielle (p<.1) par le sigle (t).

Le nombre de sujets à inclure a été fixé à 40 par groupes de façon à pouvoir utiliser les tests statistiques classiques dans leurs conditions de puissance et de robustesse.

L'hypothèse de normalité des variables dépendantes étudiées est vérifiée en utilisant selon le contexte (taille de l'échantillon) soit un test de *SHAPIRO-WILK*, soit un test de *LILLIEFORS* ou un test du chi-deux. Quelquefois l'hypothèse de normalité est mise à défaut à cause de la présence de deux valeurs très aberrantes et principalement au niveau du dosage des IgE rapporté à la norme (valeurs très élevées par rapport au reste de la population). Ces deux observations ont été écartées pour ces analyses. Dans le cas où le test de normalité est presque significatif, nous avons confirmé les résultats des tests t de *STUDENT* par un test U de *MANN-WHITNEY* qui a systématiquement confirmé les résultats.

La validité du codage du Q-sort selon *KOBAK* a été vérifiée par l'étude de la fidélité inter-cotateur sur 20 sujets tirés au hasard parmi les 80 patients de l'étude. Deux psychologues cliniciens (dont Professeur Hervé *BENONY*) ont codés indépendamment les 20 A.A.I. et à l'aveugle quant au type de groupe concerné. La fidélité entre chaque codeur et le codage de l'étude, basée sur le *r* de *PEARSON* (coefficient de corrélation intra-classes) est de 0,87 et de 0,93, indiquant une bonne fidélité inter-juges selon les critères de *SHROUT* et *FLEISS* (1979).

#### **4-3-6 Calendrier**

Les inclusions des sujets ont débuté en 2006 et se sont terminées en mars 2011.

Nous avons noté 14 refus de participation au protocole dont 8 dermatites atopiques évolutives. Ces derniers sujets présentaient manifestement une anxiété et un « nomadisme médical », fréquemment observé dans cette pathologie.

Le refus a été soit verbalisé, soit manifesté dans le fait de ne pas venir aux consultations. La réticence au protocole était parfois plus manifestée par la mère accompagnante que par le sujet lui-même, avec une relation dyadique fusionnelle manifeste.

Il s'agit donc d'un biais de recrutement, les patients avec un eczéma pérennisé et ayant refusé le protocole nous paraissant particulièrement « prototypique » de la description clinique dont est partie l'idée de cette recherche.

# ***RESULTATS***

# 1 TABLEAUX RECAPITULATIFS

**TABLEAU 13 : Comparaison population 1/ population 2 :**

	<b>Pop.1 (Pérennisés) N = 40</b>	<b>Pop. 2 (Non pérennisés) N = 40</b>	<b>T test t</b>	<b>p</b>
<b>KOBAK</b>				
Sécure	- 0,0893 (0,331)	0,2872 (0,327)	-5,12	.00
Détaché	0,0575 (0,321)	-0,1622 (0,298)	3,17	.00
Préoccupé	- 0,0988 (0,242)	- 0,2398 (0,284)	2,39	0.02
<b>CAMIR</b>				
Sécurisé	47,96 (9,11)	47,80 (10,51)	0,07	0,94
Détaché	50,51 (9,87)	52,02 (12,1)	-0,61	0,54
Préoccupé	52,29 (10,65)	53,17 (11,30)	-0,36	0,72
Indice stratégie secondaire	0,091 (0,221)	0,085 (0,251)	0,10	0,92
Cumul des insécurités	-0,139 (0,271)	-0,074 (0,314)	-0,99	0,33
<b>SCL90-R</b>				
Somatisation	0,57 (0,47)	0,3 (0,31)	2,95	0,00
Obsessionnel	0,7 (0,63)	0,46 (0,39)	1,96	0,05
Sensitivité interpersonnelle	0,8 (0,64)	0,49 (0,54)	2,24	0,03
Dépression	0,74 (0,62)	0,56 (0,56)	1,35	0,18
Anxiété	0,67 (0,67)	0,31 (0,31)	3,04	0,00
Hostilité	0,58 (0,57)	0,34 (0,34)	2,26	0,03
Phobie	0,39 (0,6)	0,19 (0,32)	1,76	0,08
T. Paranoïaques	0,83 (0,66)	0,52 (0,59)	2,13	0,04
T. Psychotiques	0,28 (0,35)	0,17 (0,3)	1,43	0,16
Divers	0,77 (0,56)	0,47 (0,45)	2,54	0,01
GSI	0,63 (0,43)	0,35 (0,24)	3,36	0,00
PST	33,05 (17,56)	23,11 (14,5)	2,66	0,01
PSDI	1,57 (0,41)	1,33 (0,31)	2,80	0,01
<b>STAI</b>				
STAI-YA	40,51 (15,37)	34,68 (10,07)	1,93	0,06
STAI-YB	44,32 (11,90)	40,35 (9,50)	1,59	0,06 <sup>a</sup>
<b>WCC</b>				
Problème	29,35 (4,81)	28,51 (6,49)	0,63	0,53
Emotion	23,14 (5,85)	20,86 (5,87)	1,67	0,05 <sup>a</sup>
Soutien social	22,97 (4,72)	20,59 (5,24)	2,05	0,04

a : hypothèse orientée

**TABLEAU 14 : Comparaison population 1+2/ Population témoin :**

	Pop.1+2 (Pérennisés et non pérennisés) N = 40	Population témoin	T test t	p
<b>KOBAK</b>				
Sécuré	0,099 (0,378)	0,0695 (0,488)	0,43	0,67
Détaché	0,0523 (0,327)	0,0014 (0,457)	-0,86	0,39
Préoccupé	- 0,1693 (0,272)	-0,0507 (0,293)	-2,66	0,01
<b>CAMIR</b>				
Sécurisé	47,881 (9,772)	50 (10)	-1,94	0,06
Détaché	51,265 (11,014)	50 (10)	1,03	0,31
Préoccupé	52,729 (10,916)	50 (10))	2,24	0,03
Indice stratégie secondaire	0,0879 (0,235)	0,110	-0,84	0,4
Cumul des insécurités	-0,1066 (0,293)	-0,190	2,54	0,01
<b>SCL90-R</b>				
Somatisation	0,438 (0,417)	0,34 (0,33)	2,49	0,00
Obsessionnel	0,576 (0,534)	0,37 (0,39)	4,67	0,00
Sensitivité interpersonnelle	0,647 (0,606)	0,39 (0,38)	5,80	0,00
Dépression	0,651 (0,595)	0,26 (0,31)	10,74	0,00
Anxiété	0,489 (0,549)	0,26 (0,31)	6,49	0,00
Hostilité	0,460 (0,486)	0,35 (0,37)	2,61	0,00
Phobie	0,294 (0,490)	0,15 (0,23)	5,38	0,00
T. Paranoïaques	0,672 (0,638)	0,30 (0,36)	9,09	0,00
T. Psychotiques	0,222 (0,327)	0,10 (0,18)	5,85	0,00
Divers	0,623 (0,528)	0,31 (0,26)	10,67	0,00
GSI	0,492 (0,374)	0,29 (0,25)	7,01	0,00
PST	28,081 (16,758)	19,62 (14,16)	5,14	0,00
PSDI	1,450 (0,384)	1,33 (0,29)	3,63	0,00
<b>STAI</b>				
STAI-YA (Hommes)	36,11 (11,75)	35,73 (10,34)	0,14	0,89
STAI-YA (Femmes)	38,07 (13,74)	40,75 (10,32)	-1,46	0,15
STAI-YB (Hommes)	40,89 (12,81)	41,86 (9,48)	-0,32	0,75
STAI-YB (Femmes)	42,80 (10,26)	45,09 (11,11)	-1,67	0,10
<b>WCC</b>				
Problème (Hommes)	28,61 (5,91)	28,04 (5,71)	0,41	0,69
Problème (Femmes)	29,04 (5,67)	27,79 (6,78)	1,64	0,11
Emotion (Hommes)	20,06 (6,61)	20,22 (5,49)	-0,11	0,92
Emotion (Femmes)	22,63 (5,62)	21,7 (5,60)	1,23	0,22
Soutien social (Hommes)	20,5 (4,67)	25,5 (5,04)	-4,54	0,00
Soutien social (Femmes)	22,2 (5,19)	20,2 (4,76)	2,88	0,01

**TABLEAU 15 : Comparaison population 1/ Population témoin :**

	Pop.1 (Pérennisés) N = 40	Population témoin	T test t	p
<b>KOBAK</b>				
Sécure	- 0,0893 (0,331)	0,0695 (0,488)	-1,86	0,03
Détaché	0,0575 (0,321)	0,0014 (0,457)	0,7	0,24
Préoccupé	- 0,0988 (0,242)	-0,0507 (0,293)	-0,9	0,19
<b>CAMIR</b>				
Sécurisé	47,96 (9,11)	50 (10)	-1,42	0,16
Détaché	50,51 (9,87)	50 (10)	0,33	0,75
Préoccupé	52,29 (10,6)	50 (10))	1,36	0,18
Indice stratégie secondaire	0,091 (0,221)	0,110	-0,56	0,58
Cumul des insécurités	-0,139 (0,271)	-0,190	1,19	0,24
<b>SCL90-R</b>				
Somatisation	0,57 (0,47)	0,34 (0,33)	4,27	0,00
Obsessionnel	0,7 (0,63)	0,37 (0,39)	5,17	0,00
Sensitivité interpersonnelle	0,8 (0,64)	0,39 (0,38)	6,59	0,00
Dépression	0,74 (0,62)	0,26 (0,31)	9,41	0,00
Anxiété	0,67 (0,67)	0,26 (0,31)	8,26	0,00
Hostilité	0,58 (0,57)	0,35 (0,37)	3,88	0,00
Phobie	0,39 (0,6)	0,15 (0,23)	6,38	0,00
T. Paranoïaques	0,83 (0,66)	0,30 (0,36)	9,07	0,00
T. Psychotiques	0,28 (0,35)	0,10 (0,18)	5,97	0,00
Divers	0,77 (0,56)	0,31 (0,26)	11,12	0,00
GSI	0,63 (0,43)	0,29 (0,25)	8,35	0,00
PST	33,05 (17,56)	19,62 (14,16)	5,77	0,00
PSDI	1,57 (0,41)	1,33 (0,29)	5,12	0,00
<b>STAI</b>				
STAI-YA (Hommes)	39,22 (13,03)	35,73 (10,34)	0,80	0,22
STAI-YA (Femmes)	40,93 (16,25)	40,75 (10,32)	0,06	0,48
STAI-YB (Hommes)	45,89 (15,19)	41,86 (9,48)	0,80	0,22
STAI-YB (Femmes)	43,82 (10,91)	45,09 (11,11)	-0,62	0,27
<b>WCC</b>				
Problème (Hommes)	29,33 (4,85)	28,04 (5,71)	0,80	0,45
Problème (Femmes)	29,35 (4,89)	27,79 (6,78)	1,69	0,10
Emotion (Hommes)	22,00 (5,83)	20,22 (5,49)	0,92	0,097 <sup>a</sup>
Emotion (Femmes)	23,50 (5,92)	21,7 (5,60)	1,61	0,03 <sup>a</sup>
Soutien social (Hommes)	22,67 (4,00)	25,5 (5,04)	-2,13	0,03
Soutien social (Femmes)	23,07 (4,99)	20,2 (4,76)	3,05	0,00

**TABLEAU 16 : Comparaison population 2/ Population témoin :**

	Pop.2 (Non Pérennisés) N = 40	Population témoin	T test t	p
<b>KOBAK</b>				
Sécure	0,2872 (0,327)	0,0695 (0,488)	2,55	0
Détaché	-0,1622 (0,298)	0,0014 (0,457)	-2,06	0,02
Préoccupé	- 0,2398 (0,284)	-0,0507 (0,293)	-3,37	0
<b>CAMIR</b>				
Sécurisé	47,80 (10,50)	50 (10))	-1,32	0,19
Détaché	52,02 (12,13)	50 (10)	1,05	0,3
Préoccupé	53,17 (11, 30)	50 (10)	1,77	0,08
Indice stratégie secondaire	0,085 (0,251)	0,110	-0,62	0,54
Cumul des insécurités	-0,074 (0,314)	-0,190	2,33	0,03
<b>SCL90-R</b>				
Somatisation	0,3 (0,31)	0,34 (0,33)	-0,75	0,23
Obsessionnel	0,46 (0,39)	0,37 (0,39)	1,43	0,08
Sensitivité interpersonnelle	0,49 (0,54)	0,39 (0,38)	1,62	0,06
Dépression	0,56 (0,56)	0,26 (0,31)	5,79	0,00
Anxiété	0,31 (0,31)	0,26 (0,31)	0,93	0,18
Hostilité	0,34 (0,34)	0,35 (0,37)	-0,19	0,43
Phobie	0,19 (0,32)	0,15 (0,23)	1,22	0,11
T. Paranoïaques	0,52 (0,59)	0,30 (0,36)	3,78	0,00
T. Psychotiques	0,17 (0,3)	0,10 (0,18)	2,30	0,01
Divers	0,47 (0,45)	0,31 (0,26)	3,96	0,00
GSI	0,35 (0,24)	0,29 (0,25)	1,56	0,06
PST	23,11 (14,5)	19,62 (14,16)	1,50	0,07
PSDI	1,33 (0,31)	1,33 (0,29)	0,02	0,49
<b>STAI</b>				
STAI-YA (Hommes)	33,00 (10,09)	35,73 (10,34)	-0,81	0,44
STAI-YA (Femmes)	35,21 (10,18)	40,75 (10,32)	-2,88	0,01
STAI-YB (Hommes)	35,89 (7,83)	41,86 (9,48)	-2,29	0,05
STAI-YB (Femmes)	41,79 (9,66)	45,09 (11,11)	-1,81	0,08
<b>WCC</b>				
Problème (Hommes)	27,89 (7,04)	28,04 (5,71)	-0,06	0,95
Problème (Femmes)	28,71 (6,43)	27,79 (6,78)	0,76	0,45
Emotion (Hommes)	18,11 (7,10)	20,22 (5,49)	-0,89	0,40
Emotion (Femmes)	21,75 (5,26)	21,7 (5,60)	0,05	0,96
Soutien social (Hommes)	18,33 (4,44)	25,5 (5,04)	-4,84	0,00
Soutien social (Femmes)	21,32 (5,33)	20,2 (4,76)	1,11	0,28

## **2. RESULTATS CONCERNANT LES HYPOTHESES :**

**2.1 Première hypothèse : il n'existe pas d'augmentation du risque de structure d'attachement de type insécure à l'âge l'adulte par l'apparition d'une dermatite atopique lors des trois premières années de vie.**

*Opérationnalisation 1* : la population de patients adultes, qu'ils aient guéris ou pas de leur eczéma atopique, ont un score de sécurité comparable à celui de la population normale au Q-sort selon KOBAK :

La population globale (1+2) ne présente pas de différence de score de sécurité par rapport à la population témoin de *PIERREHUMBERT*. Dans la population générale de sujets ayant eu un eczéma atopique, les patients ayant guéris (=groupe 2) sont plus représentés que ceux ayant un eczéma pérennisé, dans une proportion peu étudiée et non établie (en moyenne il est commun de dire que 9 patients sur 10 guérissent de leur dermatite atopique à l'âge adulte). Une correction des scores d'attachement en augmentant le poids de la population 2 dans notre population globale n'aurait d'autre effet que d'augmenter le score de sécurité.

L'hypothèse de l'absence de retentissement de la dermatite atopique sur l'élaboration de la structure d'attachement est donc confirmée dans cette opérationnalisation.

*Opérationnalisation 2* : Le score de sécurité au Q-sort selon KOBAK des patients adultes ayant eu une apparition de la dermatite atopique dans les trois premières années est comparable à celui des patients pour qui la date d'apparition est plus tardive (au-delà de trois ans).

Résultats au Q-sort selon KOBAK :

L'apparition avant un an de la dermatite atopique n'influe pas sur les taux de sécurité, d'insécurité détachée et préoccupée. Il en est de même si l'âge d'apparition est situé avant trois ans et avant cinq ans.

Il n'existe pas d'interaction entre le fait d'avoir guéri ou pas de son eczéma et l'âge d'apparition avant un an sur les scores d'attachement. Il en est de même pour un âge d'apparition avant trois ans, et avant cinq ans.

Il n'existe pas de corrélation entre l'âge d'apparition et les scores de sécurité et d'insécurité.

*Ainsi l'hypothèse de l'absence de retentissement de la dermatite atopique sur la nature de l'attachement qui s'établit dans l'enfance est également confirmée avec cette opérationnalisation.*

Une dermatite atopique apparaissant dans l'enfance ne semble donc pas retentir sur la nature de la structure d'attachement.

La dermatose pourrait être alors considérée comme un facteur venant renforcer ou tout du moins participer à l'interaction mère-enfant dont la qualité va influencer sur l'attachement.

Néanmoins, la répercussion d'une maladie sur la structure d'attachement est également probablement corrélée avec l'importance, la gravité des symptômes, ainsi que leur durée.

De même, l'ajustement des parents à la maladie de leur enfant, la structure d'attachement de la mère sont autant d'autres facteurs potentiellement agissant. Tous ces facteurs ne sont pas pris en compte dans ce travail.

Enfin, il est impossible de contrôler les facteurs d'insécurité sur une anamnèse, en raison des oublis du patient concernant son histoire.

Ces résultats doivent donc être relativisés et devront être confirmés par une étude de la structure d'attachement chez de jeunes enfants présentant une dermatite atopique.

A noter que ces réserves sont moins pertinentes concernant la deuxième opérationnalisation avec recherche d'une corrélation entre l'attachement et la date de début de la dermatose. *L'absence de cette corrélation sur une population de 80 adultes est un argument fort pour évoquer un non retentissement de la dermatite atopique sur l'attachement dans l'enfance.*

## **2.2 Deuxième hypothèse : la dermatite atopique a une répercussion sur les représentations d'attachement chez l'adulte :**

Il s'agit ainsi d'étudier la répercussion de la dermatite atopique sur la structure d'attachement au temps de l'examen.

***Opérationnalisation 1 :*** Le cumul d'insécurité est plus important et le taux de sécurité plus bas au CAMIR chez les patients présentant une pérennisation de leur dermatite atopique, par rapport aux patients ne présentant pas cette pérennisation.

### Résultats au CAMIR :

Il n'existe pas de différence significative au niveau des scores des trois dimensions de sécurité entre les groupes 1 et 2 ainsi qu'au niveau des deux indices calculés.

Par ailleurs, la population 1+2 a un taux de sécurité inférieur à la population standard, avec un score de préoccupation et un cumul de score d'insécurité supérieur.

Il en est de même pour les groupes 1 et 2 pris séparément sans significativité apparente en raison d'un effet d'échantillon. Le cumul des scores d'insécurité n'est pas différent de celui de la population témoin dans le groupe 1 alors qu'il est plus élevé dans le groupe 2.

Ceci ne peut pas être un biais lié à l'âge plus élevé de cette population, le cumul d'insécurité n'étant pas corrélé avec l'âge dans cette population 2.

**En résumé il n'existe pas de différence entre les groupes 1 et 2. Néanmoins par rapport à la population standard, les deux populations ont un score abaissé de sécurité, augmenté de préoccupation, avec un indice de stratégie secondaire d'ordre ni détachée ni préoccupée et paradoxalement un score de cumul d'insécurité augmenté uniquement dans la population des patients sans eczéma pérennisé<sup>a</sup>.**

a : nous remarquons que concernant les scores au CAMIR, l'âge est corrélé négativement avec la sécurité et positivement avec le cumul des insécurités dans le groupe 1 uniquement : ce groupe étant plus jeune que le groupe 2, une correction en fonction de l'âge aurait pour effet de diminuer son score de sécurité et d'augmenter le cumul des insécurités, lissant la différence observée de ce dernier indice avec la population 2.

Quel est le facteur expliquant cette baisse de sécurité des deux groupes?

Le facteur commun entre ces deux populations est la présence d'un terrain atopique (extrinsèque et intrinsèque) et la présence d'une dermatite atopique dans l'enfance. Le CAMIR pourrait mesurer alors des représentations d'ordre insécures liées au retentissement de la dermatite atopique dans l'enfance, mais sans rapport avec la présence d'un eczéma pérennisé ou pas. Ce retentissement ne serait pas d'ordre structurel puisque les scores au CAMIR dans la population 1+2 ne sont pas corrélés avec l'âge d'apparition. Dans les groupes 1 et 2 pris séparément, il existe seulement une corrélation positive et tendancielle dans le groupe 1 avec le score de détachement (plus l'âge de début est élevé, plus le score de détachement est élevé dans ce groupe 1, illustrant bien le fait que le détachement mesuré au CAMIR est une représentation évolutive dans le temps et susceptible d'être modifié par la maladie, avec une répercussion d'autant plus importante que le stade de développement cognitif de l'enfant est avancé).

Les scores au CAMIR reflètent donc bien une répercussion sur les représentations d'attachement évolutive avec le développement du sujet, durable dans le temps et à priori sans rapport avec le facteur structurel d'attachement.

**Il existe donc une répercussion sur les représentations d'attachement mesurées au CAMIR, non liée à la présence ou pas d'un eczéma pérennisé et qui peut être mis en rapport soit avec la présence d'un terrain atopique qu'il soit extrinsèque ou intrinsèque, soit avec le fait d'avoir eu une dermatite atopique dans l'enfance avec un retentissement durable dans le temps, mais non lié à l'élaboration de la structure d'attachement avant trois ans.**

*L'hypothèse d'un retentissement sur les représentations d'attachement est validée, mais avec une opérationnalisation 1 non adaptée en raison du fait que la présence ou pas de l'eczéma n'intervient pas dans ce retentissement de la maladie.*

*Opérationnalisation 2* : plus la durée de la maladie est longue, plus le retentissement sur la structure d'attachement est important (il existe une corrélation entre la durée de la maladie et les scores au CAMIR).

#### Résultats au CAMIR :

La durée globale n'est pas corrélée avec les scores au CAMIR dans la population 2.

Par contre dans la population 1, elle est corrélée négativement avec la sécurité et positivement avec la préoccupation. Par ailleurs, le cumul d'insécurité augmente avec la durée de la maladie et l'indice de stratégie secondaire au CAMIR est corrélé négativement : ainsi plus la durée de la maladie augmente, plus l'insécurité augmente avec une orientation de la stratégie secondaire vers la préoccupation. *Ces résultats au CAMIR sont donc probablement dus au retentissement de la dermatose qui oriente le fonctionnement des représentations d'attachement vers une insécurité préoccupée.*

Cette population 1 semble plus sensible au niveau du retentissement de la maladie que la population 2, pour laquelle la durée de la maladie ne semble pas avoir d'action sur les représentations d'attachement au CAMIR. Ceci peut être le reflet d'une différence structurelle d'attachement entre les deux groupes.

*Cette opérationnalisation 2 valide notre hypothèse uniquement pour le groupe 1, peut être pour une raison de différence de structure d'attachement entre les deux groupes qui va être explorée par l'hypothèse 3.*

**2.3 Troisième hypothèse: la présence d'une insécurité d'attachement est un facteur prédictif de pérennisation à l'âge adulte d'une dermatite atopique (un patient sécure a plus de chance de guérir de sa dermatite atopique). L'eczéma atopique peut ainsi être l'expression somatique d'une insécurité d'attachement.**

*Opérationnalisation* : Le score d'insécurité au Q-sort selon KOBAC est plus important chez les patients présentant une pérennisation de leur dermatite atopique, par rapport aux patients ne présentant pas de pérennisation. Le taux de sécurité est plus bas chez le sujet pérennisé par rapport au sujet non pérennisé.

### Résultats au Q-sort selon KOBAK :

La population de patients présentant un eczéma pérennisé a un score moyen de sécurité plus bas, de détachement et de préoccupation plus élevé que celle de patients avec un eczéma non pérennisé au Q .SORT selon KOBAK.

Par comparaison avec la population témoin de *PIERREHUMBERT*, la population 1 est moins sûre, la population 2 plus sûre, moins détachée et moins préoccupée.

La population 2 étant significativement plus âgée, il convient de vérifier l'incidence de l'âge sur la mesure au Q-sort selon KOBAK :

Il n'existe pas de corrélation entre l'âge et les scores du KOBAK dans le groupe 2: donc l'âge n'intervient pas dans cette population. Par contre il est corrélé négativement avec la sécurité et positivement avec le détachement dans le groupe 1.

La correction des scores de la population 1 plus jeune que la population 2 irait dans le sens d'une diminution de son score de sécurité, une augmentation du score de détachement sans modification du score de préoccupation.

Nous pouvons donc considérer que la différence d'âge n'est pas un biais gênant dans l'interprétation de l'hypothèse testée.

**Ainsi les sujets dont la dermatite atopique est pérennisée sont plus insécures détachés, plus insécures préoccupés et moins sûre que les sujet guéris.**

Si nous considérons le fait que l'enfant en âge préscolaire et présentant un eczéma atopique n'est pas plus insécure que l'enfant sain (*DAUD 1993, ZANGHERI 2001, RABUNG 2004*) et que la structure d'attachement est stable dans le temps (*BOWLBY 1969*), la seule explication d'une augmentation d'insécurité chez l'adulte avec eczéma atopique réside dans la spécificité de cette population ne guérissant pas, à savoir une structure d'attachement ne permettant pas la guérison de la dermatose. Cette hypothèse est renforcée par le fait que la population de sujet guéris est plus sûre que la population non guérie.

***La troisième hypothèse est validée : une structure insécure est un facteur de risque pour la pérennisation de la dermatite atopique à l'âge adulte.***

**2.4 Quatrième hypothèse : le sujet insécure souffrant d'une dermatite atopique pérennisée est plus préoccupé que le sujet guéri. Son niveau d'anxiété-trait est d'autant plus élevé que sa préoccupation est importante. Son adaptation à l'environnement est caractérisée par une prépondérance à la prise en compte de l'aspect émotif.**

*Opérationnalisation* : Au Q-sort selon KOBAK le score d'attachement préoccupé est plus important chez le patient présentant une dermatite atopique pérennisée par rapport au patient guéri. Il existe une corrélation entre l'attachement insécure préoccupé au Q-sort selon KOBAK et le score d'anxiété trait à la STAIY. L'anxiété trait est supérieure chez le patient avec eczéma pérennisé par rapport au patient « guéri ».

Le score du coping avec centration sur l'émotion chez les sujets avec dermatite atopique pérennisée est supérieur chez le sujet pérennisé par rapport au patient « guéri ».

Résultat au Q-sort selon KOBAK :

Le score de préoccupation des sujets du groupe 1 est supérieur à celui du groupe 2 confirmant la première partie de l'hypothèse.

Résultats de la STAY :

Il existe une corrélation entre l'anxiété trait et l'insécurité préoccupée au Q-sort selon KOBAK.

Les scores d'anxiété état et anxiété trait sont plus importants dans le groupe 1 par rapport au groupe 2. *L'hypothèse d'une anxiété trait de personnalité chez le sujet avec une dermatite atopique pérennisée se confirme ainsi. Elle est ainsi associée avec une augmentation du score de préoccupation.*

L'augmentation du score d'anxiété état dans le groupe pérennisé par rapport au groupe non pérennisé peut être interprétée comme un retentissement de la maladie.

Par contre la durée de la maladie influe sur les scores d'anxiété état et trait : plus cette durée est longue, plus l'anxiété état et trait sont importantes. Ceci est aisément explicable pour l'anxiété état qui est considérée comme secondaire à la maladie.

L'augmentation par la durée de la maladie de l'anxiété trait peut être interprétée comme la majoration par la maladie d'un trait de personnalité préexistant. Mais elle peut être interprétée d'une autre manière : une anxiété trait élevée est un facteur pouvant allonger la durée de la maladie.

Nous avons alors un autre facteur favorisant la pérennisation de la dermatite atopique, à savoir l'anxiété trait.

Cette anxiété trait étant par ailleurs fortement corrélée avec les scores d'attachement (négativement avec la sécurité, positivement avec le détachement et la préoccupation avec une significativité très forte avec cette dernière), nous pouvons supposer qu'**il existe une association anxiété trait-préoccupation forte en terme structurel chez le sujet avec eczéma pérennisé.**

Il convient également de comparer les scores obtenus avec ceux de la population générale :

L'anxiété état est abaissée pour les femmes du groupe 2, l'anxiété trait est abaissée chez les hommes et les femmes du groupe 2 (significativité tendancielle pour ces dernières).

Cette diminution de l'anxiété trait est à rapprocher de l'augmentation de la sécurité dans ce groupe 2, ces deux dimensions étant fortement corrélée dans notre étude : **ceci parle d'une structure particulière du patient non pérennisé au niveau de son eczéma, à savoir une sécurité d'attachement avec une anxiété trait inférieure à la norme.**

Par ailleurs le niveau d'anxiété état et trait n'est pas augmenté dans la population 1 par rapport à la population générale. Ceci ne semble pas concordant avec l'augmentation de l'insécurité dans cette population vu les corrélations styles d'attachement-anxiété sus citées. Nous pouvons alors supposer à ce niveau l'importance du symptôme eczéma chez ces patients, symptôme physique permettant l'expression d'une dimension psychique (l'anxiété) avec ainsi normalisation des scores de cette dernière aux tests : **L'eczéma permettrait à ces patients insécures de vivre « corporellement » leur anxiété pour ne pas avoir à la manifester psychiquement.**

#### Résultats du WCC :

Les patients avec eczéma pérennisés utilisent le coping centré sur l'émotion et la recherche de soutien de manière plus importante que les patients guéris.

A noter que la préoccupation au Q-sort selon *KOBAC* n'est corrélée avec aucun des trois types de coping ce qui n'est pas le cas de la préoccupation au *CAMIR*. Il semble donc que l'ajustement du coping centré sur l'émotion ne soit pas en rapport avec une structure d'attachement préoccupée, mais plutôt en rapport avec le retentissement de la maladie sur les représentations d'attachement avec stratégie secondaire d'ordre préoccupée.

**Ainsi notre hypothèse est validée : le sujet avec eczéma pérennisé a un score structurel de préoccupation supérieur à celui qui a guéri, avec une anxiété trait plus élevée et corrélée avec la préoccupation.**

**Il utilise plus le coping centré sur l'émotion, cet ajustement étant par contre en rapport avec un score de préoccupation plus élevé au niveau des représentations d'attachement, témoin du retentissement de la maladie et non au niveau structurel.**

## **2.5 Cinquième hypothèse : la sécrétion d'IgE est plus importante chez le sujet présentant une dermatite atopique pérennisée avec une structure d'attachement insécure d'ordre préoccupée.**

**Opérationnalisation** : il existe un effet d'interaction entre le caractère augmenté des IgE et le fait d'avoir un eczéma pérennisé sur le score de préoccupation : ce score est d'autant plus élevé que le taux d'IgE est augmenté chez le patient présentant un eczéma pérennisé. Chez les patients avec eczéma pérennisé, il existe une corrélation négative entre le taux d'IgE et le score de sécurité et une corrélation positive entre le taux d'IgE et le score de préoccupation.

### Résultat au Q-sort selon KOBAK :

Il n'existe pas d'interaction entre le facteur groupe (pérennisé ou non), la catégorie d'IgE (augmentées ou pas) sur le score de préoccupation. Cette interaction est observée uniquement pour la sécurité : le taux de sécurité est d'autant plus haut que le sujet est guéri et présente un taux abaissé d'IgE : *effet protecteur en terme de structure sécuritaire du terrain atopique intrinsèque ?*

Le taux d'IgE rapporté à la norme est corrélé avec les trois dimensions d'attachement au Q-sort selon KOBAK dans la population 1+2. :

Plus ce taux est élevé, plus le score d'attachement sécuritaire est abaissé, et plus les scores de détachement et de préoccupation sont élevés. Ces corrélations ne sont pas significatives dans le groupe 1 mais un effet d'échantillon est suspecté.

### **Notre hypothèse n'est pas validée au Q-sort selon KOBAK.**

### Résultats au CAMIR :

Il existe une interaction graphique entre les facteurs groupe, catégorie d'IgE sur le score de sécurité, de détachement, de préoccupation et le cumul des insécurités.

L'étude en ANOVA ne permet de montrer que l'interaction concernant le cumul des insécurités : ce score dépend bien de la pérennisation ou non de l'eczéma et du caractère augmenté ou pas des IgE.

Le taux de sécurité est inférieur, le taux de détachement, de préoccupation et le cumul des insécurités sont supérieurs lorsque le taux d'IgE est augmenté et ce uniquement dans le groupe 1. Sur un plan quantitatif et dans ce groupe 1, il existe une corrélation positive entre la préoccupation et le taux d'IgE rapporté à la norme, alors que la sécurité est corrélée négativement (t).

Il existe donc bien un lien entre IgE augmentées, présence d'un eczéma pérennisé et insécurité préoccupée d'attachement.

Le graphique d'interaction au niveau de la préoccupation est particulièrement démonstratif : un sujet avec eczéma pérennisé et des IgE normales présente un score bas de préoccupation. Ce score sera élevé chez le sujet avec eczéma pérennisé et IgE augmentées. *Autrement dit, sur un plan descriptif le score de préoccupation sera d'autant plus élevé pour les patients avec eczéma pérennisé que les IgE sont augmentées. Il en est de même pour le score de cumul d'insécurité, avec par contre une significativité de l'ANOVA à ce niveau.*

**Nous remarquons donc que l'hypothèse n'est pas validée au Q-sort selon KOBAK, mais l'est au niveau du CAMIR.**

Il existe bien par contre une interaction entre IgE et score d'attachement dans les deux tests, avec une même orientation : **effet protecteur sur la sécurité au Q-sort selon KOBAK d'un taux bas d'IgE chez le patient sans pérennisation de sa dermatite atopique, effet aggravant sur le cumul d'insécurité au CAMIR d'un taux élevé d'IgE chez les patients avec dermatite atopique pérennisées.**

Par ailleurs il existe bien une corrélation entre le taux des IgE et les scores d'anxiété trait à la STAY, et ce uniquement dans le groupe 1. Ce résultat confirme le lien existant entre une variable biologique, les IgE et un trait de personnalité.

### **3. COMMENTAIRES SUR LES FACTEURS ETUDIÉS :**

#### **FACTEUR AGE (annexe 7) :**

La population 2 est significativement plus âgée de 9,5 années que la population 1. Néanmoins cette différence d'âge ne devrait pas influencer sur les résultats au Q-sort selon KOBAK, ce test évaluant la structure d'attachement, stable dans le temps.

Ceci est confirmé par l'absence de corrélation entre l'âge et les scores d'attachement dans la population 1+2, 2. Dans le groupe 1, plus le sujet est âgé, moins il est sécurisé et plus il est détaché. Ceci pourrait correspondre à un retentissement de la maladie, mais il faudrait alors considérer que le Q-sort selon KOBAK puisse avoir une part variable dans ses scores, dépendant de l'histoire du sujet.

Au niveau du CAMIR *PIERREHUMBERT (1996)* observe que la proportion de sujets détachés augmente avec l'âge au détriment de la catégorie sécuritaire. Nous retrouvons une corrélation entre l'âge et le détachement, la préoccupation (expliquant l'absence de répercussion sur l'indice de stratégie secondaire) et le cumul d'insécurité. Il existe aussi une corrélation négative entre l'âge et la stratégie primaire (score de sécurité). Ces résultats ne sont observés qu'au niveau du groupe 1 : ceci est peut être du au fait qu'il s'agisse d'une population clinique (présence d'eczéma) avec retentissement sur la partie labile de l'attachement, à savoir les représentations.

Par ailleurs, l'âge n'est pas un biais dans les résultats au CAMIR puisque la différence entre les deux populations est liée aux trois sujets les plus âgés de la population 2 dont les scores au CAMIR ne sont pas différents des 37 autres sujets du même groupe 2.

Par rapport à la SCL90, l'âge semble amener une fragilité au niveau du degré de somatisation et de la dépression dans la population clinique, encore atteinte d'eczéma, fragilisation non retrouvée dans la population guérie où seuls les symptômes divers augmentent avec l'âge (t).

Plus le sujet avec un eczéma pérennisé est âgé, plus il va rechercher une aide dans le soutien social : ceci est conforme avec ce qui est observé empiriquement avec des patients s'adaptant mieux à leur dermatose avec le temps, avec recours moins problématique au conjoint, famille, personnel soignant...

Dans le groupe 1 il semble que l'anxiété état, retentissement de la maladie, augmente également avec l'âge (t). Elle pourrait être une motivation supplémentaire pour une recherche d'aide à l'extérieur.

Ceci n'est logiquement pas observé pour la population « guérie ».

### **FACTEUR SEXE (annexe 8) :**

Au Q-sort selon *KOBAC* et dans la population 2, les hommes sont significativement plus sécuritaires, moins insécures détachés et moins insécures préoccupés que les femmes. Cette influence du sexe sur l'attachement n'est pas retrouvée dans les populations 1 et 1+2.

La littérature observe l'inverse, à savoir un score de sécurité plus faible chez l'homme, avec un score de détachement plus élevé et de préoccupation plus bas que chez la femme (*MICKELSON 1997*).

Cette différence observée parle t'elle d'une spécificité de la population guérissant de leur eczéma, à savoir qu'un homme sécuritaire va guérir plus facilement de son eczéma atopique qu'une femme sécuritaire, d'où sa surreprésentation dans notre population 2 ?

Il semble en effet que le sexe soit un cofacteur de l'effet de différentes interactions sociales sur les paramètres biologiques de réponse au stress aigu (*HEINRICHS 2003, DITZEN 2007*) : il n'est pas exclu que le facteur sexe interagisse dans l'évolution de pathologies où le stress joue un rôle important.

Sur le plan statistique cette différence entre hommes et femmes sépare nos résultats en deux groupes, la totalité n'ayant pas une distribution gaussienne. Néanmoins chaque groupe a une distribution normale, ne gênant ainsi pas la réalisation des tests statistiques.

Au CAMIR, les hommes sont globalement plus détachés que les femmes sans différence de sécurité. Là aussi cette différence selon le sexe n'est pas décrite par *PIERREHUMBERT 1996*.

Pour la SCL90 et dans la population 2, les femmes ont un score supérieur aux hommes en symptômes divers, gravité globale et diversité des symptômes, probablement en rapport avec leur insécurité supérieure mesurée au Q-sort selon *KOBAK*. Ces différences ne sont pas observées pour le groupe 1 (où d'ailleurs il n'existe pas de différence de sécurité entre hommes et femmes au Q-sort selon *KOBAK*).

Néanmoins il conviendrait d'observer les différences de score entre hommes et femmes dans une population française non clinique.

A noter que les symptômes manifestés dans le groupe 1 ne sont pas différents entre hommes et femmes.

Néanmoins la répercussion chez l'homme de l'eczéma se fait surtout en termes de traits obsessionnels et de symptômes divers.

Chez la femme la répercussion de l'eczéma s'exprime surtout en termes de somatisation, reflet possible d'une fragilité psychosomatique devant le stress, et d'anxiété.

Il n'existe pas de différence significative entre hommes et femmes au niveau des scores pour la WCC et la STAIY

A noter que l'effectif des hommes est faible pour une interprétation solide.

### **FACTEUR COUPLE (annexe 9) :**

Au Q-sort selon *KOBAK*, les sujets célibataires du groupe 2 ont un score supérieur de détachement par rapport aux sujets en couple du même groupe, différence non observée dans le groupe 1. *MICKELSON (1997)* observe par contre une augmentation modérée du taux de détachement chez les personnes vivant en couple, avec en même temps une augmentation du taux de sécurité.

Il n'existe pas de différence significative au CAMIR que ce soit dans le groupe 1 ou dans le groupe 2. Le fait de vivre en couple ne semble pas agir sur les représentations d'attachement mesurées au CAMIR.

Le groupe 1 présente plus de différence en termes de souffrance psychologiques à la SCL90 entre les sujets vivant en couple et les célibataires. Ces derniers présentent en effet plus de traits obsessionnels (t), phobiques, paranoïaques et un degré de malaise plus important (t).

Les sujets célibataires du groupe 2 ne présentent qu'une augmentation des traits phobiques par rapport aux sujets vivant en couple. Ceci peut témoigner d'une meilleure adaptation de ces sujets à leurs conditions de vie avec notamment absence de répercussion en termes de malaise général de leur condition de célibataire. Ceci est à mettre en lien probablement avec le caractère sécure de ce groupe 2.

En dehors d'une vision structurelle, cette différence de vécu peut être un retentissement de la maladie : l'eczéma peut par ailleurs fragiliser les sujets du groupe 1, expliquant une souffrance psychologique plus importante et majorant ainsi la différence entre les célibataires et les sujets en couple.

Nous notons qu'il n'existe pas de différence de vécu anxieux, que ce soit à la SCL90 comme à la STAIY, entre les célibataires et les sujets en couple des deux groupes.

Il n'existe également pas de différence de coping entre célibataires et sujets en couple.

### **FACTEUR NOMBRE D'ANNEES D'ETUDE (annexe 10) :**

Le nombre d'années d'étude n'influe pas sur les scores d'attachement que ce soit au Q-sort selon *KOBAC* et au *CAMIR*. Ceci est cohérent avec la littérature (*PIERREHUMBERT 1996*) pour le *CAMIR*. Par contre *MICKELSON (1997)* observe un taux de sécurité plus élevé dans la catégorie supérieur ou égal à 16 ans d'étude.

Au niveau de la SCL90 et dans le groupe 1, le nombre d'années d'étude est protecteur pour plusieurs dimensions symptomatiques psychologiques : plus le patient a d'années d'étude, moins il a de sensibilité interpersonnelle, d'anxiété (t), de traits phobiques, de traits paranoïaques, de gravité globale (t) et de degré de malaise.

Par ailleurs le coping centré sur l'émotion est diminué par le nombre d'années d'étude dans ce groupe 1 : les études semblent favoriser un meilleur ajustement du patient aux événements de vie, ce qui parle d'une vulnérabilité de ces sujets dont l'expression symptomatique à la SCL90 est importante, avec une amélioration par l'éducation, le travail cognitif, les apprentissages...

Ceci laisse supposer une marge d'amélioration en termes de qualité de vie lorsque le concept d'éducation thérapeutique est utilisé dans la gestion de ces patients avec dermatite atopique.

Ceci est tout à fait confirmé par la clinique dermatologique, avec des résultats bénéfiques indiscutables de ce type de prise en charge (éducation thérapeutique réalisée par plusieurs

professionnels- dermatologue, psychologue, diététicien...- permettant une meilleure gestion et un sentiment de contrôle interne de la maladie par le patient).

Ce caractère protecteur des années d'étude n'est pas retrouvé dans le groupe 2, avec même une corrélation positive avec la sensibilité interpersonnelle, et avec l'anxiété état : les scores symptomatiques à la SCL90 sont moins élevés et donc avec une marge d'amélioration par les apprentissages moins importants. L'aggravation de la vulnérabilité (sensibilité interpersonnelle) et de l'anxiété état est plus difficile à interpréter et pourrait correspondre à un effet collatéral des études dans une population, que celle-ci soit clinique (présentant une pathologie) ou non. La littérature ne nous a pas permis de répondre à cette question (notamment pas d'étude de corrélation faite à notre connaissance avec le nombre d'années d'étude dans la population témoin française réalisée par TATU en 1989).

### **FACTEUR DUREE GLOBALE DE LA DERMATITE ATOPIQUE (annexe 11) :**

La durée globale influe sur les scores de sécurité et de préoccupation au Q-sort de *KOBAK* (avec un doute concernant un effet d'échantillon pour le détachement) dans le groupe 1 et non dans le groupe 2 : le score de sécurité diminue, d'insécurité préoccupée augmente avec la durée globale de la dermatite atopique. Il n'existe pas de raison théorique à ces résultats puisque le Q-sort selon *KOBAK* teste la partie stable de la structure d'attachement, à priori non dépendante de la durée de la maladie après constitution de cette structure. Comme nous le verrons plus loin, l'âge d'apparition n'influe pas sur les scores d'attachement et il n'y a donc pas d'explication possible par le fait d'une durée plus longue de la maladie lors de la période de formation de l'attachement (avant 3 ans) dans le groupe 1. Nous devons donc considérer la possibilité que le score au Q-sort selon *KOBAK* mesure en partie des représentations d'attachement, évolutives avec le temps et sur lesquelles peuvent influencer la maladie. Ceci pourrait être un biais important dans le sens où le groupe 1 présente une durée plus élevée de 15 ans par rapport au groupe 2, expliquant alors le score insécure de cette population 1 par rapport au groupe 2. Ceci nous suggère donc que les résultats au Q-sort selon *KOBAK* sont en partie explicables par le retentissement de la maladie et non uniquement par un aspect structurel, *ce qui doit nous faire relativiser d'autant la discussion pour l'hypothèse 3 où il est question d'inférer sur l'évolution de la dermatite atopique par rapport à une différence structurelle d'attachement.*

Au CAMIR et dans le groupe 1 nous observons la même corrélation négative avec la sécurité et positive avec la préoccupation, ce qui renforce ce qui vient d'être supposé plus haut car ces résultats

sont là cohérent avec le fait que les scores au CAMIR peuvent évoluer avec le temps et notamment la durée de la maladie. Par ailleurs, le cumul d'insécurité augmente avec la durée de la maladie et l'indice de stratégie secondaire est corrélé négativement : ainsi plus la durée de la maladie augmente, plus l'insécurité augmente avec une orientation de la stratégie secondaire vers la préoccupation. *Ces résultats au CAMIR sont donc probablement dus au retentissement de la dermatose qui oriente le fonctionnement des représentations d'attachement vers une insécurité préoccupée.*

Il est important de souligner que cette répercussion de la maladie semble durable puisque corrélée à la durée de la dermatose, mais qu'elle disparaît avec la dermatose puisque le groupe 2 n'a aucune corrélation à ce niveau, à moins que cette différence entre groupe 1 et 2 soit due à une différence de structure d'attachement.

Les résultats à la SCL90 et la STAIY semblent montrer une plus grande vulnérabilité de ce groupe 1 face à la maladie puisque le score de somatisation, de dépression, d'anxiété état et trait (t) sont corrélés à la durée de la maladie ce qui n'est pas le cas dans le groupe 2. Il existe dans ce dernier et de manière étonnante un effet protecteur de la durée de la maladie avec diminution du score d'anxiété à la SCL90 : ceci est peut-être le reflet d'une meilleure adaptation à la maladie de cette population, avec utilisation de l'eczéma dans la gestion interne des émotions anxieuses.

Ces différences de retentissement de la durée de la maladie entre les deux groupes peuvent être mises en lien avec la différence de structure d'attachement observée au Q-sort selon *KOBAC*.

Enfin le coping n'est pas corrélé avec la durée de la maladie.

### **FACTEUR AGE DE DEBUT (annexe 12) :**

Nous aurions pu nous attendre à une corrélation entre ce facteur et la durée de la maladie ce qui n'est pas le cas. Ces deux facteurs sont donc différents (les dermatites atopiques débutant dans les premières années ont la même durée moyenne que celles débutant après 3 ans, à savoir 18 ans).

L'âge de début de la dermatite atopique n'est pas corrélé avec les scores au Q-sort selon *KOBAC* dans les 2 groupes. Dans l'hypothèse où ce test évalue la partie stable de la structure d'attachement, qui s'établit dans les premières années de vie, ce résultat plaide pour une absence de répercussion de cette dermatose sur la nature de l'attachement.

Au niveau du CAMIR, l'âge de début n'est corrélé qu'avec le détachement et l'indice de stratégie secondaire (t) dans le groupe 1 : plus l'apparition est tardive, plus la stratégie secondaire sera d'ordre détachée mais sans augmentation du cumul des scores d'insécurité. De même les sujets ayant un début de la dermatose supérieur à 3 ans ont un score de stratégie secondaire supérieur à celui des sujets débutant leur maladie avant 3 ans. La stratégie du détachement dans les représentations semble se développer avec l'âge d'apparition dans cette population 1. Dans la population 2 nous observons l'inverse avec un score t de détachement inférieur (t) chez les sujets débutant leur maladie après 3 ans sans différence du score de stratégie secondaire et du score de cumul des insécurités.

Un âge de début tardif (après trois ans) semble protecteur dans la population 2 puisqu'il est corrélé négativement avec les traits obsessionnels (t) et la gravité globale (t) à la SCL90, et de manière positive avec le coping centré sur le problème et la recherche de soutien (t) au WCC. Ceci peut être interprété comme un retentissement moindre de la maladie lors d'une apparition plus tardive. A noter que cette différence de retentissement passe par une différence de coping, plus adapté à la gestion de la maladie car plus centré sur le problème et le recours social.

Nous observons donc que l'effet de ce facteur est bien différent pour les groupes 1 et 2, voir opposé concernant le détachement mesuré au CAMIR : effet protecteur d'une apparition après trois ans pour le groupe 2 et effet aggravant pour le groupe 1.

### **FACTEUR DECES D'UN PARENT APRES L'AGE DE TROIS ANS (annexe 13) :**

Les scores du Q-sort ne sont pas différents chez les sujets ayant perdus un parent par rapport à ceux n'ayant pas vécu cette perte, ceci dans le groupe 1 comme dans le groupe 2. Ceci est logique puisque ces décès ne sont pas susceptibles d'intervenir sur la structuration de l'attachement puisque survenus après 3 ans.

Au CAMIR il existe un score inférieur de la sécurité et supérieur de la préoccupation chez les sujets ayant perdus un parent par rapport à ceux n'en n'ayant pas perdu et ce uniquement dans le groupe 1. Ceci peut être interprété comme un retentissement de la perte d'un parent sur les représentations d'attachement et ce uniquement dans le groupe 1 qui s'avère plus vulnérable que le groupe 2 à ce niveau en raison de son insécurité structurelle. Nous remarquons donc qu'un événement de vie douloureux comme la perte d'un parent n'agit pas sur les représentations d'attachement lorsque le sujet est sécurisé alors que le retentissement chez l'insécure va dans le

sens d'une diminution de sa stratégie primaire et activation de la stratégie secondaire dans le sens préoccupé.

Dans le groupe 1, le retentissement d'une perte d'une figure d'attachement est majeur, visualisé au niveau des scores de la SCL90 (sauf pour la somatisation, l'hostilité et les traits psychotiques), une augmentation du coping centré sur l'émotion, de l'anxiété état (t) et trait.

Ces résultats sont le témoin d'une fragilité accrue du groupe 1 face aux événements de vie et peut être rapprochée de l'insécurité observée au Q-sort selon *KOBAK* de ce groupe.

Au contraire les sujets du groupe 2 ayant vécu un décès d'un parent ne présentent pas d'augmentation de la souffrance psychologique exprimée à la SCL90, avec même une baisse de la sensibilité interpersonnelle et de l'anxiété (t) sur ce test.

De même l'anxiété état et trait (t) est abaissée chez ces patients, ainsi que le coping centré sur l'émotion (nous remarquons de nouveau cette association score de coping centré sur l'émotion abaissé avec une symptomatologie psychologique faible).

*Cette population 2 présente donc une résilience nettement meilleure que le groupe 1, avec une meilleure gestion émotionnelle par rapport aux événements de vie.*

#### **FACTEUR LOCALISATION ( ATTEINTE DU VISAGE) (annexe 14) :**

Dans le groupe 1, seul groupe où les données sur ce facteur sont fiables puisque provenant de l'examen clinique et non de données anamnestiques, l'atteinte du visage entraîne une diminution du score de sécurité au CAMIR uniquement en cas d'hypothèse orientée (retentissement sur les représentations d'attachement). Elle ne donne pas de variation au niveau du Q-sort selon *KOBAK*, ce qui est logique avec l'aspect stable théorique des mesures à ce test.

Le retentissement à la SCL90 n'existe qu'au niveau du score de dépression, mais avec un score nettement augmenté (0,85 versus 0,5 en l'absence d'atteinte du visage). Il existe par ailleurs une augmentation du recours au soutien social, l'atteinte du visage prenant alors une signification « d'appel à l'extérieur ». A noter que les différences observées ne sont pas significatives mais le deviennent en hypothèse orientée.

#### **FACTEUR GRAVITE (SCORAD DU GROUPE 1) (annexe 15):**

Les scores au Q-sort selon *KOBAK* ne sont pas corrélés avec la gravité des symptômes.

La gravité de la dermatite atopique n'influe pas sur les représentations d'attachement (pas de corrélation avec les scores au CAMIR.) Ainsi la localisation sur le visage a un retentissement sur les représentations d'attachement et non la gravité de la maladie.

En hypothèse orientée elle retentit sur le score de plusieurs symptômes à la SCL90 (le score de somatisation (t), de troubles obsessionnels (t), de traits phobiques (t) et paranoïaques (t), de symptômes divers) avec une gravité globale, une diversité de symptômes (t) et un degré de malaise (t) augmentés et un retentissement associé probable sur la qualité de vie.

Nous remarquons que les scores d'anxiété que ce soit à la SCL90 comme sur la STAIY ne sont pas corrélés avec la gravité de la maladie. Il en est de même pour la dépression.

Le coping n'est pas modifié non plus par la gravité de la maladie.

NB : La gravité mesurée par le SCORAD est un score tenant compte de l'évaluation par le clinicien de l'étendue et de la nature des lésions, mais tient compte également de deux facteurs subjectifs donnés par le patients : perte de sommeil et intensité du prurit. Il est donc dans une certaine mesure également le reflet du vécu corporel de la maladie par le patient.

### **FACTEUR ATOPIE FAMILIALE (annexe 16) :**

La présence ou pas d'un terrain atopique familial n'est pas prédictif en terme de pérennisation ou pas de la dermatite atopique, de taux des IgE et de structure d'attachement.

Concernant le groupe 1, les patients avec terrain atopique familial présentent un score de détachement et de cumul d'insécurité inférieur au CAMIR, ce que nous n'avons pas réussi à expliquer (notamment il n'existe pas de différence d'âge ou de distribution entre sexe significative dans le groupe 1 entre les sujets avec et sans atopie familiale).

Il existe simplement une plus grande vulnérabilité et tendance aux traits paranoïaques et psychotiques de ces sujets, pouvant témoigner d'un terrain lié à l'atopie.

Ces résultats ne sont pas retrouvés dans le groupe 2, ce qui témoigne de la spécificité des patients avec eczéma pérennisé.

## **FACTEUR IG E (annexe 17) :**

Le taux d'IG E rapporté à la norme est corrélé avec les trois dimensions d'attachement au Q-sort selon *KOBAK* :

Plus ce taux est élevé, plus le score d'attachement sécurisé est abaissé et plus les scores de détachement et de préoccupation sont élevés.

Nous observons donc une relation entre un facteur psychologique d'ordre structurel, l'attachement, et le taux d'IgE. En étudiant les IgE sur un plan catégoriel (normal ou augmenté), seule la population 2 présente un taux de sécurité abaissé et de préoccupation plus élevé lorsque les IgE sont élevées.

Ainsi il existe bien à l'ANOVA un effet d'interaction : le groupe 2 a un score de sécurité plus élevé que le groupe 1 et ce surtout lorsque le taux d'IgE est normal. Nous pouvons donc affirmer le lien existant entre structure sécurisée et IgE normales dans la population de patients guéris (les patients guéris mais avec un score bas de sécurité d'attachement ont alors des IgE augmentées). Cette interaction des IgE n'est pas observée avec les scores de détachement et de préoccupation.

Au niveau du CAMIR le taux de sécurité est inférieur, le taux de préoccupation et le cumul des insécurités sont supérieurs lorsque le taux d'IgE est augmenté et ce uniquement dans le groupe 1 ; sur un plan quantitatif et dans ce groupe 1, il existe une corrélation positive entre la préoccupation (et le cumul d'insécurité(t)) et le taux d'IgE rapporté à la norme, alors que la sécurité est corrélée négativement (t). Dans le groupe 2, le détachement est corrélé négativement avec le taux d'IgE rapporté à la norme.

L'interaction entre les facteurs groupes, catégorie d'IgE et scores d'attachement au CAMIR existe sur le plan graphique et descriptif : dans le groupe 1 le sujet est d'autant plus préoccupé et moins sécurisé que ses IgE sont augmentées, alors que dans le groupe 2 le sujet est d'autant moins détaché que ses IgE sont normales. Cette interaction est confirmée par l'ANOVA étudiant les facteurs groupes et catégorie d'IgE sur le score de cumul d'insécurité : ***le score d'insécurité dépend bien du caractère augmenté ou pas des IgE et du caractère pérennisé ou pas de l'eczéma.***

Le taux d'IgE étant corrélé avec la gravité de la maladie, nous pourrions penser que ces différentes interactions sont dues à cette gravité. Or nous venons de voir que le facteur gravité n'a aucune corrélation avec les scores au CAMIR.

Ces interactions sont donc probablement en rapport avec un facteur stable inhérent aux sujets : les sujets non guéris ont un retentissement sur les représentations d'attachement avec baisse de la sécurité et augmentation de la préoccupation, ceci d'autant plus qu'il existe un terrain atopique extrinsèque (IgE élevées) marqué. Nous pourrions dire également que les dermatites atopiques

extrinsèques ont un retentissement sur les représentations d'attachement plus important que les dermatites atopiques intrinsèques (IgE normales).

Les sujets guéris sont d'autant moins détachés qu'ils ont un taux normal d'IgE, avec un effet protecteur sur les représentations d'attachement d'un terrain atopique intrinsèque.

Ainsi la nature du terrain atopique agit sur l'importance du retentissement de la dermatite atopique dans le domaine des représentations d'attachement.

Au niveau de la SCL90, le taux d'IgE rapporté à la norme est corrélé avec la sensibilité interpersonnelle, la dépression, les traits paranoïaques, la gravité globale et la diversité des symptômes dans le groupe 1. Les sujets de ce groupe avec des IgE augmentées ont un score de dépression supérieur à celui des patients du même groupe sans IgE augmentées.

Les IgE étant très corrélées avec la gravité de la maladie mesurée par le SCORAD, lui-même corrélé avec l'ensemble des dimensions psychologiques (sauf les traits psychotiques) évaluées par la SCL90, il est logique d'observer nos résultats entre IgE et SCL90 dans ce groupe 1.

Il n'existe pas de corrélation ni de différence de score selon les IgE au niveau du groupe 2.

L'effet d'un taux élevé d'IgE sur le coping et l'anxiété à la STAIY ne s'observe qu'au niveau du groupe 1, avec augmentation du coping centré sur l'émotion, de l'anxiété trait et état. Là aussi il peut s'agir d'un effet de la gravité de la maladie qui est corrélée avec le taux d'IgE.

Nous remarquons que le recours social est peut être corrélé avec le taux d'IgE si l'effet taille de l'échantillon se confirmait. Les IgE étant corrélées avec la gravité, et le degré d'insécurité, ces deux dimensions favorisent un ajustement à la maladie par la recherche de soutien social, qui est un ajustement adapté et bénéfique pour toute maladie. Ceci semble paradoxal car le recours social est un mode d'ajustement inhabituel chez des patients insécures comme le sont les sujets du groupe 1. Ceci vient confirmer cette dimension relationnelle de recherche de l'autre dans la dermatite atopique, si souvent notée sur le plan clinique lors des poussées de la maladie.

#### **4. CORRELATIONS ENTRE TESTS :**

##### **Q-SORT et CAMIR :**

La sécurité est corrélée entre les deux tests ainsi que la préoccupation. De même la sécurité est corrélée négativement avec la préoccupation.

La corrélation négative entre la préoccupation du Q-sort et l'indice de stratégie secondaire du CAMIR et positive entre cette préoccupation du Q-sort avec le cumul des insécurités du CAMIR est logique. Ces résultats sont les mêmes que ce soit dans la population 1 comme dans la population 2.

Il existe donc une grande correspondance des dimensions sûre et préoccupation entre les deux tests.

Par contre le détachement au CAMIR mesuré par l'indice de stratégie secondaire n'est pas corrélé avec l'état d'esprit détaché du Q-sort.

##### **Q-sort et SCL90 :**

Là aussi il existe une bonne congruence des résultats puisque la sécurité mesurée au Q-sort selon *KOBAC* est corrélée négativement avec l'ensemble des expressions symptomatique psychologiques mesurées à la SCL90, confirmant la dimension protectrice à ce niveau d'une structure sûre.

De même le détachement est corrélé positivement avec des dimensions de la SCL90, ainsi que la préoccupation sauf en ce qui concerne les phobies et les traits psychotiques pour cette dernière.

Ceci confirme le facteur de risque représenté par l'insécurité en termes psychopathologique.

Lorsque nous considérons les populations 1 et 2 séparément, le sens des corrélations est le même (sauf pour les traits psychotiques avec la préoccupation dans le groupe 1 mais avec alors une valeur absolue très faible de la corrélation) sans la significativité ce qui est probablement un effet de taille d'échantillon. Les résultats sont donc les mêmes quelle que soit la population considérée.

##### **Q-sort, WCC et STAIY :**

La sécurité diminue le coping centré sur l'émotion, et le recours social. L'insécurité qu'elle soit d'ordre détachée ou préoccupée n'a pas d'effet sur les scores de coping sauf le détachement qui diminue le coping centré sur le problème dans le groupe 1 (t).

La nature de la structure d'attachement a donc un effet sur l'ajustement à la maladie.

La sécurité diminue l'anxiété état et trait, l'insécurité détachée et préoccupée l'augmente.

Ces résultats sont les mêmes pour le groupe 1 et le groupe 2, avec là aussi un effet de taille d'échantillon. Nous retrouvons l'effet protecteur d'une structure sécuritaire, et fragilisant d'une structure insécuritaire.

### **CAMIR ET SCL90 :**

La sécurité diminue toutes les dimensions psychologiques mesurées.

Le détachement aggrave la dépression et les traits psychotiques dans la population 1+2.

Par contre aucun symptôme psychologique n'est aggravé par le détachement dans le groupe 1. Au contraire le sens de la corrélation est négatif (effet protecteur ?) pour les troubles obsessionnels, l'anxiété, l'hostilité, les phobies, les traits paranoïaques, les traits psychotiques, la gravité globale et le degré de malaise, mais sans significativité des scores, alors que le sens de ces corrélations est toujours positif (effet fragilisant) dans le groupe 2.

La préoccupation aggrave tous les symptômes dans la population 1+2, sauf les traits psychotiques et les symptômes divers, et ce quelle que soit la population envisagée.

A noter que le cumul des insécurités est corrélé avec de nombreux symptômes, illustrant encore le caractère fragilisant de l'insécurité.

*Nous remarquons donc dans ces résultats l'aspect protecteur et fonctionnel du détachement dans le groupe 1, détachement correspondant à une stratégie secondaire qui permet de diminuer la souffrance psychologique en rapport avec la présence de la maladie.*

### **CAMIR ET WCC – STAIY :**

La sécurité est corrélée négativement avec le coping centré sur l'émotion, l'anxiété état et trait quelque soit la population considérée.

Le détachement est corrélé négativement avec le soutien social essentiellement dans le groupe 2.

La préoccupation augmente les scores de coping centré sur l'émotion, d'anxiété état et trait.

L'orientation de l'insécurité du côté du détachement par rapport à la préoccupation a un effet protecteur avec diminution des scores de coping centré sur l'émotion, d'anxiété état et trait. Ces trois derniers scores sont aggravés par un score élevé de cumul des insécurités.

Le retentissement de représentations d'attachement préoccupées se fait donc par l'intermédiaire d'un coping centré sur l'émotion avec augmentation de l'anxiété état et trait. La sécurité est protectrice sur ces trois dimensions.

Le détachement amène le sujet à se replier sur soi, avec un recours au support social abaissé.

### **SCL90 ET WCC-STAIY :**

Le coping centré sur le problème est associé à une diminution des scores de tous les symptômes de la SCL90, mais sans significativité, sauf dans le groupe 2 pour la somatisation et les phobies qui sont améliorées par ce type de coping.

Le coping centré sur l'émotion est associé avec une augmentation des scores de tous les symptômes de manière significative sauf pour la somatisation. Nous retrouvons les mêmes résultats pour les populations 1 et 2 prises séparément sauf pour les phobies dans le groupe 2.

Le recours social n'est corrélé à aucun score dans le groupe 1+2. Il est associé avec une diminution de la sensibilité interpersonnelle dans le groupe 1 et des traits phobiques dans la population 2.

Nous observons donc dans l'ajustement au stress chez ces sujets atopiques la présence d'une plus grande souffrance psychologique lorsque le coping est centré sur l'émotion. Le caractère protecteur du coping centré sur le problème et du recours social semble peu important sauf peut être pour les traits phobiques lorsque le patient est guéri.

Dans le groupe « avec eczéma pérennisé », l'anxiété qu'elle soit état ou trait est logiquement corrélée avec une augmentation du score de l'ensemble des dimensions.

Dans le groupe « guéri », l'expression symptomatique d'une anxiété état élevée est moins « riche » et se fait en termes de somatisation, de dépression, de symptômes divers. L'anxiété trait est par contre corrélée avec la totalité des symptômes sauf pour les phobies. Il semble donc que dans ce groupe l'anxiété état soit gérée différemment par rapport à l'anxiété trait.

*Signalons par ailleurs la corrélation parfaite entre l'anxiété mesurée par la SCL90 et l'anxiété état et trait de la STAIY.*

### **WCC ET STAIY :**

Le coping centré sur le problème est associé à un score bas d'anxiété état dans le groupe 1.

Il s'agit donc d'un ajustement efficace lorsque le patient n'est pas guéri de sa dermatite atopique, permettant d'abaisser l'anxiété réactionnelle.

Le coping centré sur l'émotion est associé à un score plus élevé d'anxiété état et trait, que le sujet soit guéri ou pas de sa dermatose. Ces résultats ne sont donc pas liés à la présence de l'eczéma, mais au lien existant entre la dimension d'anxiété et ce style d'ajustement centré sur l'émotion.

Il n'existe pas de corrélation entre le recours au soutien social et les scores d'anxiété, que ce soit pour le groupe 1 comme pour le groupe 2 : il ne semble pas s'agir d'une stratégie motivée par l'anxiété dans notre étude.

## **5. REFLEXIONS GENERALES ET CRITIQUES DE NOTRE TRAVAIL :**

*1) Il est légitime de se poser la question si ce que nous mesurons sous le terme de structure d'attachement de l'adulte appartient au même paradigme d'attachement décrit par BOWLBY (1973), puis mesuré par la situation étrange d'AINSWORTH (1969) chez l'enfant.*

En terme d'attachement, il est question d'une pulsion primaire (ANZIEU, 1990), donc innée, ayant pour vocation la recherche de proximité de la figure d'attachement, dans un but de survie et avec activation de stratégies comportementales et d'un système de compétence du jeune enfant. Avec le développement cognitif de celui-ci apparaissent des représentations internes qui vont pérenniser un système motivationnel par les modèles internes opérants (BOWLBY, 1969).

D'un autre côté, ces représentations qui donnent une cohérence et un sens aux expériences précoces, avec possibilité d'anticipation pour l'enfant, vont créer un système autonomisé, se réactualisant dans les interactions sans cesse renouvelées intervenant au cours de la vie.

La pulsion primaire d'attachement va secondairement se sexualiser diraient les psychanalystes (GOLSE, 1999).

En ce qui concerne la peau, les expériences précoces que procure le sens du toucher mis à contribution par les systèmes comportementaux d'attachement dont l'agrippement, vont être enrichies peu à peu de représentations. Entre autre aspect, la notion psychanalytique de tendresse (CONSOLI, 2003) peut être rapprochée de cette mise en sens des expériences corporelles.

Pour d'autres, le domaine du lien interpersonnel intersubjectif va créer la notion d'intersubjectivité, qui est cet accès au monde de l'autre avec la notion d'empathie qui va donner au nourrisson un autre système d'interprétation de sa vie sociale indépendamment du système d'attachement (STERN, 1985). Même si l'intersubjectivité se construit sur des expériences précoces initialement dépendantes

du système comportemental d'attachement, elle devient un système motivationnel autonome à part entière (STERN, 2005).

Il est donc question de s'interroger sur la nature de ce qui est mesuré chez l'adulte par les tests dits d'attachement. :

*Quelle est la part de la qualité de l'intersubjectivité dans la nature des relations sociales ?*

*Dans quelle mesure l'empathie, donc le recours à la perception du monde de l'autre est elle déterminée par la nature de la structure d'attachement ?*

*Dans quelle proportion la structure d'attachement intervient dans le comportement et les représentations de l'adulte ?*

*Dans quelle mesure cet attachement est-il modifié par ce que l'on appelle les expériences correctrices de la vie ?*

*En d'autres termes, parlons-nous du même concept lorsque nous étudions l'attachement chez l'adulte et chez l'enfant ?*

- 2) L'inclusion n'a pas pu se faire par tirage au sort sur une population générale de sujets présentant une dermatite atopique. Ceci est dû au fait que la majorité des patients ont été recrutés en dermatologie libérale, avec une impossibilité légale de tenir des fichiers par pathologie, et de convoquer des patients.
- 3) L'absence de population contrôle dermatologique est préjudiciable dans l'interprétation des tests.
- 4) La différence d'âge entre les deux groupes est probablement un biais important et nous aurions du réaliser une étude de cas appariés sur l'âge.
- 5) Le codage de l'entretien d'attachement selon MAIN aurait été préférable à la procédure Q-sort selon KOBAK et au CAMIR. Ceci n'a pas pu être possible en raison de la nécessité d'une formation spécialisée dans cette procédure que nous n'avons pas.
- 6) Nos outils pour mesurer l'attachement ne tiennent pas compte de la catégorie désorganisée, qui est pourtant un style d'attachement source de troubles cliniques (BRISCH 2002).
- 7) Nous avons interprété la différence de résultats entre le Q-sort selon KOBAK et le CAMIR par une différence de domaine exploré.

Nous avons notamment considéré le CAMIR comme un test sensible aux représentations sémantiques du sujet, susceptibles d'évoluer en fonction de l'histoire du sujet, et évaluant la partie la plus mobile de l'attachement à savoir les représentations. Cette considération est basée sur la corrélation observée de ce test à plusieurs variables dépendantes du sujet dans notre étude princeps, et à notre perception du test. Ceci n'est néanmoins pas en accord avec la théorie puisque le CAMIR a été créé par *PIERREHUBERT* pour évaluer les stratégies relationnelles du sujet, stables dans le temps et reflet de la nature de l'attachement. Ainsi les corrélations sécures, détaché, préoccupé ainsi que les deux indices calculés sont indépendantes de l'histoire du sujet dans l'étude de validation, ce qui n'est pas le cas dans nos résultats.

Nous avons également considéré que le test du Q-sort selon *KOBAC* évalue essentiellement la partie structurelle donc stable de l'attachement, avec ainsi des résultats invariables dans le temps.

*Ainsi cette position nous a permis de rendre cohérent l'ensemble de nos résultats, y compris les corrélations avec les tests évaluant les autres dimensions psychologiques, SCL90, STAIY, WCC.*

- 8) Notre conclusion concernant la valeur prédictive de la structure d'attachement dans l'évolution de la dermatite atopique repose donc sur une stabilité dans le temps des scores du Q-sort selon *KOBAC* avec une indépendance des résultats avec l'histoire du sujet. Nous observons néanmoins une influence de deux facteurs sur les résultats à ce test : l'âge et la durée de la maladie.

Nous n'avons pas trouvé d'étude pouvant nous renseigner sur cet aspect.

- 9) Il existe une grande variabilité des taux d'IgE en fonction des laboratoires. Le fait de considérer le rapport de ce taux avec la norme permet de lisser cette variabilité mais il est possible que des différences importantes de taux viennent altérer la valeur de certaines corrélations. Néanmoins, ce problème n'existe plus pour les études catégorielles (IgE normales, augmentées).

Citons également une sensibilité de ces dosages souvent qualifiées d'insuffisante. De même les IgE étant préférentiellement fixées sur les cellules, leur taux sanguin ne reflète pas forcément leur importance chez le sujet.

- 10) Dans l'idéal nos résultats devront être confirmés par une étude longitudinale, partant de l'évaluation de l'attachement chez l'enfant, avec un suivi à l'âge adulte et une comparaison en fonction de l'évolution dermatologique. Il s'agit néanmoins d'une étude lourde et longue à réaliser...

## ***DISCUSSION***

Nous le voyons nos deux populations, eczéma pérennisé et eczéma non pérennisé sont très différentes que ce soit en terme de résultats aux différents tests réalisés, comme au niveau des effets observés donnés par les facteurs étudiés.

Ces différences peuvent-elles être expliquées uniquement par le simple retentissement de la dermatite atopique dans le groupe eczéma pérennisé, ou existe-t-il une différence structurelle entre les deux types de patients ?

Nous sommes amenés à considérer les questions découlant des hypothèses testées :

- Pourquoi n'y a-t-il pas de retentissement de la dermatite atopique sur la structure d'attachement ?

- Existe-t-il un retentissement sur les représentations d'attachement dans l'évolution de cette dermatose chez l'adulte ?

- la structure d'attachement est elle un facteur dispositionnel prédictif de l'évolution de la dermatose atopique ?

- Quel est le « profil » dans la gestion émotionnelle et l'ajustement à la maladie de l'adulte souffrant de dermatite atopique pérennisée ?

- le terrain atopique extrinsèque (avec IgE augmentées) est un facteur de risque pour une insécurité préoccupée avec augmentation de l'anxiété de séparation ?

*1) Pourquoi n'y a-t-il pas de retentissement de la dermatite atopique sur la structure d'attachement ?*

Nos résultats nous amènent à penser qu'une dermatite atopique d'apparition précoce n'a pas de retentissement sur la nature de la structure d'attachement. Notons que cette dermatose peut être diagnostiquée sur le plan dermatologique après 3 mois et que la structure d'attachement s'établit à 1 an environ (BOWLBY 1988) même si certaines structures sont déjà établies et observables à la maison dès le 3<sup>ème</sup> mois (HOPKINS 1990).

La dermatite atopique débute ainsi bien à une période critique pour l'établissement de cette structure d'attachement. Néanmoins nous avons fait l'hypothèse que cette dermatose ne retentit

pas sur la structure d'attachement en raison des résultats de notre étude première et des publications de *DAUD (1993)*, de *ZANGHERI (2001)* et de *RABUNG (2004)*.

Cette hypothèse va à l'encontre de certaines données théoriques, à savoir d'une part un risque accru d'insécurité lorsqu'une pathologie apparaît dans la première année (cf la revue de publications faite par *MAUNDER 2001*), et d'autre part l'aspect en apparence préjudiciable d'une telle dermatose sur l'organisation du moi-peau selon *ANZIEU*, avec répercussion ultérieure sur l'organisation psychique du sujet...

En fait, nous devons nous décentrer de l'aspect théorique et revenir sur la clinique observée, et ne pas oublier *que l'aspect sécure ou insécure de l'attachement est la résultante directe de la nature de la relation mère-enfant.*

Dans notre expérience clinique, qu'observons-nous chez les mères d'enfants atteints de dermatite atopique :

- une volonté perpétuelle de faire le maximum pour le bien de l'enfant, avec anxiété de ne pas réaliser correctement les soins ou de faire des erreurs dans la gestion préventive des poussées d'eczéma. Cette anxiété parle bien d'un maintien, voire d'une accentuation de cette préoccupation maternelle primaire décrite par *WINNICOT (1970)*. Cette anxiété est associée généralement à une bonne collaboration, avec volonté de connaître et de déceler les facteurs aggravants de l'eczéma. Nous retrouvons la notion de sollicitude anxieuse mais sans l'agressivité masquée décrite par *SPITZ (1968)*.

- une culpabilité par rapport à l'aspect génétique de cette maladie lorsque la mère est également atteinte. Cette culpabilité est majorée à la lecture d'articles faisant un lien de causalité directe entre des dysfonctionnements de la relation mère-enfant, voire des problématiques de la mère et l'origine de l'eczéma... Cette vision de causalité linéaire est simpliste car ne tient pas compte de la composante purement organique (immunologique, dermatologique...) de la dermatite atopique chez le petit enfant et s'avère préjudiciable pour la mère. Ce message doit d'ailleurs souvent être corrigé par le dermatologue ou par le professionnel « psy ».

- une bonne disponibilité de la mère qui n'hésite pas à travailler à mi-temps, voire à se mettre en disponibilité, à suivre l'enfant lors des hospitalisations en chambre mère-enfant, à partir en cure thermique avec lui...

Cette disponibilité est souvent favorisante de la relation mère-enfant, mais parfois peut être le reflet d'une authentique relation fusionnelle avec l'enfant, avec comportement hyperprotecteur et un effet délétère sur l'autonomisation de l'enfant.

La disponibilité de la mère est autant physique qu'émotionnelle, avec une réelle empathie pour l'enfant. Cette sensibilité et réceptivité peut aller dans les cas extrêmes vers l'identification, avec l'aspect potentiellement pathogène pour l'individualisation de l'enfant.

- Il existe parfois une difficulté à toucher son enfant malade, plus par peur de faire souffrir l'enfant et de ne pas faire les soins convenablement que par rejet de l'enfant. Il existe une réelle demande de compétence par rapport aux soins cutanés.

- Du fait des insomnies de l'enfant, des soins cutanés astreignants, de la « souffrance empathique anxieuse » vécue, il s'agit souvent de mères épuisées, physiquement et émotionnellement, avec un retentissement majeur de la dermatose de leur enfant sur leur qualité de vie, et une altération de leur vie sociale et conjugale.

Nous avons ainsi le tableau d'une mère anxieuse, culpabilisée, très impliquée, voire hyperprotectrice, épuisée. Il s'agit d'un profil opposé à celui d'une mère rejetante, agressive... Par contre, cet ajustement de la mère à la maladie de son enfant peut accentuer un lien fusionnel préexistant, au point de rendre difficile l'intervention du soignant, avec difficulté de délégation des soins à autrui par la mère. De même, une prise en charge psychologique est encore plus difficile, la médiation par un tiers étant peu compatible avec ce type de relation dyadique fusionnelle.

Nous avons vécu la difficulté d'inclure dans notre protocole certains jeunes adultes vivant cette problématique fusionnelle, avec une résistance très forte de la mère par rapport à la dimension psychologique (nous avons ressenti à ce sujet de la part de la mère une peur importante d'être impliquée, tant sur le plan de la causalité de l'eczéma de son enfant que dans une prise en charge « psy » personnelle).

Néanmoins, il nous est apparu que la relation mère enfant n'était pas menacée par la présence de l'eczéma, qui favorisait au contraire une proximité et une complicité souvent excellente quand ce réaménagement n'aboutissait pas à l'attitude fusionnelle sus-décrite.

Citons à ce sujet l'importance des moments privilégiés comme le bain, les applications de crème accompagnées de paroles, les massages,...qui sont autant d'instantanés favorisant le holding, le handling, les sensations cutanées,...

Il est intéressant de considérer à ce niveau les résultats de *DAUD (1993)* qui n'observe pas de différence en terme de structure d'attachement entre une population de 30 enfants d'âge moyen de 33 mois porteur de dermatite atopique avec 20 enfants appariés non malades.

La situation étrange selon *AINSWORTH* a été utilisée avec même un taux de sécurité (86%) plus élevé dans la population cible que pour les enfants témoins (70%), cette augmentation n'étant néanmoins pas significative.

La répercussion sur l'enfant montre des troubles comportementaux plus fréquents avec perte du sommeil, attitude dépendante et craintive. Ces troubles ne sont néanmoins pas importants en termes de gravité et ne sont donc pas prédicteurs de troubles psychopathologiques ultérieurs. Ils peuvent être mis en relation avec le retentissement de la maladie.

Les compétences parentales des mères ont été évaluées : le score qualitatif global est abaissé chez les mères d'enfants avec dermatite atopique, mais non pas au niveau de la qualité et de la régularité des soins, mais au niveau de la discipline avec une mère d'enfant atopique cédant beaucoup plus à la volonté de l'enfant.

Les auteurs soulignent le caractère paradoxalement pathogène de cette attitude, empêchant l'enfant de se confronter à la frustration pour mieux la gérer et pour développer un contrôle de l'anxiété de séparation à cet âge de développement.

Nous observons donc le profil d'une mère trop prévenante par rapport à l'enfant, voulant éviter tout désagrément à celui-ci, au prix de devenir trop permissive.

Cette attitude n'est par contre pas suffisamment pathogène en terme relationnelle puisque les troubles comportementaux de l'enfant sont de gravité mineurs, simplement dû à la présence de la maladie et car ces enfants ne sont pas plus insécures que les enfants sains.

*DAUD* observe également un retentissement important sur la qualité de la vie de la mère avec diminution de la vie sociale et professionnelle.

Ce stress maternel est néanmoins bien géré puisqu'il n'occasionne pas de trouble de l'attachement ni psychologique grave.

Notre vision actuelle de la relation mère-enfant dans l'eczéma atopique n'est donc plus celle décrite par *WHITKOWER* en 1958 d'une relation conflictuelle, hostile avec situation de conflit entre deux volontés, entre une mère épuisée, irritable, rejettante et un enfant anxieux, insécure, agressif et exigeant.

Cette relation n'est donc pas aussi dysfonctionnelle que ce qu'on pouvait penser initialement, si ce n'est l'aspect hyperprotecteur et permissif qui demande à être géré dans certains cas.

Au contraire, du fait de l'existence de la dermatite atopique chez son enfant, la mère peut être plus attentive, plus disponible avec un lien privilégié avec l'enfant et sa peau.

Il est important de souligner le caractère positif de soins cutanés adéquats prodigués par la mère avec un domaine de sensation pouvant être enrichi par rapport à l'enfant sans pathologie dermatologique. Rappelons à ce titre les recherches réalisées notamment en cosmétologie

(Recherche *l'OREAL*, 1998) où l'application d'une crème stimule certes le cortex somato-sensoriel correspondant à la zone traitée, mais également les zones associatives du cortex cérébral droit, chargées de traiter les informations émotionnelles. Un soin cutané est en même temps une information sensorielle et émotionnelle ceci d'autant plus que ce soin est réalisé dans le cadre d'une relation.

Citons également l'importance primordiale du toucher dans le développement du petit chez le mammifère (*MONTAGU 1971*). Ainsi le léchage de la zone périnéale de l'animal nouveau né par la mère est primordial pour sa survie. De même l'interruption des échanges tactiles entre la mère et le petit provoque un retard de croissance tant au niveau osseux que du système nerveux central, avec retard dans les apprentissages. La reprise d'échanges tactiles va normaliser cette situation.

De même chez le rat, le léchage des petits par la mère augmente la densité des connexions synaptiques hippocampique, du niveau d'apprentissage spatial, de leur mémoire et de leur capacité à faire face au stress (*BREDY (2003) cité par GUEDENEY N. et A. 2009*).

Ces observations chez le mammifère sont probablement valables chez l'homme même si elles ne semblent pour l'instant pas validées en raison des difficultés méthodologiques que ce type de recherche chez l'enfant soulève.

Les sensations cutanées, intégrées dans une dimension relationnelle qui est celle de la relation mère-enfant, sont donc primordiales dans le développement cognitif de l'enfant, et une donnée clinique peut être intéressante à rapporter à ce niveau : il est d'une observation commune en dermatologie de percevoir les sujets atopiques plus fins, discriminants, voir intelligents que la moyenne des sujets. Il s'agit d'une observation clinique actuellement non confirmée sur le plan scientifique. Il serait intéressant d'étudier les bénéfices éventuels de soins cutanés précoces nécessités par une dermatite atopique débutant dans la petite enfance sur le développement cognitif de l'enfant. L'augmentation de la prévalence de l'eczéma atopique, actuellement inexplicée, trouverait alors parmi d'autres explications une justification évolutionniste avec un bénéfice pour l'évolution de l'espèce humaine ! Une étude recherchant une corrélation entre la date d'apparition de la dermatite atopique et les performances cognitives dans le développement de l'enfant permettrait de confirmer cette hypothèse.

Par ailleurs, *BOWLBY (1988)* conçoit le comportement d'attachement comme un comportement instinctif visant à réduire des tensions internes comme la fatigue, la faim, la douleur, la maladie, le froid et des tensions externes signalant un risque accru : l'obscurité, les grands bruits, des mouvements brusques, des formes menaçantes, la solitude.

Le prurit, signe spécifique à la dermatologie, pourrait être assimilé à une tension interne au même titre que la douleur.

La sécurité d'attachement s'étaye sur la satisfaction de la tension avec des représentations positives de soi et de la figure d'attachement.

Des soins cutanés efficaces prodigués quotidiennement ont ainsi cette faculté de soulager une tension interne et donc d'installer une représentation positive de l'autre et de soi-même.

Par ailleurs, le contact physique est seul à même de calmer la détresse d'un enfant bouleversé. Il s'agit de se sentir en sécurité grâce à un comportement automatique, adapté de l'espèce, comme l'est l'agrippement décrit par les éthologues chez l'animal. Ce contact physique est renforcé par les soins cutanés et favorise probablement cette sensation de sécurité, en plus du soulagement de la sensation interne qu'est le prurit.

Un autre argument pour cet effet bénéfique sur la relation mère enfant des soins cutanés est représenté par le fait que les sujets « guéris » présentent un score de sécurité supérieur à la population témoin. Il s'agit d'une situation peu banale pour une population de patients cliniques. Par contre, des soins cutanés insuffisants, mal réalisés peuvent avoir une incidence importante sur les représentations de l'enfant. *Il s'agit donc d'un enjeu important.*

Nous avons vu que cette dermatose stimule la disponibilité maternelle avec une demande d'apprentissage important des parents. Ceci explique les bons résultats actuellement observés concernant le cadre de l'éducation thérapeutique, technique de prise en charge récente et en voie de codification concernant les objectifs à atteindre et où la mère est prise en charge au niveau compétence des soins, connaissance de la maladie, attitudes préventives, organisation de la vie relationnelle par différents professionnels (dermatologue, diététicien, pédiatre, psychologue...) (BARBAROT, 2007).

*Nous pouvons donc considérer qu'une dermatose de l'enfant comme la dermatite atopique, bien gérée, puisse avoir un effet bénéfique et sécurisant sur le phénomène d'élaboration de la structure de l'attachement. Ceci expliquerait l'absence observée de retentissement de type insécure de cette pathologie.*

2) *Existe-t-il un retentissement sur les représentations d'attachement de la dermatite atopique chez l'adulte ? :*

Nous n'avons pas de différence dans les scores au CAMIR entre les deux populations « eczéma pérennisé » et « eczéma non pérennisé ». Par contre, la population de l'ensemble des patients présente *un score abaissé de sécurité et élevé de préoccupation par rapport à la population témoin.* Cette insécurité préoccupée est corrélée avec la durée de la maladie dans le groupe des sujets avec eczéma pérennisé. Il s'agit donc probablement d'un retentissement de la maladie.

Par contre, ce retentissement sous forme de diminution de la sécurité et d'augmentation de la préoccupation est retrouvé de la même manière chez le sujet pérennisé comme chez celui qui a « guéri ». Ainsi l'absence de différence entre les 2 groupes est contradictoire avec cette notion de retentissement de la maladie, à moins qu'il s'agisse d'un effet de la dermatose plus ancien, non relatif à la persistance de la maladie et durable dans le temps.

Pour avoir un élément de réponse, nous devons nous référer aux observations cliniques que nous avons obtenues lors des entretiens :

Les patients du groupe 2 présentaient des revendications plus fréquentes et nombreuses par rapport à leur parent, expliquant cet état d'esprit préoccupé mesuré. Néanmoins, ils affichaient une lucidité et des capacités d'introspection supérieures à ce que nous avons ressenti chez les sujets du groupe 1, qui présentaient des mécanismes défensifs plus importants, évoquant « l'exclusion défensive » du détachement avec souvent une idéalisation des parents.

Or sur le Q Sort selon KOBAK, ces patients du groupe 1 sont effectivement significativement plus détachés que les patients du groupe 2. Ainsi ce détachement structurel des patients pérennisés peut expliquer que leur préoccupation n'ait pas pu être « captée » par le CAMIR, lissant les différences de score entre les deux populations.

Cette hypothèse est en partie confirmée par l'absence de corrélation entre l'indice calculé de stratégie secondaire du Q sort de KOBAK et celui du CAMIR : ces deux indices d'insécurité provenant de deux tests différents ne mesurent pas la même chose dans nos populations, à moins que l'indice du CAMIR ne soit modifié par le détachement structurel de certains sujets du groupe 1. Notons que l'absence de cette corrélation ne correspond pas avec ce qu'observe PIERREHUMBERT (1996) dans ses études de validation du CAMIR (corrélation significative ( $r=.68$ )).

Ainsi il est possible que le score de préoccupation du groupe 1 soit sous évalué au CAMIR, auquel cas une différence entre les deux populations apparaîtrait. Ceci pourrait être le témoin d'une spécificité de notre population de patients somatiques avec eczéma atopique (détachement structurel interagissant sur l'expression d'une préoccupation en termes de représentation d'attachement).

*Quoiqu'il en soit, il existe bien un retentissement de la dermatite atopique avec orientation vers une stratégie secondaire d'ordre préoccupée.*

En effet, l'ensemble de nos 80 sujets adultes sont plus insécures que sécures au CAMIR, avec un score de préoccupation significativement plus élevé, qu'ils aient guéris ou pas de leur dermatite atopique.

Ces résultats ont déjà été observés par *RABUNG (2004)* avec augmentation du taux d'insécurité chez les adultes atteints de dermatite atopique avec ou sans rémission (54 % des patients insécures versus 46% de sécures), avec une prédominance de la préoccupation (23% de sujets préoccupés, 19% de sujets détachés et 12% de sujets désorganisés). Ainsi la chronicité ne semble pas agir sur la nature de l'attachement dans cette étude (63% d'insécures pour les sujets avec rémission, 50% pour les sujets sans rémission). Pour évaluer l'attachement il utilise le RSQ (« Relationship scales Questionnaire ») en version allemande. Il est probable que ce test étant un questionnaire avec des questions posées au sujet, n'évalue surtout que les représentations sémantiques concernant l'attachement. Il est donc légitime de rapprocher ces résultats de ceux que nous avons obtenus au CAMIR.

Il s'agit donc, comme dans notre étude où les sujets guéris ont la même insécurité, d'un retentissement durable de la maladie datant de l'enfance et l'adolescence et perdurant à l'âge adulte, sans influence de la persistance ou pas du symptôme « eczéma ».

Ceci explique l'absence de corrélation entre la gravité de la maladie observée au temps de l'examen et les scores d'attachement au CAMIR dans notre étude, au RSQ dans l'étude de *RABUNG* : l'insécurité n'augmente pas la gravité de la maladie et vice versa.

Par contre, nous observons également une baisse de score de sécurité au CAMIR et une augmentation de la recherche de soutien social lorsque le visage est atteint par la dermatose (significativité uniquement en cas d'hypothèse orientée).

Ces résultats sont démonstratifs de la valeur de transaction relationnelle de cette dermatose, avec parfois cette dimension d'appel à l'autre, ressentie cliniquement par les praticiens et par l'entourage du patient.

Ainsi, l'apparition précoce d'une dermatite atopique (avant 3 ans) n'influe pas sur la nature de la structure d'attachement, alors que cet eczéma aura par la suite un effet direct sur les représentations d'attachement du sujet, avec apparition d'une préoccupation anxieuse inductrice de comportements de demande de soins. Il semble donc que ce qui n'a pas été perturbant pour la relation de la dyade mère-enfant le devienne par la suite avec le développement cognitif de l'enfant, et de sa vie relationnelle « extra dyadique ».

Il s'agit d'un âge où l'enfant développe ses compétences sociales et où sa vulnérabilité par rapport à son image de soi et ses relations à autrui peut apparaître. Notamment la prise de conscience de sa maladie peut le fragiliser par rapport à ses camarades.

Ainsi l'aspect relationnel est très important dans le retentissement de cette dermatose, comme dans beaucoup de maladies chroniques et nous pouvons supposer que cette fragilité peut trouver un paroxysme à l'adolescence, lors de l'apparition de la sexualité, et se pérenniser à l'âge adulte.

Selon la théorie de l'attachement, cette préoccupation est associée à une baisse de l'estime de soi, avec perception d'un caractère imprévisible et non satisfaisant de l'entourage malgré une image positive d'autrui. Il s'ensuit souvent une dépendance anxieuse à autrui.

L'accompagnement de ces patients devra donc tenir compte de ces différents facteurs :

- *renforcer l'estime de soi.*

- donner la possibilité au patient de *vivre une expérience correctrice* par les soins, avec une fiabilité et une constance de ceux-ci, un message unifié donné au patient quant à la maladie, une disponibilité, une empathie (sensitivité et réceptivité).

- *gérer la dépendance affective* en établissant un cadre thérapeutique, des limites (temps et nombre de consultation, ce qu'il est possible de demander et d'attendre des traitements et des soignants, favoriser l'autonomie par rapport aux soins...)

Il s'agit donc de trouver la bonne distance entre l'accompagnement et l'autonomisation : trop d'accompagnement nuit à l'autonomisation et inversement...

Il convient de remarquer combien le nomadisme des soins est préjudiciable sur tous ces plans : échec de soins vécu comme autant d'échec personnel (alors qu'une meilleure observance et suivi les auraient évités), messages multiples concernant les soins et la maladie aggravant la sensation de non fiabilité du soignant ou des connaissances sur la maladie, investissements affectifs très subits et labiles pour un soignant ou une technique.

3) *La structure d'attachement est un facteur dispositionnel prédictif de l'évolution de la dermatite atopique ?*

Nos résultats sont en faveur d'un rôle fragilisant d'une structure insécure quant à l'évolution de la dermatite atopique, avec un risque accru de pérennisation de celle-ci au-delà de l'adolescence.

Notre population de sujets avec eczéma pérennisé semble présenter graphiquement un fonctionnement préférentiellement insécure détaché.

En fait, la comparaison avec une population témoin non clinique (*PIERREHUMBERT*) confirme un score de sécurité plus bas de notre population 1, mais sans différence au niveau des scores de détachement et de préoccupation.

Par contre, la population de patients guéris est significativement plus sécure, moins insécure, détachée et préoccupée.

La différence entre nos deux populations de sujets guéris et non guéris est donc due autant à une structure moins sécure du groupe « eczéma pérennisé », qu'à une structure plus sécure de la population « eczéma non pérennisé » par rapport à la population témoin.

Ce deuxième aspect nous renvoie à la notion de symptôme ayant une fonction dans la relation mère-enfant et permettant une qualité d'interaction précoce ayant un effet positif sur le développement ultérieur de l'enfant.

Cet aspect est d'ailleurs compatible avec notre impression clinique et confirmé par l'apparente résilience observée chez ces patients du groupe eczéma non pérennisé et ayant perdu un parent, avec score bas de l'anxiété que ce soit à la SCL90 comme à la STAIY, baisse de la vulnérabilité à la SCL90 et diminution du coping centré sur l'émotion. Au contraire les patients avec eczéma pérennisés ont des scores élevés à l'ensemble des dimensions de la SCL90, à la STAIY et au coping centré sur l'émotion. Ces deux populations sont donc très différentes dans leur manière « d'absorber » le traumatisme réalisé par le décès d'un parent, laissant supposer une organisation différente de la personnalité par rapport à la notion de perte.

Nous observons d'autres différences importantes dans notre étude entre les deux groupes « eczéma pérennisé et non pérennisé » :

- Il existe une corrélation négative entre l'âge et le score de sécurité au CAMIR, et une corrélation positive avec le cumul d'insécurité, observée uniquement dans le groupe eczéma pérennisé : plus le sujet est âgé, moins il est sécure et plus son score d'insécurité est élevé, sans orientation de l'insécurité vers un style plus détaché ou plus préoccupé (l'indice de stratégie secondaire n'est pas concerné par cette corrélation) : existe-t-il une fragilité particulière de ces patients expliquant cette influence de l'âge ? (cette influence de l'âge a déjà été observée par *PIERRHUMBERT (1996)*, mais uniquement pour les échelles cliniques et non pour les indices de stratégies primaires et secondaires du CAMIR).

- Nous observons une influence importante de la durée de la maladie sur les scores du CAMIR, de la somatisation et de la dépression à la SCL 90, de l'anxiété état et trait pour les sujets du groupe 1 uniquement.
- Les différences entre hommes et femmes, notamment au niveau du Q-sort selon KOBAK (femmes moins sécures, plus détachées et plus préoccupées) et de la SCL90 sont nettement plus importantes dans le groupe 2.
- Les célibataires du groupe 1 vivent moins bien leur maladie que ceux du groupe 2, avec des scores à la SCL90 plus élevés.
- L'effet du nombre d'années d'étude est différent selon le groupe considéré : effet « protecteur » dans le groupe 1 avec scores plus bas à la SCL90 et au coping centré sur l'émotion, « aggravant » dans le groupe 2 avec augmentation des scores de vulnérabilité et d'anxiété.
- Effet « protecteur » d'un âge de début tardif de la maladie dans le groupe 2 non observé dans le groupe 1 avec détachement moins important au CAMIR, traits obsessionnels et gravité globale moins élevés à la SCL90, score plus élevé de coping centré sur le problème et de recherche de soutien social.

Nos deux populations sont ainsi très différentes dans leur adaptation au stress, à la maladie et dans leur gestion émotionnelle : s'agit-il de l'expression d'une différence structurelle, à savoir une insécurité structurelle d'attachement ?

Concernant le groupe « eczéma pérennisé », il semble donc que la baisse de la sécurité plus que l'augmentation de l'insécurité, soit fragilisante en termes d'évolution de la dermatite atopique. En effet, ce groupe ne présente pas d'augmentation d'insécurité au Q-sort selon KOBAK par rapport à la population témoin.

Nous pourrions nous attendre à ce que les sujets moins sécures soient aussi plus insécures en développant une stratégie secondaire.

Ainsi au CAMIR, *PIERRHUMBERT (1996)* observe que les sujets sécures ne sont majoritairement ni détachés, ni préoccupés, les sujets moins sécures plutôt détachés et les sujets à score bas de sécurité, plutôt préoccupés.

En fait, tout se passe comme si ces patients du groupe 1, *malgré un manque de sentiment de sécurité, n'ont pas développé de stratégie secondaire, ceci peut être en raison de la présence de la dermatite atopique.*

Cette hypothèse viendrait alors positionner la dermatite atopique en tant **qu'équivalent d'une stratégie secondaire,** visant à rechercher la proximité de la mère. Le symptôme cutané peut alors être assimilé à un comportement avec cette composante automatique procédurale inconsciente, corporelle, peu sensible aux changements.

Le patient s'étant structuré sous cet aspect (c'est-à-dire le sujet gérant son manque de sécurité par un eczéma) stimulera alors ce « comportement symptomatique » chaque fois qu'il sera confronté à un stress stimulant son système d'attachement. Dans ce cas la pérennisation de la dermatite atopique pourrait être due à la persistance de l'activation de ce système « comportemental » chaque fois que cela est nécessaire, ceci étant possible en raison de la présence du terrain atopique.

Cette intégration du symptôme dans le registre comportemental de l'enfant n'existe pas d'emblée, mais se fait au gré des interactions provoquées par la dermatose.

Nous l'avons vu les soins cutanés peuvent être bénéfiques pour la relation mère enfant.

Aussi cette intégration ne serait permise que lorsque les autres comportements visant à l'établissement d'une relation sécurisée (cris, pleurs, agrippement,...) ne suffisent pas à remplir leur rôle, du fait d'une mère non suffisamment réceptive et sensible. Le nourrisson pourra alors de manière automatique privilégier un comportement supplétif lui permettant de « réparer » ses interactions insatisfaisantes.

Cette stratégie ne sera pas suffisante dans le cas présent pour empêcher une baisse de la sécurité, mais peut prendre la place d'une autre stratégie, qu'elle soit détachée ou préoccupée.

Dans cette hypothèse, la stratégie secondaire du symptôme eczéma n'apparaît que lorsque les interactions précoces ne sont pas satisfaisantes avec absence de la sensation de sécurité : en effet si le symptôme eczéma ne prend pas cette dimension de stratégie secondaire, chez l'enfant sécurisé par exemple, il ne s'inscrit pas dans le registre des compétences comportementales activées lors d'événements difficiles mettant en tension le système d'attachement. Le sujet n'aurait alors pas recours à cette « stratégie psychosomatique » avec un risque moindre de pérennisation de l'eczéma.

Nous aurions ainsi tendance à rajouter un 3<sup>ème</sup> *score d'insécurité, ni détachée ni préoccupée mais d'ordre corporelle*, mesurant cette fragilité psychosomatique, reflétant ainsi cette insécurité organisée sur un fonctionnement symptomatique organique, la nature de ce symptôme dépendant alors du terrain génétique de l'individu. Il s'agit d'un score à inventer et à valider...

Cette interprétation de nos résultats n'est possible qu'avec une stabilité des scores du Q-sort selon *KOBAK* dans le temps et une absence de variabilité de ceux-ci en fonction de facteurs externes ou internes. Cette invariabilité est d'ailleurs le reflet de la stabilité structurelle de l'attachement décrite par *BOWLBY*.

En fait nos résultats au Q sort selon *KOBAK* sont corrélé avec 2 facteurs : la durée de la dermatite atopique et l'âge et ce uniquement dans le groupe 1 (plus la durée de la maladie ou l'âge sont importants, plus le score de sécurité est abaissé, plus la préoccupation est élevée).

Il semble donc que les résultats au Q sort selon *KOBAK* ne soient pas strictement stables et puissent traduire un retentissement de la maladie, et les effets d'un facteur interne (l'âge) uniquement chez les patientes non guéris.

Ceci remettrait en cause notre hypothèse d'une structure d'attachement prédictive de l'évolution de la dermatite atopique.

La différence observée entre nos deux groupes serait alors dûe essentiellement à la présence de la maladie dans le groupe 1.

Nous avons trouvé une seule étude décrivant une insécurité mesurée au Q sort selon *KOBAK* et une pathologie organique : le torticolis spasmodique neurologique (*SCHEIDT 2000*). Il est observé sur 20 adultes atteints, une proportion de 55% de sujets insécures détachés, 25% de sécures et 20% d'insécures préoccupés.

La pathologie étant apparue après l'âge de formation de la structure et partant du principe de stabilité de l'attachement, les auteurs concluent à l'expression d'une personnalité prémorbide favorisée par les dysfonctionnements dans la vie sociale importants créée par cette maladie neurologique.

Nous pourrions considérer que l'âge et la durée d'une maladie puissent être des facteurs révélateurs d'une personnalité avec le temps.

Cette hypothèse devra être validée par d'autres études concernant la stabilité du Q sort selon *KOBAK* dans le temps, par rapport à des facteurs internes et externes, notamment la maladie. Des études longitudinales de sujets adultes atteints de dermatite atopique seraient particulièrement informatives sur le sujet.

Notons par ailleurs, que les scores du Q sort selon *KOBAK* ne sont pas corrélés avec la gravité mesurée au SCORAD : les différences observées entre les deux groupes ne sont donc pas liés au simple retentissement direct de la maladie.

Ainsi, l'hypothèse d'une fragilité « psychosomatique » du sujet insécure nous paraît la plus séduisante: le symptôme eczéma s'exprime surtout chez le sujet insécure, du fait de la dimension stratégique de ce symptôme, avec une fragilisation liée à l'âge et à la durée de la maladie.

Nous comprenons alors l'absence d'incidence de la gravité de la maladie, car, il ne s'agit pas d'un retentissement direct de la dermatose, mais de l'expression d'une fragilité somatique favorisée par une structure psychologique particulière, l'insécurité. Le facteur temps est prédominant dans cette expression, facteur temps que nous retrouvons dans la durée de la maladie et l'âge mais non dans la gravité.

Cette fragilité passerait par le système adaptatif au stress : nous avons vu la similitude développementale des deux systèmes (attachement et stress) qui visent tous les deux à une autonomisation de l'individu, en utilisant les mêmes stimulations et interactions précoces (cf les études chez le rat et les primates).

A ce titre, l'expérience de SPANGLER (1994) montrant que la sensibilité maternelle influence la réponse physiologique de l'enfant au stress est intéressante : ainsi des enfants de 3 à 6 mois en action de jeu libre ou d'exploration, auront des taux plus élevés de cortisol salivaire s'ils ont une mère peu sensibles.

SCHEIDT (2000) observe une corrélation entre le taux de cortisol salivaire avec l'insécurité uniquement dans le groupe de sujets atteints de torticolis spasmodique.

Il en conclue que l'attachement insécure peut être associé à une vulnérabilité au stress uniquement chez les sujets symptomatiques : cette interaction parle bien d'un terrain particulier associant insécurité – sensibilité au stress-pathologie.

Le terrain biologique particulier de certains sujets insécures manifestant un symptôme est une notion très intéressante qui vient rejoindre la volonté de certains auteurs (BRISCH 2002) de créer une sous catégorie d'insécurité avec « symptôme psychosomatique ».

A ce sujet, PIERRHUMBERT (2003) préfère parler de symptôme à « transition psychosomatique », privilégiant ainsi la vocation relationnelle du symptôme, articulée autour de la relation mère-enfant.

Ainsi une simple diarrhée, une poussée d'eczéma aigu seraient autant de moyens pour l'enfant d'attirer et de capter l'attention de la mère. Nous retrouvons ainsi cette représentation du symptôme comme un équivalent de stratégie secondaire quand le terrain biologique le permet.

4) *Quel est le « profil » dans la gestion émotionnelle et l'ajustement à la maladie de l'adulte souffrant de dermatite atopique pérennisée ?*

Nous observons une augmentation de l'anxiété état et trait dans le groupe d'eczéma pérennisé par rapport au groupe eczéma non pérennisé, ce qui est probablement une conséquence de la dermatose persistante, avec potentialisation du retentissement de la maladie par une insécurité structurelle de ces patients.

Dans la comparaison de l'anxiété (état et trait) de la STAIY avec la population témoin, il apparaît que les sujets avec eczéma pérennisé ne sont pas plus anxieux, et que les sujets sans eczéma pérennisés sont moins anxieux (surtout concernant l'anxiété trait) que la normale.

Rappelons que l'anxiété mesurée à la SCL90 dans la population d'eczéma non pérennisé est comparable à celle de la population témoin.

Il semble donc que cette population non symptomatique présente une robustesse à l'anxiété. Il en est de même mais dans une moindre mesure pour la population symptomatique. Néanmoins, nous nous attendions à un niveau d'anxiété état et trait supérieur à la normale dans la population symptomatique.

Les soins cutanés réalisés chez le nourrisson lors des soins pour l'eczéma sont ils bénéfiques sur le développement et l'organisation de la psyché de l'enfant au point de permettre une organisation intra psychique moins enclin à l'expression anxieuse, qu'elle soit structurelle ou secondaire ?

Notons néanmoins que l'absence de corrélation entre les scores de la STAIY et l'âge de début de la dermatose dans notre étude ne plaide pas pour cette hypothèse.

La littérature associe anxiété, notamment dans sa forme trait, avec des problèmes de santé divers (asthme, insomnie, migraine, ulcère duodéal, hypertension artérielle...) (*BRUCHON-SCHWEITZER 2002*). Toute pathologie chronique est susceptible de donner un niveau d'anxiété plus élevé (*CHIDA 2008*). Notons également les publications faisant état d'un lien entre l'atopie et une anxiété « neuro-immune » comme les études le laisse supposer dans la rhinite allergique chez le rat (*TONELLI 2009*) et dans l'asthme atopique chez l'homme (*COSTA-PINTO 2005*).

Alors comment expliquer nos résultats « anormalement normaux » pour le groupe 1 (eczéma pérennisé), et abaissé pour le groupe 2 (eczéma non pérennisé) à la STAIY ?

Ces scores sont ils en rapport avec un caractère « répresseurs » des sujets, avec des mécanismes défensifs permettant de ne pas reconnaître les émotions : il s'agirait alors de « faux non-anxieux » selon *BYRNE (1964)*, cité par *BRUCHON-SCHWEITZER*.

Nous rapprochons ce concept à celui d'alexithymie et d'exclusion défensive du détachement. Or le groupe 2 est moins détaché que le groupe 1 et ne présente pas un fonctionnement préférentiellement détaché par rapport à la population témoin. Cette hypothèse n'est également

pas compatible avec notre sensation clinique, avec des patients exprimant assez aisément leur état interne lors des entretiens.

Nous devons donc rechercher un autre élément explicatif :

- Concernant le groupe 2, leur caractère plus sécure par rapport à la population témoin semble déterminant dans l'explication des résultats.

Il existe en effet dans notre étude une corrélation nette entre les scores à la STAIY et ceux au Q-sort selon *KOBAK* : plus le sujet est sécure, plus ses scores d'anxiété sont bas, et inversement plus les scores de détachement et de préoccupation sont élevés, plus le sujet est anxieux. La structure d'attachement sécure de ce groupe, avec des scores faibles de détachement et de préoccupation, expliquerait que celui-ci manifeste moins d'anxiété.

(Remarquons néanmoins que la robustesse de ce groupe 2 ne se manifeste pas sur les dimensions mesurées à la SCL90, notamment la dépression. Il conviendrait néanmoins de comparer nos résultats avec ceux d'une population avec pathologie organique autre qu'une dermatose).

- Cette même corrélation n'explique par contre pas les résultats du groupe 1, moins sécure.

Il est légitime alors d'évoquer une fonction protectrice du symptôme eczéma, permettant une meilleure gestion des tensions psychiques internes et notamment de l'anxiété, qu'elle soit trait de caractère ou secondaire, avec normalisation des scores à la STAIY.

L'eczéma deviendrait un équivalent anxieux permettant de ne pas vivre cette anxiété psychiquement. Nous retrouvons le concept de balance psycho-somatique des psychomatiens...et d'équivalent de stratégie secondaire pour le symptôme eczéma...

De plus citons dans la comparaison de nos deux groupes nos résultats en faveur d'un lien fort entre anxiété trait et préoccupation, que ce soit au niveau du Q-sort selon *KOBAK* comme au CAMIR, chez l'adulte avec eczéma pérennisé.

*Ainsi le profil des sujets avec eczéma pérennisé est celui de patients insécures ayant établi une stratégie secondaire somatique par l'intermédiaire de l'eczéma, lui permettant de gérer une préoccupation et une anxiété trait de personnalité, qui de ce fait ne se vivent plus dans le domaine psychique et ne s'objectivent plus au niveau des tests (Q-sort selon KOBAK, STAIY).*

Par ailleurs la répercussion au niveau psychologique dans le groupe eczéma pérennisé est importante avec des scores supérieurs à ceux du groupe 2 pour l'ensemble des symptômes et indices à la SCL90 sauf en ce qui concerne la dépression et les traits psychotiques.

La comparaison avec la population témoin montre que l'ensemble des dimensions psychopathologiques sont nettement augmentées dans nos deux populations, mais surtout dans la population eczéma pérennisé. Les sujets « guéris » voient leurs scores de somatisation,

d'anxiété, d'hostilité, de traits phobiques et de degré de malaise se normaliser. Il s'agit donc de dimensions psychologiques « impactées » par la maladie. Par contre ces sujets guéris présentent des scores élevés de *vulnérabilité (sensitivité interpersonnelle)*, de *dépression*, de *traits paranoïaques*, de *traits psychotiques* et de *symptômes divers*. Il est donc possible que ces dimensions psychologiques soient en rapport avec le terrain atopique de ces sujets. (Citons l'augmentation nette du score concernant les traits paranoïaques dans l'eczéma atopique pérennisé, allant dans le sens de certaines descriptions cliniques dans la littérature (JOWETT 1985), avec majoration possible par la maladie d'un terrain préexistant en raison de nos résultats).

Il existe néanmoins une apparente contradiction concernant la dépression : les scores sont augmentés dans la population de « sujets guéris » qui est une population plus sécurisée structurellement que la population témoin et sans aggravation significative par la présence de la maladie (sujets pérennisés). Or nous connaissons le facteur protecteur de la sécurité d'attachement concernant la dépression et la répercussion fréquente en terme de dépression de la dermatite atopique. De même l'anxiété n'est pas augmentée parallèlement à la dépression toujours dans ce groupe 2. Or, il existe une corrélation très forte entre l'anxiété et la dépression vérifiée dans notre étude. Selon ces résultats la dépression mesurée dans notre étude serait un facteur constitutionnel indépendant de la nature de l'attachement, de l'anxiété et de la présence de la maladie : s'agit-il d'une caractéristique liée uniquement au terrain atopique ?

Ces patients avec eczéma pérennisé ont un score de coping centré sur l'émotion supérieur à celui des patients « guéris ». Ce type d'ajustement au stress est par ailleurs corrélé à la préoccupation mesurée par le CAMIR dans ce groupe 1 : plus le sujet est préoccupé au niveau de ses représentations d'attachement, plus son ajustement au stress est centré sur l'émotion. Comme RABUNG nous observons une augmentation du style préoccupé chez les insécures dans leur ajustement à la dermatite atopique.

La préoccupation semble donc être un mode d'insécurité préférentiel déclenché par la dermatite atopique, avec une recherche anxieuse d'aide à l'extérieur. CIECHANOWSKI (2002) observe cette augmentation de demande de soins chez le sujet préoccupé, avec plus de symptômes perçus mais sans association à une augmentation de la morbidité. Cette préoccupation au niveau des représentations d'attachement n'induit donc pas de maladie ou d'autre pathologie somatique. Il s'agit d'un mode de réaction à celle-ci avec des conséquences importantes sur le vécu de la maladie : la nature de l'attachement est le deuxième facteur prédictif, après la gravité de la dermatite atopique, de cette qualité de vie (RABUNG 2004). Il s'agit donc d'un facteur important à prendre en compte lorsque nous travaillons sur l'accompagnement de ces patients.

Par contre les sujets insécures perçoivent ce soutien social comme moins efficace (RABUNG 2004). Ceci concorde avec cette sensation d'insatisfaction que manifestent parfois ces patients par rapport aux traitements et prise en charge, pouvant expliquer ainsi le nomadisme médical de ces patients (la chronicité de la maladie en étant un deuxième facteur).

Nous avons ainsi *le tableau clinique d'un patient présentant de l'eczéma et manifestant une certaine préoccupation anxieuse et recherche d'aide à l'extérieur, perçue souvent comme inefficace par le patient.*

5)- *le terrain atopique extrinsèque (avec IgE augmentées) est un facteur de risque pour une insécurité préoccupée avec augmentation de l'anxiété de séparation ?*

a) Concernant l'aspect structurel, nous observons au Q-sort selon KOBAK un caractère protecteur en termes de sécurité d'un terrain atopique intrinsèque (avec IgE normales) en raison d'une corrélation positive entre le taux d'IgE et la sécurité, négative avec le détachement et la préoccupation et également en raison d'une interaction du taux d'IgE avec le facteur d'évolution (pérennisation-non pérennisation) sur le score de sécurité :

*La population 2 (eczéma non pérennisé) a un taux de sécurité d'autant plus élevé par rapport à la population 1 (eczéma pérennisé) que le taux d'IgE est normal.*

Par ailleurs, les sujets « qu'ils soient guéris ou pas » mais avec un taux normal d'IgE ont un score de sécurité plus élevé et de préoccupation plus bas que ceux présentant un taux élevé d'IgE.

*La dermatite atopique intrinsèque est donc structurellement plus sécuritaire et moins préoccupée que la dermatite atopique extrinsèque,*

Rappelons que le taux d'IgE est corrélé avec la gravité mais que celle-ci n'est pas corrélée aux scores d'attachement du Q-sort selon KOBAK.

Nous ne pouvons donc pas expliquer cette différence de score au Q sort selon KOBAK par une différence de gravité des deux formes de dermatite atopique (cette explication supposerait d'ailleurs que le Q sort selon KOBAK mesurerait un retentissement de la maladie ce qui n'est pas dans nos présupposés théoriques).

Par ailleurs, il existe plus de terrain atopique intrinsèque dans le groupe 2 (57,14%) que dans le groupe 1 (34,21%).

Notons que cette proportion de dermatite atopique intrinsèque est plus importante dans nos 2 populations par rapport à ce qui est décrit habituellement chez l'enfant (25% en moyenne *SCHAFFER 1999*).

Ceci peut-être dû à une normalisation des IgE chez certains patients adultes en rapport avec une immunotolérance acquise avec l'âge. Ainsi, certaines dermatites atopiques intrinsèques de l'adulte seraient en fait d'anciennes dermatites atopiques extrinsèques dont le taux d'IgE s'est normalisé avec l'âge.

Aussi une population de dermatite atopique intrinsèque chez l'adulte n'est pas aussi homogène que chez l'enfant, où il semble exister une spécificité structurelle de ce type de dermatite atopique (notamment polymorphisme génique des récepteurs adrénérgiques *ROGUEDAS 2003*).

Aussi devons nous exprimer nos résultats sous une autre forme : *les patients avec IgE normales ont plus de chance d'avoir une sécurité structurelle d'attachement à l'âge adulte et ce d'autant plus qu'ils n'ont pas de pérennisation de leur eczéma.*

Il n'existe par ailleurs pas d'interaction entre le facteur groupe et le caractère sûr du patient sur le taux d'IgE : une insécurité n'induit pas une sécrétion accrue d'IgE.

Il existe donc un lien entre un facteur clinique (évolution de la dermatite atopique) et un facteur organique (taux d'IgE) sur une variable psychologique (structure sûre d'attachement), lien dont il reste à comprendre la nature : L'interaction s'expliquerait soit en termes de terrain (des IgE normales sont le reflet d'un terrain présentant des chances accrues d'avoir une structure sûre d'attachement avec une guérison de la dermatite atopique), soit en termes de cofacteur (une structure sûre est associée à une guérison de l'eczéma d'autant plus que les IgE sont normales).

La sécurité d'attachement et le taux d'IgE peuvent être deux cofacteurs témoignant du même terrain :

L'augmentation des IgE est associée à un mauvais pronostic à long terme concernant l'évolution de la dermatite atopique (*FLOHR 2004*), avec persistance plus fréquente de poussées à l'âge adulte. L'hyper IgE de l'atopique est liée à un terrain génétique, avec notamment une disposition à sécréter des IgE au contact d'antigènes environnementaux, contact favorisé par une peau dont la fonction barrière est altérée.

L'évolution naturelle du nouveau né est le passage d'une réaction immunitaire d'orientation TH2 initiale (profil cytokinique garantissant l'immunotolérance du fœtus par la mère) vers un profil TH1 de défense par rapport aux microorganismes étrangers.

Cette évolution naturelle est probablement facilitée par le système homéostatique du stress.

En effet toute anomalie de ce dernier système est préjudiciable à l'installation de ce profil TH1 : Le stress maternel peut ainsi orienter préférentiellement vers un profil TH2 par l'action des catécholamines (VON HERTZEN 2002). *De même le stress aigu provoque une augmentation du taux d'IgE totales et ce uniquement chez les sujets atopiques (BUSKE-KIRSCHBAUM 2002) ainsi que les IgE spécifiques (KIMATA 2003).*

La sécurité d'attachement est le reflet d'une interaction mère-enfant harmonieuse, garantissant le développement de l'enfant que ce soit sur un plan psychologique comme immunitaire. Son importance est d'autant plus grande que le sujet est atopique avec on l'a vu une sensibilité exacerbée aux anomalies provoquées par le stress.

Nous pouvons donc supposer l'association : taux IgE normal, augmentation de la sécurité d'attachement – faible sensibilité au stress.

A l'inverse un stress dans l'enfance peut induire une hyper IgE chez un sujet atopique ainsi qu'une structure insécure d'attachement.

L'évolution de l'eczéma est sous la dépendance de multiples facteurs, le taux d'IgE et la sécurité d'attachement en étant deux parmi d'autres, ces deux cofacteurs témoignant d'un terrain commun au regard de la nature des interactions précoces déterminée par la présence ou pas de stress vécu dans la petite enfance.

- b) Concernant le retentissement sur les représentations d'attachement, nous considérerons les scores au CAMIR et nous observons qu'un taux élevé d'IgE est favorisant concernant une baisse de la sécurité et une augmentation de l'insécurité préoccupée et du cumul d'insécurité lorsque les patients ont un eczéma pérennisé : il existe en effet une corrélation négative entre la sécurité et le taux d'IgE rapporté à la norme, ainsi qu'une corrélation positive avec la préoccupation (et le cumul d'insécurité), avec une interaction au niveau descriptif sur le score de préoccupation en fonction du groupe et du taux d'IgE : le score de préoccupation sera d'autant plus élevé pour les patients avec eczéma pérennisé que les IgE sont augmentées.

Chez l'adulte, un terrain atopique extrinsèque favorisera le retentissement sous la forme d'une baisse de la sécurité et une augmentation de l'insécurité préoccupée (et du cumul d'insécurité) chez le sujet avec eczéma pérennisé, alors qu'un terrain atopique intrinsèque sera au contraire protecteur vis-à-vis de ce retentissement..

En fait, les IgE étant fortement corrélées avec la gravité de la maladie, ces résultats peuvent être le reflet du retentissement de la maladie : plus les IgE sont augmentées, plus la gravité est

importante, plus le retentissement sous forme de préoccupation d'attachement et baisse de sécurité est présent.

Cette interprétation est renforcée par l'existence également d'une corrélation entre les taux d'IgE et les scores de vulnérabilité, de dépression, de traits paranoïaques, de gravité globale à la SCL90 et d'anxiété état à la STAIY et ce uniquement dans le groupe 1 : ces résultats peuvent être là aussi le reflet du retentissement de la maladie.

De même il existe une corrélation négative entre le taux d'IgE et le score de détachement chez les sujets « guéris », ainsi qu'avec le score de cumul d'insécurité : le score d'insécurité, notamment de détachement est d'autant plus bas que le sujet présente une dermatite atopique intrinsèque. Ces résultats peuvent être expliqués par l'absence de pérennisation de l'eczéma, favorisée par un taux bas d'IgE.

Par contre les résultats du CAMIR et d'anxiété à la STAIY ne sont pas corrélés avec le SCORAD mesurant la gravité de la maladie au temps de l'examen.

De même le taux d'IgE est corrélé avec la dépression, dont le score n'est pas différent entre les deux groupes pérennisé et non pérennisé (la dépression n'est pas liée à la présence ou non de la maladie). Par ailleurs il existe une corrélation entre un facteur stable de la personnalité, l'anxiété trait, et le taux d'IgE.

Enfin il convient de noter qu'il existe un doute sur l'existence d'une d'interaction entre le facteur groupe et le caractère sécure du patient au CAMIR sur le taux d'IgE (significativité tendancielle) : une insécurité en termes de représentations d'attachement est elle susceptible d'induire une sécrétion accrue d'IgE ?

Il est donc possible que le lien existant entre le taux d'IgE et des dimensions psychologiques comme les représentations d'attachement, l'anxiété, la dépression soit d'une autre nature qu'un simple retentissement de la maladie, et puisse être le reflet d'un terrain favorisant.

Par exemple considérons la vision pathogénique actuelle de la dermatite atopique, où il est question de la fabrication d'IgE contre des auto-antigènes, donnant une dimension de « pathologie auto-immune » à l'eczéma.

Ces « auto IgE » seront retrouvées chez le patient avec dermatite atopique évolutive, et non chez le sujet atopique sans lésion de dermatite atopique et le groupe contrôle (*VALENTA 1996*).

Ces auto-anticorps sont ainsi orientés contre des protéines endogènes, notamment épidermiques, de patients souffrant de dermatite atopique évolutive et sévère.

Cette donnée a été confirmée récemment (*ALTRICHTER 2008*). Le taux de certains de ces auto-IgE augmenterait avec l'aggravation des lésions cutanées, et accentueraient celles ci par l'immun complexe réalisé avec l'auto antigène (*NATTER 1998*).

Ces auto IgE participeraient ainsi à la pérennisation de l'eczéma, et expliqueraient la persistance de dermatites atopiques sévères de l'adulte malgré l'éviction des allergènes. Ils permettent également de comprendre l'apparition chez l'adulte jusque là indemne de tout eczéma, d'authentiques lésions de dermatite atopique, ce qui était inexplicable avec la vision pathogénique précédente de la « marche atopique ». Ces dermatites atopiques tardives de l'adulte apparaissent d'ailleurs souvent à la suite d'un stress majeur, renforçant l'hypothèse d'un lien fort entre le psychisme et la sécrétion d'auto-IgE.

Il n'est pas possible pour l'instant de déterminer la part de ces « auto-IgE » dans nos dosages d'IgE totales.

La dermatite atopique prendrait ainsi le statut de maladie auto immune, dans laquelle le rôle du psychisme est actuellement de plus en plus documenté (*CONSOLI SM 2003*) même si le profil de nos patients avec dermatite atopique ne correspond pas à celui rencontré dans l'alexithymie et dans la personnalité de type C (*TEMOSHOK 1987*) retrouvées dans les pathologies auto immunes. Le lien IgE et facteur psychologique ne serait plus celui de deux simples cofacteurs résultants du retentissement de la maladie, mais deviendrait un lien interactif et agissant, dont les effets doivent être étudiés.

Néanmoins, il existe peu de publications faisant état d'un lien entre IgE et psychisme :

- *SCHEICH (1993)* observe des scores d'excitabilité et de coping inadapté dans une population de 61 femmes avec dermatite atopique comparée à 15 patients avec bronchite chronique, et ce uniquement chez les patientes avec IgE augmentées. Il n'observe pas d'augmentation des scores d'anxiété état et trait chez ces mêmes patientes.

- baisse du taux d'IgE spécifiques (pollen, acariens, latex) par le baiser *KIMATA (2006)*, avec orientation de la réaction immune vers le type TH1 (24 patients adultes) (cette réaction n'est pas obtenue par une étreinte sans baiser).

- baisse du taux d'IgE spécifiques par la relaxation induite par le rire, ou par écoute de musique classique (*MOZART*) *KIMATA (2003 b, 2004)* (avec atténuation de la réponse allergique cutanée locale).

- Mise en évidence par *COSTA PINTO (2006)* chez la souris de foyers d'activation cérébrale (noyau paraventriculaire de l'hypothalamus et nucleus de l'amygdalle cérébelleuse) par exposition orale ou nasale à un allergène alimentaire (ovalbumine), avec hyperexpression au niveau des zones cérébrales précitées de la CRF (« corticotropine- releasing factor ») et augmentation du taux plasmatique de cortisol.

Les zones cérébrales activées sont celles utilisées dans les comportements liés à l'émotion (comme celui d'évitement anxieux) et de réponse au stress, ceux là même utilisés par la souris pour éviter l'exposition à l'allergène.

L'immunotolérance ou l'utilisation d'un sérum anti IgE fait disparaître l'activation cérébrale en même temps que les comportements d'évitement: cette réaction adaptative cérébrale et comportementale est donc IgE dépendante. Ce système utilise en relais l'axe hypothalamo-hypophysaire en raison de l'hyperexpression in situ de la CRF et de l'augmentation du cortisol plasmatique.

Nous observons donc par ces récentes publications que la sécrétion d'IgE peut être modulée par le psychisme et qu'elle peut participer à l'induction de certains comportements. De même, il semble exister une intrication entre le système hypothalamo-hypophysaire-adrénergique, la sécrétion d'IgE et l'expression cérébrale.

Nous avons vu l'interaction IgE-évolution de la dermatite atopique sur les représentations d'attachement. L'interaction structure d'attachement-système homéostatique du stress est de plus en plus documentée dans la littérature.

Nous pouvons inférer que l'évolution de la dermatite atopique puisse être sous la dépendance d'un système interactif associant :

- le système immunitaire (balance TH1, TH2, sécrétion d'IgE).
- le système homéostatique au stress.
- la structure d'attachement en tant que système motivationnel ayant pour but la survie de l'espèce et intégrant les expériences précoces dans une dimension affective.
- un probable relai cérébral, comme dans le modèle des allergènes alimentaires décrit par *COSTA PINTO*.

Cette vision neurobiologique rejoint l'intuition de *BOWLBY (1968)* qui parle en termes d'apprentissage, de système comportemental, renforcé ou pas par l'expérience, de stimulus

environnementaux sensoriels avec influx nerveux afférent traité au niveau du cerveau, avec évaluation réalisée en fonction de normes établies par l'expérience antérieure, et d'un « jugement de l'interprétation qui en résulte en fonction de l'action à entreprendre ». Les neurobiologistes (SCHORE 2000) localisent actuellement le système cérébral gérant les informations en rapport avec la structure d'attachement au niveau de l'hémisphère droit, qui gère les fonctions automatiques de contrôle et de régulation en rapport avec l'émotion, notamment en matière de stress. Il traite notamment les informations non verbales de type expression du visage, gestuelle, tonalité vocale. Notamment la zone orbito frontale de cet hémisphère serait particulièrement concernée : elle traite les informations permettant l'intégration des sensations externes et internes, permettant une compréhension de l'état d'esprit d'autrui, et ce dans une dimension émotionnelle et une compréhension de soi. Cette région cérébrale participerait ainsi à la fonction de réflexivité de FONAGY (1997) si importante dans le fonctionnement d'une structure sécure.

Cette zone serait également nécessaire dans le domaine de la théorie de l'esprit où il existe une composante affective (STONE 1998).

Le positionnement des IgE dans ce système reste à préciser : sont-elles le simple témoin biologique d'un terrain particulier ? Ont-elles une action propre sur le modèle de « la tempête cytokinique » décrite par DANTZER (2008) où les cytokines induites par une maladie infectieuse ou une simple vaccination peuvent induire des effets psychologiques comme la dépression ?

Nous ne connaissons encore que très peu ces immunoglobulines, découvertes 100 ans après les autres et dont le rôle était cantonné jusque là à la défense contre les agents infectieux, notamment parasitaires, et dans la réponse immunitaire notamment aux allergènes environnementaux.

*Nos résultats sont en faveur d'une plus grande vulnérabilité psychologique des sujets présentant un eczéma atopique pérennisé avec des IgE augmentées. Cette vulnérabilité s'exprime en termes de préoccupation au niveau des représentations d'attachement, de la majoration du retentissement psychologique de la dermatite atopique, notamment de l'anxiété et d'un score de dépression augmenté même en l'absence de pérennisation de la dermatose.*

# ***CONCLUSION***

Cette étude a été motivée par l'observation clinique d'une différence de présentation et de fonctionnement des sujets adultes avec eczéma atopique pérennisé. Les résultats de cette étude sur 80 adultes (40 patients avec dermatite atopique pérennisée, 40 patients « guéris ») semblent confirmer que cette différence ne peut pas être expliquée uniquement par le retentissement de la maladie, mais qu'il existe bien une différence structurelle entre le sujet qui guérit de son eczéma et celui qui continue de faire des poussées à l'âge adulte.

Il paraît pertinent d'utiliser le paradigme de l'attachement dans l'étude de ces différences et plusieurs résultats nous apparaissent importants :

- ***Il ne semble pas exister de répercussion de la dermatite atopique sur la nature de la structure d'attachement lorsqu'elle apparaît dans les premiers mois de la vie***, ce qui fait supposer un rôle important de l'interaction résultant de la démarche de soins dans la nature des interactions précoces. Le support de cet « effet bénéfique » peut résider autant dans les stimulations tactiles, importantes dans le développement de l'enfant que dans la relation et la proximité « obligée » de la figure d'attachement. Il est vrai qu'une dermatite atopique peut majorer le côté dysfonctionnel de la relation mère enfant lorsque les soins sont mal réalisés par exemple, mais l'origine de l'insécurité n'est alors pas l'eczéma, mais cette relation non satisfaisante à la mère, qui préexistait à l'apparition de la dermatose. A noter que ce résultat devra être confirmé par une étude longitudinale chez l'enfant.
- Contrairement à ce qui se passe dans la petite enfance, ***la répercussion de la dermatite atopique sur le plan psychopathologique (notamment au niveau de l'anxiété) est importante par la suite*** avec expression chez l'adulte d'une insécurité préoccupée anxieuse. Ceci montre combien la peau est investie en tant qu'organe de communication et de relation, et que des dysfonctionnements à son niveau ont une importante répercussion sur le sujet. Ce retentissement va ainsi prendre toute sa mesure avec la diversification des relations sociales de l'enfant, l'importance prise par l'image de soi et l'apparition de la vie amoureuse. L'adulte avec eczéma pérennisé va s'ajuster de manière inadaptée à sa dermatose avec un coping centré sur l'émotion, et une recherche de soutien et de solution externe, démarche rendue difficile du fait d'une inefficacité perçue d'emblée par le patient.
- L'adulte présentant une pérennisation de sa dermatite atopique semble être significativement plus insécure en terme structurel qu'un adulte ayant guéri. Ceci ne peut pas être expliqué par un retentissement de la dermatose en raison de la stabilité de l'aspect structurel de l'attachement depuis l'enfance. Aussi nous devons considérer ***qu'une structure d'attachement insécure pourrait être un facteur de risque dans la pérennisation de la dermatite atopique.***

Ceci positionnerait ainsi la structure d'attachement en tant que possible facteur prédictif dans l'évolution d'une dermatite atopique.

Dans l'enfance l'eczéma peut prendre une dimension de « transaction psychosomatique » dans la relation mère-enfant. Par ailleurs le patient est insécure en raison de l'échec de ses stratégies primaires d'attachement, indépendamment de la présence de sa dermatose. *Le symptôme pourrait alors s'inscrire en tant qu'équivalent de stratégie secondaire d'attachement*, ceci étant possible de par l'existence d'une prédisposition génétique (atopie). Cette inscription en tant que « compétence comportementale » pourrait expliquer la pérennisation de l'eczéma lors de l'activation du système d'attachement chez l'adulte.

- Le taux d'IgE est t'il un marqueur intéressant ? En effet dans notre étude un taux normal est plus souvent retrouvé lorsqu'il existe une structure sécure d'attachement chez le sujet « guéri » : les IgE sont elles le témoin d'un terrain déterminé par la nature des interactions précoces (la sécurité d'attachement en étant un autre marqueur), ou sont elles l'expression d'un cofacteur, l'atopie, interagissant avec la sécurité d'attachement sur l'évolution de la dermatite atopique ? Par ailleurs la présence de représentations insécures préoccupées dans l'eczéma pérennisé est liée à un taux d'IgE élevé (terrain atopique extrinsèque) : le taux d'IgE est il un marqueur de vulnérabilité psychologique en termes d'insécurité dans la dermatite atopique?

### **Ces différents résultats nous permettent d'imaginer l'histoire naturelle éventuelle d'une dermatite atopique :**

Un enfant présente à sa naissance un terrain atopique, c'est à dire une sensibilité accrue de son système immunitaire à la sensibilisation aux antigènes de l'environnement. Il présente également des anomalies de la barrière épidermique (déficit en filaggrine par exemple) et de son immunité innée (anomalies de certains toll like récepteurs parmi d'autres anomalies possibles).

Il va développer dans son plus jeune âge les premières lésions de dermatite atopique, parfois à l'occasion de la sensibilisation à un allergène environnemental, favorisée par sa barrière épidermique défaillante. Ces premières poussées n'auraient à priori pas de lien avec une problématique psychologique particulière.

Des stimulations de la peau et une relation de soin vont résulter de cette situation initiale.

Deux situations sont alors possibles :

- a) Soit la relation mère enfant était déjà satisfaisante et l'eczéma ne viendrait que renforcer la qualité de cette interaction (nous pouvons supposer que si les soins ne sont pas correctement

réalisés mais avec l'intention de bien faire, la perception de cette « préoccupation maternelle bienveillante » sera la plus importante. En quelque sorte « l'intention prime sur l'action ».).

b) Soit il existait une mauvaise qualité des interactions précoces avec la mère, stimulant des stratégies d'attachement secondaires.

L'expérience serait alors faite par l'enfant d'un effet bénéfique des soins cutanés sur la nature de cette interaction et l'eczéma pourrait prendre progressivement une dimension de stratégie secondaire, désactivant alors les autres stratégies possibles.

Il serait alors possible que cette stratégie soit correctrice dans certains cas expliquant l'absence de retentissement en termes d'insécurité de la dermatite atopique chez le jeune enfant. L'enfant est alors sécure mais peut parfois continuer d'utiliser l'eczéma en tant qu'« équivalent de stratégie secondaire » lors des situations activant son système d'attachement.

En cas d'interactions précoces suffisamment dysfonctionnelles, l'enfant deviendrait insécure malgré cette stratégie.

Ceci pourrait ainsi s'installer au fil des poussées induites par l'évolution naturelle de la dermatite atopique, qui a pour vocation de s'atténuer avec l'âge (modification immunitaire ?).

Néanmoins si l'eczéma a pris cette dimension de stratégie secondaire et connaissant l'influence importante du psychisme sur l'immunité, il serait possible alors que les poussées de la maladie perdurent chaque fois que nécessaire, c'est-à-dire lorsque le système d'attachement est activé. Ceci expliquerait cette relation observée entre le stress, notamment lorsqu'il s'agit de perte réelle ou représentée, et les poussées d'eczéma de l'adulte.

L'apparition « de novo » d'un eczéma de l'adulte, qui échappe à toute explication pathogénique actuelle, pourrait être due à l'utilisation de cette stratégie secondaire, sur un terrain atopique préexistant néanmoins et lors d'un événement marquant. L'apprentissage de cette stratégie n'a pas pu se faire dans l'enfance en raison d'absence d'antécédent d'eczéma : nous pourrions alors évoquer la manifestation d'une stratégie corporelle déterminée par le terrain génétique atopique, et réactivée à l'occasion d'un événement déclencheur.

Cette représentation permettrait également d'intégrer le fait qu'un enfant sécure a plus de chance de guérir de sa dermatite atopique : en effet, du fait de sa sécurité il n'aura pas à activer dans sa petite enfance de stratégie secondaire et n'aura donc pas l'occasion d'intégrer son eczéma parmi ses compétences comportementales d'attachement.

***L'enjeu final de ces études est bien sûr thérapeutique.***

Si nous considérons l'attachement comme un possible facteur prédictif d'évolution de la dermatite atopique, il apparaît alors judicieux de revoir la prise en charge du sujet adulte sous cet aspect.

Cette prise en charge serait une possibilité « d'expérience correctrice » et il existe toute une réflexion sur l'aménagement de celle-ci.

La répétition étant une loi en psychologie, le sujet va rejouer ses interactions parentales dans la relation qu'il aura avec le personnel soignant. *BOWLBY* insiste ainsi sur le fait que les représentations de l'enfant sur lui-même et ses parents, qui se sont construites dans l'enfance, avec leur style d'attachement correspondant et les stratégies mises en place, sont réactivées lors du transfert résultant d'une relation thérapeutique.

Il paraît important de réfléchir sur la notion de *distance relationnelle* qui est différente de manière optimale entre le sujet détaché et préoccupé, la notion *d'estime de soi et des autres*, de *demande thérapeutique* et de la manière d'y répondre adéquatement.

Il convient ainsi de ne pas proposer plus de proximité que le patient ne peut en contenir : ceci est particulièrement vrai chez les sujets détachés qui vivent le paradoxe de la recherche de la sécurité donnée par l'autre et la fuite de la dépendance d'autrui occasionnée par ce besoin, donnant cette impression (fausse) d'autonomie. De même l'ambivalence du sujet préoccupé doit être également comprise dans cette contradiction de la présence simultanée d'une recherche anxieuse d'aide vers l'extérieur, témoignant de la dépendance relationnelle particulière de ces sujets, associée à une frustration « anticipée » occasionnée par une réponse « à priori toujours inadaptée » d'autrui avec ressentiment voire colère.

Ainsi la connaissance de la nature et de la spécificité des dysfonctionnements liés à la dermatite atopique peut permettre une meilleure prise en charge :

Par exemple l'équipe soignante sera mieux armée pour gérer un patient « difficile », qui ne manifeste en fait que sa préoccupation, sous entendant une anxiété d'abandon, une labilité émotionnelle, une faible estime de soi, une tendance à la revendication et au paradoxe thérapeutique, une observance des traitements inconstante, une faible adhérence aux messages donnés...

Il peut s'agir ainsi d'aménager le cadre thérapeutique (par exemple temps et contenu des consultations), de sensibiliser le personnel soignant à la notion de disponibilité émotionnelle, notion rappelant celle de sensibilité maternelle si importante pour l'élaboration d'une structure sécurisée d'attachement chez l'enfant.

Les messages du patient doivent être ainsi non seulement perçus mais correctement interprétés afin de proposer une réponse thérapeutique pertinente. Il s'agit de donner au patient ce sentiment qu'il peut compter sur une équipe soignante compétente et bienveillante.

*Il ne s'agit par contre pas de « mater » le patient* : la sécurité est une autonomisation en quelque sorte, permettant au sujet d'explorer le monde, la représentation de sa base sécurisée étant passée du statut d'objet réel à celui de représentation internalisée. La « juste » attitude thérapeutique est donc celle d'une aide adéquate permettant une autonomisation ultérieure en évitant la dépendance aux soins prodigués et au soignant.

Le paradigme de l'attachement permet ainsi d'ajuster le cadre de la relation thérapeutique.

Il est aussi une porte d'entrée pour aborder certains sujets avec un patient qui peut ne pas être prêt à aborder la dimension psychologique de sa dermatite atopique. Il s'agit d'un effet que nous avons observé à l'occasion de notre protocole (« effet recherche » : certains patients ont débuté une prise en charge « psy » à la suite de la réflexion que leur a suscitée les entretiens que nous avons réalisés). Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'abord de l'aspect psychologique sous l'angle de l'attachement n'a pas activé les résistances habituellement rencontrées lorsqu'on aborde ce domaine avec ce type de patients. Il est ainsi question d'aborder avec le patient une réflexion sur ses stratégies qu'il utilise depuis l'enfance, d'expliquer en quoi celles-ci ne sont plus adaptées à l'âge adulte et de favoriser l'aspect créatif du sujet concernant des « stratégies alternatives ». Ceci peut passer par une attitude didactique permettant au sujet d'apprendre ses mécanismes pour mieux se les réattribuer et avoir la sensation puis la possibilité de les changer.

A ce sujet, l'approche de la relation mère-enfant peut être intéressante sous cet aspect, en montrant à la mère l'importance de son rôle dans la nature des interactions qui existent entre elle et son enfant atopique. Il est possible d'aborder ce sujet en évitant une culpabilisation à laquelle la mère est très sensible. Non seulement une amélioration de l'eczéma de l'enfant peut être légitimement espérée d'une telle prise en charge de la mère, mais aussi la prévention de la pérennisation de l'eczéma, ce qui est un enjeu important de santé publique en l'état actuel des statistiques.

Ce type d'intervention est tout à fait envisageable et intégrable dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique, dont l'efficacité n'est plus à prouver et qui répondent à un besoin tant du patient que du personnel soignant devant une pathologie aussi multifactorielle et chronique que la dermatite atopique.

L'intérêt de l'approche de la dermatite atopique sous l'angle de la théorie de l'attachement est ainsi multiple, allant de la physiopathogénie à la thérapeutique, et mérite donc que nous nous donnions les moyens d'études plus importantes, notamment longitudinales et chez l'enfant.

# ***BIBLIOGRAPHIE***

- Abehsira-Amar O, Gibert M., Jolij M., Thèze J, Jankovic D.L. (1992) IL-4 plays a dominant rôle in the différential development of Th0 into Th1 and Th2 cells. *J. Immunol.* 148: 3820-3829.
- Absolon C.M., Cotterell D., Eldridge S.M., Glover M.T. (1997) Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in school-aged children. *Br. J. Dermatol.* 137: 241-245.
- Acklin M.W., Alexander G. (1988). Alexithymia and somatization, a Rorschach study of four psychosomatic groups. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 176: 344-350.
- Ainsworth M.D., Wittig B.A. (1969). Attachment and exploratory behaviour of one year olds in a strange situation in B.M. Foss (ed), *Determinants of infant behaviour*, London, Methuen, vol 4 : 111-136.
- Ainsworth M.D. (1989) Attachments beyond infancy. *American Psychologist* 44: 709-716.
- Alexander F., French T.M. (1948). *Studies in psychosomatic medicine*, New York, The Ronald press.
- Alexander F. (1950). *Psychosomatic Medecine* New York, Norton.
- Allen A.D. (1989) Intractable atopic eczema suggests major affective disorder: poor parenting is secondary (letter) *Archiv. Dermatol.* 125, 567-568.
- Altemus M., Rao B., Dhabhar F.S., Ding W., Granstein R.D. (2001) Stress-induced changes in skin barrier function in healthy women. *J. Invest. Dermatol.* 117: 309-317.
- Altrichter S. et coll. (2008). S rum IgE autoantibodies target k ratinocytes in patients with atopic dermatitis. *J. Invest. Dermatol.* 128 (9): 2232-2239.
- Ando T., Hashiro M., Noda K., Adachi J., Hosoya R., Kamide R., Ishikawa T., Komaki G. (2006) Development and validation of the psychosomatic scale for atopic dermatitis in adults *J. Dermatol.* 33: 439-450
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris,  d. Dunod.
- Anzieu D. (1990). *L' piderme nomade et la peau psychique*, Paris,  d. Apsyg e.

- Arndt J., Smith N., Tausk F. (2008). Stress and atopic dermatitis. *Curr. Allergy Asthma Rep.* 8: 312-317.
- Asahina A., Hosoi J., Beissert B. et coll. (1995). Inhibition of the induction of delayed-type and contact hypersensitivity by calcitonin gene-related peptide. *J. Immunol.*, 154: 3056-3061.
- Asano S., Ichikawa Y., Kumagai T., and al (2008) Microanalysis of an antimicrobial peptide, bêta-défensine-2 in the stratum cornéum from patients with atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.*, 159: 97-104
- Augustin M., Zschoke I., Lange S., Seidenglanz K., Lange L., Schiffler A et al (2000) Validation and clinical results of the FLQA-d, a quality of life questionnaire for patients with chronic skin diseases. *Dermatol. Psychosom.* 1: 12-19.
- Bach J.F. (2002). The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic disease. *N. Engl. J. Med.*, 347: 911-920.
- Barbarot S., Gagnayre R., Bernier C., Chavigny J.M., Chiaverini C., Lacour J.P., Dupré-Goetghebeur D., Misery L., Piram M., Cuny J.F., Dega H., Staldter J.F. et coll. (2007) *Ann. Dermatol. Vénéreol.* 134: 121-127.
- Bartholomew K., Horowitz L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and social psychology*, 61 (2): 226-244.
- Becker S.W. (1932). Dermatoses associated with neurocirculatory instability. *Arch. Dermatol. Syphil.* 25: 655-682.
- Ben-Gashir M.A., Seed P.T., Hay R.J. (2004). Quality of life and disease severity are correlated with atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.*, 150: 289-299.
- Benea V., Muresian D., Manolache L., Robu E, Diaconu J.D.(2001). Stress and atopic dermatitis. *Dermatol.Psychosom*, 2:205-207.
- Bernier A., Larose S., Boivin M. L'entrevue sur l'attachement à l'âge adulte : fondements théoriques, qualités métrologiques et champs d'applications. *Psychologie Canadienne*, 37 (4) : 229-240.

- Beyer K., Wahn U. (1999). Is atopic dermatitis predictable? *Pediatric allergy immunology*, 10: 7-10.
- Bifulco A., Moran P.M., Ball C., Bernazzani O. (2002). Adult attachment style: its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 37:50-67.
- Bieber T. (2009). Pathogenesis of atopic dermatitis: new developments. *Curr. Allergy and Asthma Rep*, 9 (4):291-294.
- Böhm I. , Bauer R (1997) TH1 Zellen, TH2 Zellen und atopische Dermatitis, *Hautarzt* 48: 223-227.
- Bos J. D. Les origines de l'atopie, de la dermatite atopique et de la dermatite atopiforme: plus de questions que de réponses (2009) *Kératin* 16: 12-17.
- Bosse K., Hünecke P. (1976). Psychodynamik und sociodynamik bei Hautkranken. *Verlag für Medizinische Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.*
- Bower G. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36: 129-148.
- Bowlby J. (1969). *Attachement et perte, vol.I: l'attachement*, trad. fr Kalmanovitch J., Paris, éd. P.U.F. (1978).
- Bowlby J. (1973). *Attachement et perte, vol. II : la séparation, angoisse et colère*, trad. fr De Panafieu B., Paris, éd. P.U.F. (1988).
- Bowlby J. (1980). *Attachement et perte, vol III : la perte, tristesse et dépression*, trad. fr. Weil D, Paris, éd. P.U.F. (2002).
- Bowlby J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*, London, Routledge.
- Bredy T.W., Grant R.J., Champagne D.L. et coll. (2003). Maternal care influences neuronal survival in the hippocampus of the rat. *European journal of neuroscience*, 18: 2903-2909.
- Brennan K.A., Shaver P.R., Tobey A.E. (1991). Attachment styles, gender, and parental problem drinking. *Journal of social and personal relationships*, 8: 451-466.

- Brennan K. A., Clark C. L., Shaver P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview, in J.A. Simpson and W.S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships*, New York, Guilford.
- Brisch K.H. (1998) Development of infantile anorexia nervosa and its psychotherapeutic treatment. International conference 11-13 Juin, ” *The treatment of eating disorders: research meets clinical practice*”, Stuttgart.
- Brisch K.H. (2002). *Treating attachment disorder, from theory to therapy*, New York and London, The Guilford Press.
- Bruchon-Schweitzer M., Paulhan I. (1993) *Le Manuel du STAI-Y de C.D. Spielberger*, adaptation française, Paris, ECPA.
- Bruchon-Schweitzer M. (2002) *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris, éd. Dunod.
- Bruijnzeel-Koomen C, Van Wichen D.F., Toonstra J., Berrens L., Bruijnzeel P.L.B. (1986). The presence of Ig E molécules on epidermal Langerhans cells in patients with atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res* 278: 199-205.
- Brzoza Z., Badura-Brzoza K., Nowakowski M., Matysiakiewicz J., Rogala B., Hese R.T. (2005). Symptoms of anxiety and depression in atopic eczema/dermatitis syndrome. *Psychiatria Polska* 39 (4): 691-699.
- Buske-Kirschbaum A., Geiben A., Hellhammer D.H. (2001). Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview. *Psychother.Psychosom.* 70: 6-16.
- Buske-Kirschbaum A., Gierens A., Hollig H., Hellhammer D.H. (2002). Stress-induced immunomodulation is altered in patients with atopic dermatitis. *J. Neuroimmunol.*, 129: 161-167.
- Buske-Kirschbaum A., Hellhammer D.H (2003). Endocrine and immune responses to stress in chronic inflammatory skin disorders. *Ann. N.Y. Acad Sci.*, 992: 231-240.
- Buske-Kirschbaum A., Ebrecht M., Kern S., Gierens A., Hellhammer D.H. (2008) Personality characteristics in chronic and non-chronic allergic conditions. *Brain, Behavior and Immunity* 22: 762-768.

- Byrne D. (1964) Répression-sensitization as a dimension of personality dans Mahler B.A. *Progress in experimental personality research*, New York, Académic Press.
- Chamin S.L., Frieden I.L., Williams M.L., Chren M.M. (2004). Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*, 114: 607-611.
- Chida Y., Hamer M., Steptoe A. (2008). A bidirectional relationship between psychosocial factors and atopic disorders: a systematic review and méta-analysis. *Psychosom. Med.* 70, 102-116.
- Choi E.H. and all (2005) Méchanisms by which psychologic stress alters cutanéous permeability barrier homeostasis and stratum cornéum integrity. *J. Invest. Dermatol.* 124: 587-595.
- Cicchetti D., Cummings E.M., Greenberg M.T., Marvin R.S. (1990) An organizational perspective on attachement beyond infancy: implications for theory, measurement and research dans Greeberg M.T., Cichetti D., Cummings E.M. (eds) *Attachment in the preschool years: theory, research and intervention*. Chicago: the university of Chicago press.
- Ciechanowski P.S., Edward A.W., Wayne J.K., Russo J.E. (2002) Attachment théory: a model for health care utilization and somatisation. *Psychosom. Med.* 64: 660-667.
- Ciechanowski P.S., Russo J.E. (2004). Influence of patient attachment style on self care and outcomes in diabetes. *Psychosom. Med.*, 66 (5): 720-728.
- Coca A.F., Cook R.A. (1923). On the classification of phenomena of hypersensitiviness. *J. Immunol*, 8: 163-182.
- Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behaviour* 24: 385-396.
- Consoli S.G. (1997). Psychiatrie et dermatologie. in *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie* 37-670-B-10, pp 1-12. Paris, Elsevier.
- Consoli S.M. (2003) Evénements de vie, stress quotidien et maladies autoimmunes, dans *Stress, pathologies et immunité*. Thurin J.M., Baumann N. 155-160, Paris, Médecine-sciences Flammarion.

- Consoli S. (2003). *La tendresse, Paris*, éd. O. Jacob.
- Costa-Pinto F.A., Basso A. S., Britto L.R., Mlucelli B.E., Russo M. (2005). Avoidance behavior and neural correlates of allergenexposure in a murin model of asthma. *Brain Behav. Immun.* 19, 52-60.
- Costa-Pinto F.A., Basso A.S., De Sa-Rocha L.C., Britto L.R., Russo M., Palermo-Neto J. (2006). Neural correlates of IgE-mediated allergy. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1088 : 116-131.
- Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Quintard B., Nuissier J., Rascle N. (1996) « Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist) » *Psychologie française*, 41, 2 : 155-164.
- Crockenberg S. B. (1981) Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child dev.* 52: 857-765.
- Dantzer R. (1989). *L'illusion psychosomatique*, Paris, ed.O. Jacob.
- Dantzer R., O'Connor J.C., Freund G.G., Johnson R.W., Kelley K.W. (2008). From inflammation to sickness and dépression : when the immune système subjugates the brain. *Nat. Rev. Neurosci.* 9: 46-56.
- Daud L.R., Garralda M.E., David T.J. (1993). Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Arch. Dis. Child.*, 6 (69): 670-676.
- Dennis H., Rostill H., Reed J., Gill S. (2006). Factors promoting psychological adjustment to childhood atopic eczema. *J. Child Health Care*, 10 (2): 126-139.
- Dereure O. (1997). Filaggrin et génodermatose: implication dans l'ichtyose vulgaire et dans la dermatite atopique. *Ann. Dermatol. Venereol.* 134: 416.
- Derogatis L.R. (1977). SCL90-R (revised). Version Manual I. Clinical Psychometrics Research Unit6 John Hopkins University School of Medicine.
- Diepgen T.L. (2001). Atopic dermatitis: The role of environmental and social factors, the European experience. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 45: 544-548.

- Ditzen B., Neumann I.D., Bodenmann G., Von Dawans B., Turner R., Ehlert U., Heinrichs M. (2007). Effects of different kinds of marital interaction on cortisol and heart rate responses to stress in woman. *Psychoneuroendocrinology*. 565-574.
- Ditzen B., Schmidt S., Strauss B., Nater U.M., Ehlert U., Heinrichs M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *J. Psychosom. Res.* 64: 479-486.
- Elliott B.E., Luker K. (1997). The experiences of mothers caring for a child with severe atopic eczema. *J. Clin. Nurs.* 6: 241-247.
- Feeney B.C., Kirkpatrick L.A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 70: 255-270.
- Felitti V.S., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.A., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (1988). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of deaths in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am. J. Prev. Med.*, 14: 245-258.
- Finlay A.Y. (2001). Quality of life in atopic dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 45: 564-566.
- Flohr C. et coll. (2004) How atopic is atopic dermatitis? *J. Allergy Clin. Immunol.* 114 (1): 150-158.
- Fonagy P., Steele H., Steele M. (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child dev.* 62: 891-905.
- Fonagy P., Target M., (1997). Attachment and reflective function: their role in self organization. *Dével. Psychop.* 9: 679-700.
- Freud S. (1912) “Sur le plus general des rabaissements de la vie amoureuse” in “contributions à la psychologie de la vie amoureuse” in *La vie sexuelle*, trad. fr. Berger D., Laplanche J. et coll., PUF.
- Friedman M., Rosenman R.H. (1974). *Type A behaviour and your heart*, New York, Ed. Knopf.

- Garg A., Chren M.M., Sands L.P., Matsui M.S., Marenus K.D., Feingold K.R., et al. (2001). Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis. Implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Arch. Dermatol*, 137: 53-59.
- George C., Kaplan N., Main M. (1984). *The attachment interview for adult*. Manuscrit non publié. University of California. Berkeley.
- Gieler U. Kohnlein S., Schauer U., Freiling G., Stangier U. (1992). Counseling of parents with children with atopic dermatitis. *Hautarzt*, 43 (suppl. 11): 37-42.
- Gil K.M., Keefe F.J., Sampson H.A., Mc Caskill C.C., Rodin J., Crisson J. (1987). The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *J. Psychosom. Res.*, 31: 673-684.
- Ginsburg I.H., Prystowsky J.H., Kornfeld D.S., Wolland H. (1993). Rôle of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *Int. J. Dermatol*. 32: 656-660.
- Ginsburg I.H. (1996). The psychosocial impact of skin disease. *Dermatol. Clin*. 14: 473-484.
- Glaser R., Kiecolt-Glaser J., Marucha P. et coll. (1999). Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56: 450-456.
- Goldberg S., Simmons R.J., Newman J., Campbell K., Fowler R.S. (1991). Congenital heart disease, parental stress and infant-mother relationship. *J. Pediatr.*, 119: 661-666.
- Golse B. (1999). L'attachement entre théorie des pulsions et théorie de la relation d'objet. *Le Carnet Psy*. 48 : 16-19.
- Guédeney N., Guédeney A. (2009) *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée. 3<sup>e</sup> édition*. Collection les âges de la vie. Ed Masson. Paris.
- Gunnar M., Brodersen L., Nachmias M., Buss K.A., Rugatuso J. (1996). Stress reactivity and attachment security. *Dev. Psychobiol*. 29: 191-204.
- Gunnar (1998). Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: potential effects on the developing human brain. *Préventative Medicine* 27, 208-211.

- Gunnar M., Quevedo K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annu. Rev. Psychol.*, 58: 145-173.
- Gupta M.A., Gupta A.K., Schork N.J., Ellis C.N. (1994). Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom. Med.*, 56: 36-40.
- Gupta M.A., Gupta A.K. (1996). Psychodermatology: an update. *J. Am. Ac. Dermatol.* 34: 1030-1046.
- Hamilton C.E. (1995) *Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence*. Communication présentée au congrès de la “society for research in child development”. Indianapolis. I.N.
- Hanifin J.M., Rajka G. (1980). Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm.Venereol* (Stockholm), 92: 44-47.
- Harlow H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 3: 673: 685.
- Harth W., Gieler U., Kusnir D., Tausk F.A. (2009) *Clinical management in psychodermatology, Atopic dermatitis* 79-86. *Anxiété disorders* 131-132 Berlin, éd. Springer.
- Hashiro M., Okumura M. (1997). Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparaison with normal controls and among groups of different degrees of severity. *J. Dermatol. Science*, 14: 63-67.
- Hashiro M., Okumura M. (1998). The relation ship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *J. Dermatol. Science*, 16: 231-235.
- Hatch M.L., Paradis C., Friedman S., Popkin M., Shalita A.R. (1992) Obsessive compulsive disorder in patients with chronic pruritus conditions: case studies and discussion. *J. Am. Ac. Dermatol.* 26: 549-551.
- Hazan C., Shaver P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process, *J. of Personality and Social Psychology*, 52 (3): 511-524.
- Hebra F. (1869). *Traité des maladies de la peau*, trad. par Doyon A., Paris, éd. Masson.

- Heinrichs M., Baumgartner T., Kirschbaum C., Ehlert U. (2003). *Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress*. *Biol. Psychiatry* 54: 1389-1398.
- Hermann I. (1943). *L'instinct filial*, Paris, éd. Denoel (1972).
- Hertzgaard L., Gunnar M.R., Erickson M., Nachmias M. (1995). Adrenocortical responses to the strange situation in infant with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Dev.*, 66: 1100-1106.
- Hoffer S.A. (1995). Hidden regulators : implications for a new understanding of attachment, separation and loss in Goldberg S., Muir R., Kerr J. editors, *Attachment theory : social developmental, and clinical perspectives*, Hillsdale (NJ), The Analytic Press .
- Holden C.A., Parish W.E. (1998). Atopic dermatitis In Champion R.H., Burton D.A., Breathnach S.M. editors, *Textbook of dermatology*, vol 1, 6è éd. Oxford, Blackwell science.
- Hopkins J. (1990). The observed infant of attachment theory. *Br. J. Psychothérapie* 6: 460-471.
- Howlett S. (1999). Emotional dysfunction, child family relationship and childhood atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.*, 140: 381-384.
- Ishizaka K, Ishizaka T., Hornbrook M. (1967). Allergen-binding activita of E, G, and A antibodies in sera from atopic patients. *J. Immunol.* 98: 490-501.
- Jordan J.M., Whitlock F.A. (1974). Atopic dermatitis, anxiety and conditioned scratch responses. *J. Psychosom. Res.*, 18: 297-299.
- Jowett S, Ryan T. (1985). Skin disease and handicap: an analysis of impact of skin conditions. *Soc. Sci. Med.*, 20: 425-429.
- Kiecolt-Glaser J.K. and al. (2005) Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Arch. Gen. Psychiatry.* 62: 1377-1384.
- Kim T.S., Pae C.U., Jeong J.T., Kim S.D., Chung K.I., Lee C. (2006). Tempérament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *J. Dermatol.* 1: 10-15.

- Kimata H. (2003). Enhancement of allergic skin wheal responses and in vitro allergen-specific IgE production by computer-induced stress in patients with atopic dermatitis. *Brain Behav. Immun.* 17: 134-138.
- Kimata H. (2003 b). Listening to Mozart reduces allergic skin wheal responses and in vitro allergen-specific IgE production in atopic dermatitis patients with latex allergy. *Behav. Med.* 39: 15-19.
- Kimata H. (2004). Reduction of allergen specific IgE production by laughter *Eur. J. Clin. Invest.* 34: 76-77.
- Kimata H. (2006). Kissing selectively decreases allergen specific IgE production in atopic patients. *J. Psychosom. Res.*, 60: 545-547.
- King R.M., Wilson G.V. (1991). Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *J. Psychosomat. Res.*, 35: 697-706.
- Kobak R.R., Sceery A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59: 135-146.
- Kobak R.R., Cole H.R., Ferenz-Gilles R., Fleming W.S., Gamble W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: a control theory analysis. *Child development*, 64: 231-245.
- Kodama A., Horikawa T., Suzuki T., Ajiki W., Takashima T., Harada S et al (1999). Effects of stress on atopic dermatitis: investigations in patients after the great Hanshin earthquake. *J. Allergy. Clin. Immunol.*, 104: 173-176.
- Kraemer G.W. (1992). A psychological theory of attachment. *Behav. Brain Sci.*, 15: 493-511.
- Kraemer S., Loader P. (1995). Passing through life: alexithymia and attachment disorders. *J. Psychosom. Res.*, 39(8): 937-941.
- Kupfer J., Gieler U., Diepgen T.L., Fartasch M., Lob-Corzilius T., Ring J., Scheewe S., Sheidt R., Schopp C., Szczepanski R., Staab D., Werfel T., Wittenmeier M., Wahn U., Schmid-Ott G. (2010). Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents. A multicenter, randomized controlled trial *J. Psychosom Res* 68: 353-358.

- Kurwa H.A., Finlay A.Y. (1995). Dermatology in-patient management greatly improves life quality. *Br. J. Dermatol.*, 133: 575-578.
- Lazarus R., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New-York, Springer.
- Lecuyer et coll. (2004). *Le développement du nourrisson*. Paris. Ed. Dunod.
- Lewis M., Feiring C., Rosenthal S. (2000). Attachment over time. *Child Development*, 71 (3): 707-720.
- Linnet J & Jemec G.B. (1999). an assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.* 140: 268-272.
- Lorentz K.Z. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels, *Journal of ornithology Berl.* 83 (trad. Angl. in C. Schiller (Ed.), 1957, *Instinctive behaviour*, New York, International Universities Press).
- Lynch F., Hinckley R., Cowan D. (1945). Psychosomatic studies in dexperimental biology/dermatology (disseminated neurodermatitis). *Arch. Derm. Syph.* 51: 251-260.
- Main M., Goldwyn R. (1985-1994). *Unpublished Adult Attachment Interview scoring end classification manual*, Department of Psychology, Berkeley, University of California.
- Main M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: recent studies; changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33 (1): 48-61.
- Mc Burnett K., Lahey B.B., Rathouz P.J., Loeber R. (2000). Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behaviour. *Arch. Gen. Psychiatry* 57: 38-43.
- Mc Callum M.S., Mc Kim M.K. (1999). Recurrent otitis media and attachment security: a path model. *Early education et development*, 10: 517-534.
- Marvin R.S., Pianta R.C. (1996). Mother's reaction to their child's diagnosis: relations with security of attachment. *J. Clin. Child. Psycho.* 25: 436-445.
- Marty P., De M'Uzan M. (1963). La pensée opératoire. *Rev. Fr. Psychanalytique*, 17: 345-355.

- Maunder R.G., Lancee W.J., Greenberg G.R., Hunter J.J., Fernandes B.J. (2000). Insecure attachment in a subgroup with ulcerative colitis defined by ANCA status. *Dig. Dis. Sci.*, 45: 2127-2132.
- Maunder R.G., Hunter J.J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosom. Med.*, 63: 556-567.
- Maunder R.G., Hunter J.J., Lancee W.J. (2011). The impact of attachment insecurity and sleep disturbance on symptoms and sick days in hospital-based health-care workers *J. Psychosom. Res.* 70:11-17.
- Mickelson K.D., Kessler R.C., Shaver R (1997). Adult attachment in a national representative sample. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 93 : 1092-1106.
- Mikulincer M., Orbach I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: the accessibility and architecture of affective memories. *J. of personality and social psychology*, 68: 917-925.
- Mikulincer M., Florian V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events in J.A. Simpson et W.S. Rholes (Eds) *Attachment theory and close relationships*: 143-165, New York, Guilford Press.
- Miljkovitch R. (2001). *L'attachement au cours d'une vie*, Paris, éd. P.U.F.
- Misery L. (1997). Skin, Immunity and the nervous system. *Br. J. Dermatol.* 137: 843-850.
- Misery L. (2000) *La peau neuronale. Les nerfs à fleur de peau*. Paris, éd. Ellipse.
- Misery L. (2001). Are biochemical mediators the missing link between psychosomatics and dermatology? *Dermatol Psychosom*, 2: 178-183.
- Misery L., Roguedas A.M. (2004). Atopie et stress. *Ann. Dermatol. Venereol.*, 131 : 1008-1011.
- Misery L. (2011) Atopic dermatitis and the nervous system. *Clinic. Rev. Allerg. Immunol.* Sous presse.

- Montagu A. (1971). *La peau et le toucher, Un premier langage*. Paris, éd. Seuil (1979).
- Mrazek D.A., Casey B., Anderson I. (1987). Insecure attachment in severity asthmatic preschool children: is it a risk factor? *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 26: 516-520.
- Müller N., Ackenheil M. (1998). Psychoneuroimmunology and the cytokine action in the CNS: implications for psychiatric disorders. *Prog. Neuropsychopharmacol. Bio. Psychiatry* 22: 1-33.
- Nachmias M., Gunnar M., Mangelsdorf S., Parritz R., Buss K. (1996) Behavioral inhibition and stress reactivity : the moderating role of attachment security. *Child Development* 67: 508-522.
- Natter S. et coll. (1998) Isolation of cDNA clones coding for IgE autoantigens with serum IgE from atopic dermatitis patients *FASEB J.* 12 (14) 1559-1569.
- Nicolas J.F. (2005). *Stress et Dermatologie : les connaissances scientifiques progressent*. Conférence de presse à la maison de la dermatologie, 29 novembre 2005. Paris, Société française de dermatologie.
- Novak N. (2009). New insights into the mechanism of allergic diseases: atopic dermatitis. *Allergy*, 64: 265-275.
- Ong P.Y., Ohtake T., Brandt C. and al. (2002). Endogenous antimicrobial peptides and skin infections in atopic dermatitis. *N. Engl. J. Med*, 347: 1151-1160.
- Pancheri L. et coll. (1982). A twin study on allergy. II. Immunitary factors and personality traits. *Rivista di Psichiatria* 17 (4): 292-311.
- Pasquini M., Bitetti D., Decaminada F., Pasquini P. (1997). Attaccamento insicuro e patologia psicosomatica della cute. *Ann. Ist. Sup. Sanità*, vol. 33, n° 4, 605-608.
- Piaget J., Inhelder B. (1968) *Mémoire et intelligence*. Paris. P.U.F.
- Picardi A., Pasquini P. et al. (2003 a). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis : results from a case control study. *J. of psychosomatic research*, vol 55 (3): 189-196.
- Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M.S. (2003 b). Psychosomatic factors in first onset alopecia areata. *Psychosomatics*, 44 (5): 374-381.

- Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M.S., Gaetand P., Melchi C.F., Baciua G., Camaioni D, Tiago A., Abeni D., Biondi M. (2003 c). Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo, *Psychother. Psychosom.* 72: 150-158.
- Pierrehumbert B., Karmanioca A., Sieye A., Meister C., Miljkovitch R., Halfon O. (1996). Les modèles de relations : développement d'un auto questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'enfant*, 1 : 161-206.
- Pierrehumbert B., Dieckmann S., Miljkovitch R., Bader M., Halfon O. (1999). Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspirée du paradigme de l'attachement. *Devenir*, 11(1), 97-126.
- Pierrehumbert B., (2003). *Le premier lien, théorie de l'attachement*, Paris, ed. O. Jacob.
- Pierrehumbert B. (2005). *Cours du COPES*, Paris.
- Rabung S., Ubbelohde A., Kiefer E., Schauenburg H. (2004). Bindungssicherheit und Lebensqualität bei Neurodermitis. *Psychoter. Psych. Med.*, 54 : 330-338.
- Raap U., Gieler U., Schmid-Ott G. (2004). Atopic dermatitis. *Dermatol. Psychosom.*, 5 : 147-149.
- Rasmussen J.E. (1990). Psychosomatic Dermatology. *Arch. Dermatol.*, 126 : 90-93.
- Recherche l'Oréal (1998). Etude en collaboration avec INSERM et Hopital Bicêtre, Paris: *Brain activation in response to a tactile stimulation: fonctionnal magnétic résonnance imaging versus cognitive analysis*. Congrès IFSCC. Cannes.
- Revuz J. (1996). Maladies cutanées et indice de qualité de vie. *Cutis Psyché*, 3 : 13-16.
- Ricks M.H. (1985) The social transmission of parental behavior : Attachment across générations in I. Bretherton et E. Waters (eds) *Growing points of attachment theory and research*, monographs of the society for research child development, 50 (1-2serial no 209): 211-227.
- Roguedas A.M., Audrezet M.P., Dupre D., Scotet V., Ferec C., Misery L. (2003). Significant association of polymorphism GLN27GLU of beta-2-adrenergic receptor and atopic dermatitis. *J. Invest.Dermatol.*, 121: 1570.

- Roos T.C. (2004). Psychosomatic aspects of skin care and therapy of atopic dermatitis with regard to the patient's dealing with himself and the parents' dealing with their child.. *Dermatol. Psychosom.* 5: 117-124.
- Rosenkranz M.A., Busse W.W., Johnstone T., Swenson C.A., Crisafi G.M., Jackson M.M., Bosch J.A., Sheridan J.F., Davidson R.J. (2005). Neural circuitry underlying the interaction between emotion and asthma symptom exacerbation. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 102, 13319-13324.
- Russiello F., Arciero G., Decaminada F., Corona R., Ferrigno L., Fucci M., Pasquini M., Pasquini P. (1995). Stress, attachment and skin diseases: a case-control study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 5: 234-239.
- Sage T., Benony H., Vabres P., Dalac S. (2007). Structure d'attachement dans la dermatite atopique. Les nouvelles dermatologiques. *Congrès de la Fédération Française de Formation continue et d'évaluation en dermatologie-vénéréologie N°22*, Dijon, France.
- Sage T., Bénony H. (2011) Dermatite atopique et attachement. AFPSA, *VI<sup>ème</sup> Congrès de Psychologie de la Santé de Langue Française*, 12-14 janvier 2011, Chambéry, France.
- Saint-Mezard P., Chavagnac C., Bosset S., Ionescu M., Peyron E., Kaiserlian D., et al. (2003). Psychological stress exerts an adjuvant effect on skin dendritic cell functions in vivo. *J. Immunol.*, 171: 4073-4080.
- Schafer T. et coll. (1999). Association between severity of atopic eczema and degree of sensitization to aéroallergens in school-children. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 104 (6): 1280-1284.
- Schaffer E., Bayley N. (1967) *Validity and consistency of mother infant observations, adolescent maternal interviews, and adult retrospective accounts of maternal behaviour*. Communication présentée au 75e congrès de "l'American Psychological Association", Washington, D.C.
- Schank R.C. et Abelson R. (1977). *Scripts: plans, goals and understanding*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum.

- Scheich G., Florin I., Rudolph R., Wilhelm S. (1993). Personality characteristics and serum Ig E levels in patients with atopic dermatitis. *J. Psychosom. Res.* 37: 637-642.
- Scheidt C.E., Waller E., Macchow H., Ehlert U., Becker-Stoll F., Schulte-Moenting J., Lucking C.H. (2000). Attachment representation and cortisol response to the adult attachment interview in idiopathic spasmodic torticollis. *Psychother Psychosom*, 69: 155-162.
- Schore A.N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attach. Hum. Dével.* (2) 1: 23-47.
- Schmidt S., Nachtigall C., Wuethrich-Martone O., Strauss B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *J. Psychosom. Res.* 53: 763-773.
- Schultz-larsen F., Holm N., Henningsen K. (1986). *Atopic dermatitis. A genetic-epidemiologic study in a population-based twin sample.* *J Am. Acad. Dermatolo.* 15: 487-494.
- Seiffert K., Hilbert E., Schaechinger H., Zouboulis C.C., Deter H.C. (2005). Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis. *Dermatology* 210 (4) 286-293.
- Shaver P.R., Hazan C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence in D. Perlman et W. Jones (Eds), *Advances in personal relationships*, vol. 4: 29-70, London, Kingsley.
- Shrout P.E., Fleiss J.L. (1979) Intraclass correlations: Uses in assessing reliability. *Psychological Bulletin.* 86: 420-428.
- Sifneos P.E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter. Psychosom.*, 22 : 255-262.
- Simmons R.J., Goldberg S., Washington J., Fischer-Fay A. (1995). Infant-mother attachment and nutrition in children with cystic fibrosis. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 16: 183-186.
- Sloan E.P., Maunder R.G., Hunter J.J., Moldofsky H. (2007). Insecure attachment is associated with the alpha-EEG anomaly during sleep. *Biopsychosoc. Med.* 1:20.
- Smith F.J., Irvine A.D., Terron-Kwiatkowski A., Sandilands A., Campbell L.E., Zhao Y. et al. (2006). Loss-of-function mutations in the gene encoding filaggrin cause ichthyosis vulgaris. *Nat. Genet.* 38:337-342.

- Spangler G., Grossmann K.E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64: 1439-1450.
- Spangler G., Schieche M., Ilg U., Maier U., Ackermann C. (1994). Maternal sensitivity as an external organizer for biobehavioral regulation. *Dév. Psychobiol.* 27: 425-437.
- Spangler G., Schieche M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: the differential function of emotional expression. *Int. J. Behav. Dev.* 22: 681-706.
- Spangler G., Zimmermann P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescence. A psycho-biological perspective of the internal working model. *Attachment Hum. Dev.* 1: 270-290.
- Spergel J.M., Paller A.S. (2003). Atopic dermatitis on the atopic march. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 112 (6): 118-127.
- Spielberger C.D. (1983) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-evaluation questionnaire"). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Spielberger C.D. (1983) State-Trait Anxiety Inventory: a comprehensive bibliography. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Spitz R. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53-74.
- Spitz R. (1968). *De la naissance à la parole. L'eczéma infantile.* P.U.F., Paris.
- Sroufe L.A., Waters E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Develop.* 48: 1184-1199.
- Staab D., Diepgen T.L., Fartasch M., Kupfer J., Lob-Corzillus T., Ring J., Scheewe S., Scheidt R., Schmid-Ott G., Schnopp C., Szczepanski R., Werfel T., Wittenmeier M., Wahn U., Gieler U.(2006). Age-related, structured education programmes improve the management of atopic dermatitis in children and adolescents in a multicenter randomized controlled trial: results of the German Atopic Dermatitis Intervention Study (GADIS), *B.M.J.*, 332: 933-938.

- Stalder J.F., Taïeb A., Atherton D.J., Bieber T., Bonitazi E., Broberg A. et al (1993). Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index consensus as report of the European task force on atopic dermatitis. *Dermatology*, 186: 23-31.
- Stansbury K., Gunnar M.R., (1994). Adrenocortical activity and emotion regulation. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 59: 108-134.
- Stangier U., Ehlers A., Gieler U.(1996). Predicting long term outcome in group treatment of atopic dermatitis, *Psychotherapy and psychosomatics*, vol. 73 n°5 : 293-301.
- Stern (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, éd. P.U.F., 3 éd.
- Stern (Juillet 2005). Intersubjectivité et attachement. *Congrès sur l'attachement*, Paris.
- Stone V.E., Baron-Cohen S., Knight R.T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *J. Cogn. Neurosc.* 10: 640-656.
- Strachan D.P. (1989). Hay fever, hygiene, and household size. *B.M.J.*, 299: 1259-1260.
- Su J.C., Kemp A.S., Varigos G.A., Nolan T.M. (1997). Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. *Arch. Dis. Child*, 76: 159-162.
- Szentivanyi M.D. (1968). The beta adrenergic theory of the atopic abnormality in bronchial asthma. *J Allergy* 42: 203-205.
- Tatu P. (1989) *La SCL90 dans une population de sujets libres de troubles psychiatriques. Définition de valeurs de référence pour un échantillon francophone*. Thèse de médecine, Saint étienne.
- Taylor R.E., Mann A.H., White N.J., Goldberg D.P. (2000). Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol. Med.* 30 : 931-941.
- Temoshok L. (1987). Personality, coping style, émotion and cancer: towards an intégrative model. *Cancer Surv.* 6 : 545-567.
- Thurin J.M. (2003). *Définition et aspects du stress. Stress, pathologies et immunité*, Thurin J.M., Baumann N. Flammarion Médecine-Sciences France 15-23.

- Tonelli L.H., Katz M., Kovacsics C. E., Gould T.D., Joppy B., Hoshino A., Hoffman G., Komarow H., Postolache T.T. (2009). Allergic rhinitis induces anxiety-like behavior and altered social interaction in rodents. *Brain Behavior and Immunity*, 23: 784-793.
- Troisi A., D'Argenio A., Peracchio F., Petti P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *J. Nerv. Mental. Dis.*, 189: 311-316.
- Troxel W.M., Cyranowski J.M., Hall M., Frank E., Buysse D.J. (2007). Attachment anxiety, relationship context, and sleep in women with recurrent major depression. *Psychosom. Med.* 69: 692-699.
- Vaillant G.E., Vaillant C.O. (1990). Natural history of male psychological health: a 45 year study of predictors of successful aging at age 65. *Am. J. Psychiatry*, 147 (1): 31-7.
- Valenta R. et coll. (1996). Immunoglobuline E response to human proteins in atopic patients. *J. Invest. Dermatol.* 107 (2): 203-208.
- Valenta R. et coll. (1997). Isolation of cDNAs coding for IgE autoantigens: a link between atopy and autoimmunity. *Int. Arch. Allergy Immunol.* 113 (1-3): 209-212.
- Van Heck G.L. (1997). Personality and physical health: towards an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of personality* 11: 415-443.
- Van Ijzendoorn M.H. et Bakermans, Kranenburg M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J. of consulting and clinical psychology*, 64 (1): 8-21.
- Vitaliano P.P., Russo J., Carr J.E., Maiuro R.D., Becker J. (1985). "The Ways of Coping Checklist: Révision and Psychométric Properties", *Multivariate Behavioral Research*, 20:3-26.
- Von Hertzen L.C. (2002). Maternal stress and T-cell différenciation of the developing immune système: possible implications for the development of asthma and atopy. *J. Allergy Clin immunol.* 109: 923-928.
- Wallach D., Taïeb A., Tilles G. (2004). *Histoire de la dermatite atopique*, Paris, éd. Masson.

- Wamboldt M.Z., Laudenslager M., Wamboldt F.S., Kelsay K., Hewitt J. (2003). Adolescents with atopic disorders have an attenuated cortisol response to laboratory stress. *J. Allergy Clin Immunol.* 111: 509-514.
- Ward M.J., Kessler D.B., Altman S.C. (1993). Infant-mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 14: 208-220.
- Warschburger P., Buchholz H.T., Petermann F. (2004). Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life? *Br. J. Dermatol.*, 150: 304-311.
- Wearden A.J., Lamberton N., Crouk N. (mars 2005). Adult attachment, alexithymia and symptoms reporting. *J. Psychosom. Res.* vol 58 (3): 279-288.
- Weinfield N.S., Sroufe L.A., Egeland B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71 (3): 695-702.
- West M., Rose M.S., Verhdef M.J., Spreng S., Bobey M. (1998). *Anxious attachment and self-reported depressive symptomatology in women.* *Can. J. Psychiatry*, 43: 294-297.
- Whittkower E.D., Hunt B.R. (1958). Psychological aspects of atopic dermatitis in children. *Can. Med. Assoc. J.* 79: 810-817.
- Williams D.H. (1951). Management of atopic dermatitis in children control of the maternal rejection factor. *Arch. Dermatol. Syphil.* 63: 545-560.
- Williams H.C. et coll. (1994) The U.K. working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis (1994). *Br. J. Dermatol.* 131: 383-416.
- Winnicot D. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant.* Payot, Paris.
- Wittkowski A., Richards H.I., Griffiths C.E., Mains J.M. (2004). The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *J. Psychosom. Res.*, 57: 195-200.

- Wright R.J., Cohen R.T., Cohen S. (2005). The impact of stress on the development and expression of atopy, *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 5: 23-29.
  
- Wulsin L.R., Vaillant G.E., Wells V.E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom. Med.*, 61: 6-17.
  
- Zachariae R., Zachariae C., Ibsen H.H., Mortensen J.T., Wulf H.C. (2004). Psychological symptoms and quality of life of dermatology out patients and hospitalized dermatology patients. *Acta Derm. Venereol.* 84 : 205-212.
  
- Zangheri F., Cassibba R., Ferriani E., Fabbrici C. (2001). L'attaccamento madre-bambino in soggetti affetti da dermatite atopica. *Eta Evolutiva*, 71 (1): 43-51.
  
- Zimmermann P., Fremmer-Bombik E., Spangler G., Grossmann K.E. (1995). *Attachment in adolescence: a longitudinal perspective*. Poster présenté au congrès de la “society for research in child development », Indianapolis I.N.

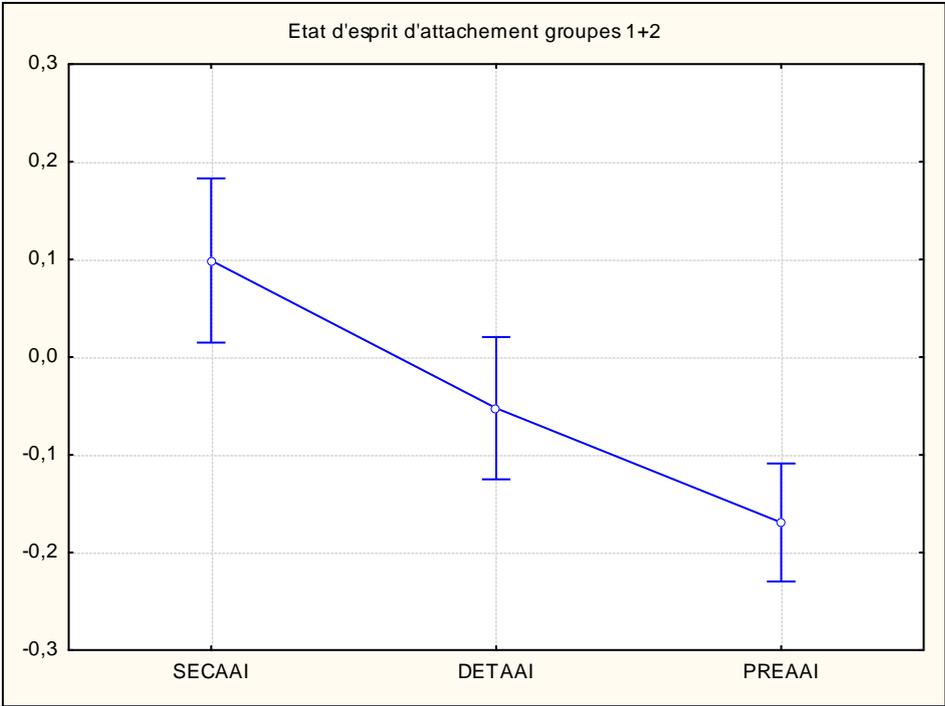
# ***ANNEXES***

## **ANNEXE 1. LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGNIFICATIONS :**

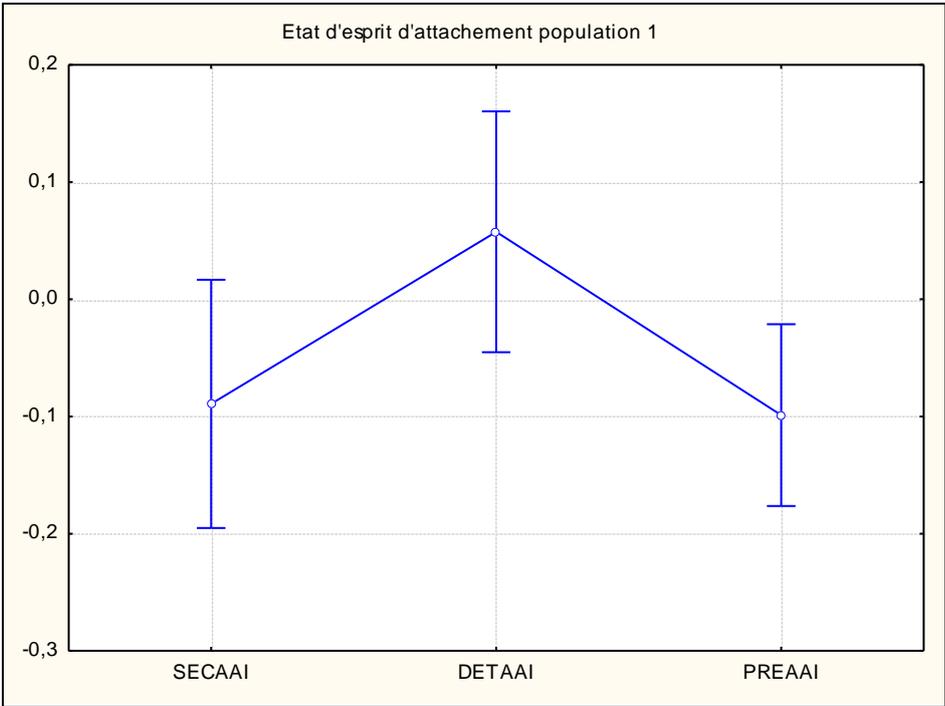
- Groupe (ou population) 1 : eczéma pérennisé.
- Groupe (ou population) 2 : eczéma non pérennisé.
- SCORAD : score de gravité clinique de la dermatite atopique.
- IgE : immunoglobuline E
- IGENOR : taux d'IgE divisé par la norme du laboratoire.
- IGETOT : taux d'IgE totales.
- CATIGE : catégorie d'IgE (1: normales, 2: augmentées).
- DCFA : décès d'un frère d'attachement après l'âge de 3ans.
- SECAAI : score de sécurité au Q-sort selon KOBAK.
- DETAAI : score de détachement au Q-SORT selon KOBAK.
- PREAAI : score de préoccupation au Q-sort selon KOBAK.
- SECCA : score de sécurité au CAMIR.
- DETACA : score de détachement au CAMIR.
- PRECA : score de préoccupation au CAMIR.
- Ind. Strat. 2 camir : indice de stratégie secondaire au CAMIR.
- det. + précoc. Camir : indice de cumul des insécurités au CAMIR.
- SOMAT : score de somatisation à la SCL90.
- OBSESS : score des symptômes obsessionnels à la SCL90.
- SENSIT : score de sensibilité interpersonnelle (ou vulnérabilité) à la SCL90.
- DEPRESS : score de dépression à la SCL90.
- PARANO : score de traits paranoïaques à la SCL90.
- PSYCHOT : score de traits psychotiques à la SCL90.
- DIVERS : score de symptômes divers à la SCL90.
- GSI : indice de Gravité globale à la SCL90.
- PST : indice de diversité des symptômes à la SCL90.
- PSDI : indice de degré de malaise à la SCL90.
- STAIYA : score d'anxiété état à la STAI-Y
- STAIYB : score d'anxiété trait à la STAI-Y
- WCCP : score de coping centré sur le problème au WCC.
- WCCE : score de coping centré sur l'émotion.
- WCCS : score de coping centré sur la recherche de soutien social.
- (t) : significativité tendancielle.

**ANNEXE 2. RESULTATS AU Q-SORT SELON KOBAK :**

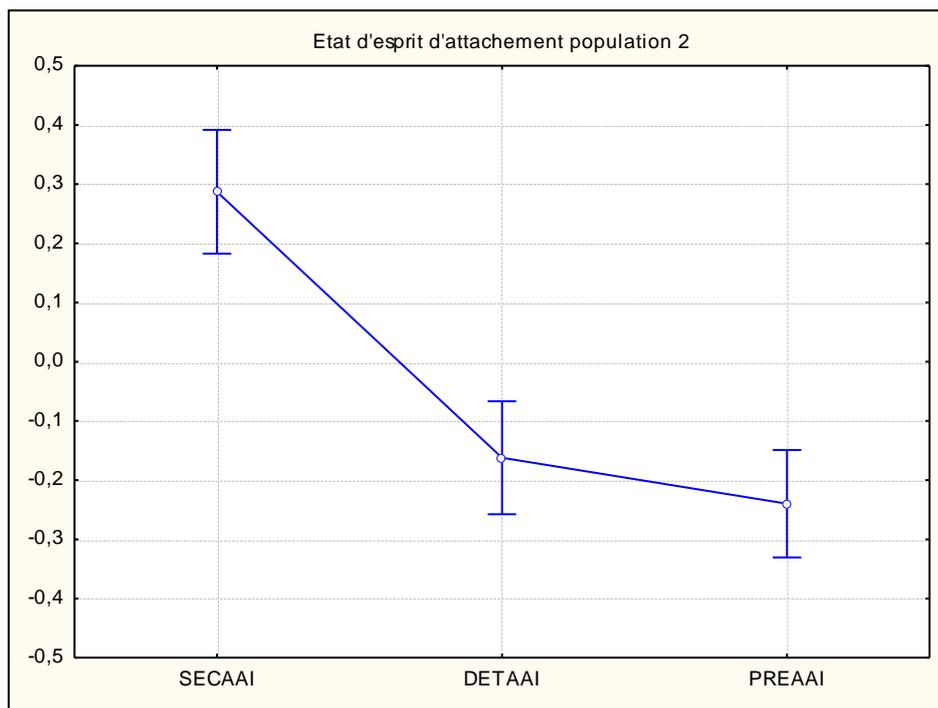
Scores de sécurité, détachement et préoccupation dans la population 1+2 :



Scores de sécurité, détachement et préoccupation dans la population 1 :



Scores de sécurité, détachement et préoccupation dans la population 2 :



ANOVA état d'esprit d'attachement :

Etat d'esprit Groupes 1+2	SC	F	p
	2,895	9,427	0,00

Etat d'esprit groupe 1	SC	F	p
	0,615	2,408	0,096

Etat d'esprit groupe 2	SC	F	p
	6,477	24,998	0,00

La variable attachement est discriminante dans les trois groupes (significativité tendancielle pour la population 1).

**Tableau : moyenne arithmétique des corrélations aux 3 prototypes au Q.SORT selon KOBAK  
pour les 2 populations**

Sécurité (écart type)	Population 1	n=40	- 0,0893 (0,3312)
	Population 2	n=40	0,2872 (0,3269)
	Population 1+2	n=80	0,099 (0,37787)
Détachement (écart type)	Population 1	n=40	0,05755 (0,3213)
	Population 2	n=40	- 0,1622 (0,2984)
	Population 1+2	n=80	-0,0523 (0,3274)
Préoccupé (écart type)	Population 1	n=40	- 0,0988 (0,2424)
	Population 2	n=40	- 0,2398 (0,2836)
	Population 1+2	n=80	- 0,1693 (0,2716)

La population 2 a un score de sécurité significativement plus élevé que la population 1  
( $t = -5,1167$ ,  $p = 0.000$ ).

La population 1 a un score de détachement significativement plus élevé que la population 2  
( $t = 3,1696$   $p = 0.0022$ ).

La population 1 a un score de préoccupation significativement plus élevé que la population 2  
( $t = 2,39$ ,  $p = 0.0193$ ).

**La population de patients présentant un eczéma pérennisé a un score moyen de sécurité plus bas, de détachement et de préoccupation plus élevé que celle de patients avec un eczéma non pérennisé au Q .SORT selon KOBAK.**

L'ensemble des deux populations présente un état d'esprit plus sécure que détaché et préoccupé.

Etude de contraste Population 1 : Détachement versus (sécure, préoccupé) :

Somme Carrés	F	p
0,612	4,715	0,04

Etude de contraste Population 2 : Sécurité versus (détaché, préoccupé) :

Somme Carrés	F	p
6,356	33,613	0,00

Le groupe 1 est significativement plus insécure détaché que sécure et insécure préoccupé.

Le groupe 2 est significativement plus sécure que insécure détaché et préoccupé.

groupe 2 (n=40)	Moyenne	t	p
DETAI	0,1622 (0,2984)		
PREAI	0,2398 (0,2836)	1,31	0,20

groupe 1 (n=40)	Moyenne	T	p
SECAI	-0,0893 (0,3312)		
PREAI	-0,0988 (0,2425)	0,12	0,90

Le groupe 1 ne présente pas de différence significative entre ses scores de sécurité et de préoccupation.

Le groupe 2 ne présente pas de différence significative entre ses scores d'insécurité détachée et d'insécurité préoccupée.

**Comparaison avec une population témoin (PIERREHUBERT) de 80 sujets sans problèmes particulier :**

Scores de la population témoin au Q-sort selon KOBAK :

N=80	Moyenne (écart type)
Sécurité	0,0695 (0,4876)
Détachement	0,0014 (0,45671)
Préoccupation	-0,0507 (0,2928)

Comparaison population 1+2/population témoin :

N=80	Moyenne (écart type)	t	p
SECAI	0,099 (0,3779)	0,43	0,67
DETAI	-0,0523 (0,3274)	-0,86	0,39
PREAI	- 0,1693 (0,2716)	-2,66	<b>0,01</b>

L'ensemble des populations 1et 2 est moins préoccupé que la population témoin.

Comparaison population 1/ population témoin :

N=40	Moyenne (écart type)	t	p
SECAAI	- 0,0893 (0,3312)	-1,86	0,03
DETAI	0,0576 (0,3213)	0,70	0,24
PREAAI	- 0,0988 (0,2424)	-0,90	0,19

La population 1 est moins sécurisée que la population témoin.

Comparaison population 2/ population témoin :

N=40	Moyenne (écart type)	t	p
SECAAI	0,2872 (0,3269)	2,55	0,00
DETAI	- 0,1622 (0,2984)	-2,06	0,02
PREAAI	- 0,2398 (0,2836)	-3,37	0,00

La population 2 est plus sécurisée que la population témoin, avec un score de détachement et de préoccupation plus bas.

### ANNEXE 3. RESULTATS AU CAMIR :

#### COMPARAISON DES GROUPES 1 et 2 :

Groupes	Groupe 1 (n=40)	Groupe 2 (n=40)	Valeur t	p
SECCA	47,96 (9,11)	47,80 (10,51)	0,07	0,94
cor Q SECCA	0,4578 (0,284)	0,458 (0,34)	-0,00	1
DETACA	50,51 (9,87)	52,02 (12,13)	-0,61	0,54
PRECA	52,29 (10,65)	53,17(11,30)	-0,36	0,72
Ind.strat 2 camir	0,091 (0,221)	0,085 (0,251)	0,10	0,92
det+préoc camir	-0,139 (0,271)	-0,074 (0,314)	-0,99	0,33

Il n'y a pas de différence significative entre les scores d'attachement au CAMIR entre les deux populations.

	Groupe 1 (n=40)	Groupe 2 (n=40)	t	p
cor Q SECCA	0,4577 (0,285)	0,4580 (0,337)	-0,003	0,997

Le score de stratégie secondaire est ni détachée ni préoccupée pour les deux groupes. Le cumul des insécurités n'est pas différent entre les deux groupes.

#### COMPARAISON AVEC LA POPULATION TEMOIN :

	Moyenne (Ec- Type)	Valeur de Référence	t	p
groupe 1+2 (n=80)				
SECCA	47,88 (9,77)	50,00	-1,94	0,06
DETACA	51,27 (11,01)	50,00	1,03	0,31
PRECA	52,73 (10,92)	50,00	2,24	0,03
Groupe 1 (n=40)				
SECCA	47,96 (9,11)	50,00	-1,42	0,16
DETACA	50,51 (9,87)	50,00	0,33	0,75
PRECA	52,29 (10,65)	50,00	1,36	0,18
Groupe 2 (n=40)				
SECCA	47,803 (10,5056)	50,000	-1,32	0,19
DETACA	52,020 (12,133)	50,000	1,05	0,3
PRECA	53,168 (11,294)	50,000	1,77	0,08

L'ensemble population 1+2 est moins sûr que la population standard, avec un score de préoccupation supérieur.

Il existe un effet d'échantillon pour les groupes 1 et 2 puisque ceux-ci ont des scores comparables sans significativité.

indice stratégie secondaire	Moyenne (Ec-Type)	Valeur de Référence	Valeur t	p
groupe 1+2 (n=80)	0,0879 (0,2351)	0,110	-0,84	0,40
groupe 1 (n=40)	0,0905 (0,2215)	0,110	-0,56	0,58
groupe 2 (n=40)	0,0853 (0,2509)	0,110	-0,62	0,54

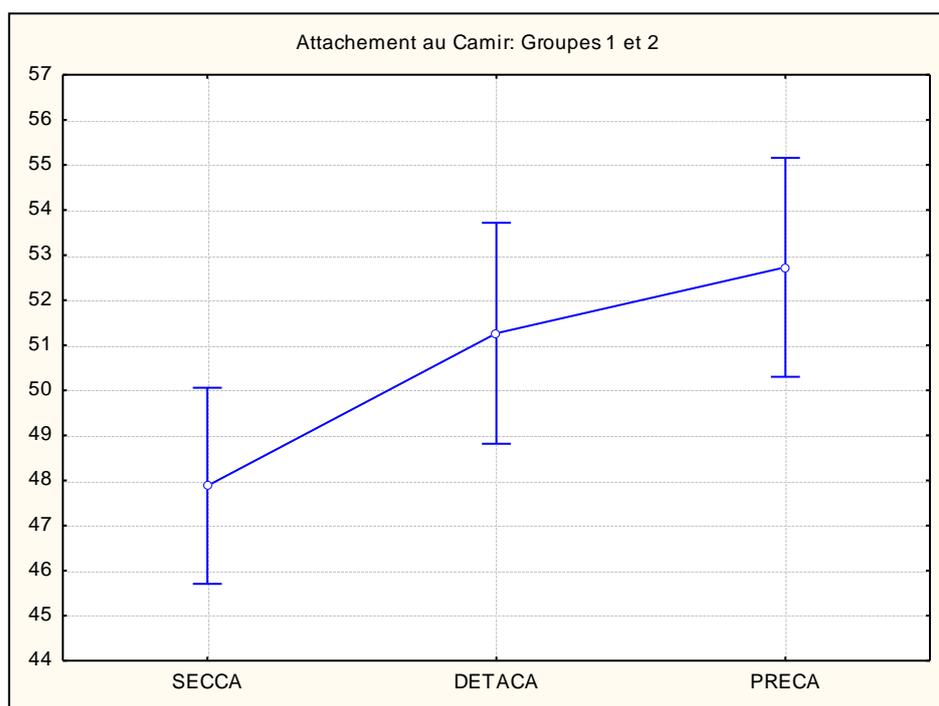
L'indice de stratégie secondaire n'est pas plus élevé dans les groupes 1+2, 1 et 2 par rapport à la population standard. Le score de cet indice peut être qualifié de moyen (ni « préoccupé » ni « détaché »).

insécurité dét+préc	Moyenne	Valeur de Référence	Valeur t	p
groupe 1+2 (n=80)	-0,1066 (0,2934)	-0,190	2,54	0,01
groupe 1 (n=40)	-0,1390 (0,2707)	-0,190	1,19	0,24
groupe 2 (n=40)	-0,0743 (0,3145)	-0,190	2,33	0,03

Le cumul des deux insécurités est supérieur à la population standard dans le groupe 1+2, et 2.

### SIGNIFICATIVITE INTRA-GROUPE DE LA VARIABLE ATTACHEMENT :

Scores de sécurité, détachement et préoccupation au CAMIR dans la population 1+2 :



### ANOVA à mesures répétées

groupes 1 et 2	SC	F	p
Camir	989,1	3,28	0,04

### Contraste : secure versus (détaché, préoccupé)

Somme Carrés	F	P
903,38	4,35	0,040

### Contraste: Détaché versus

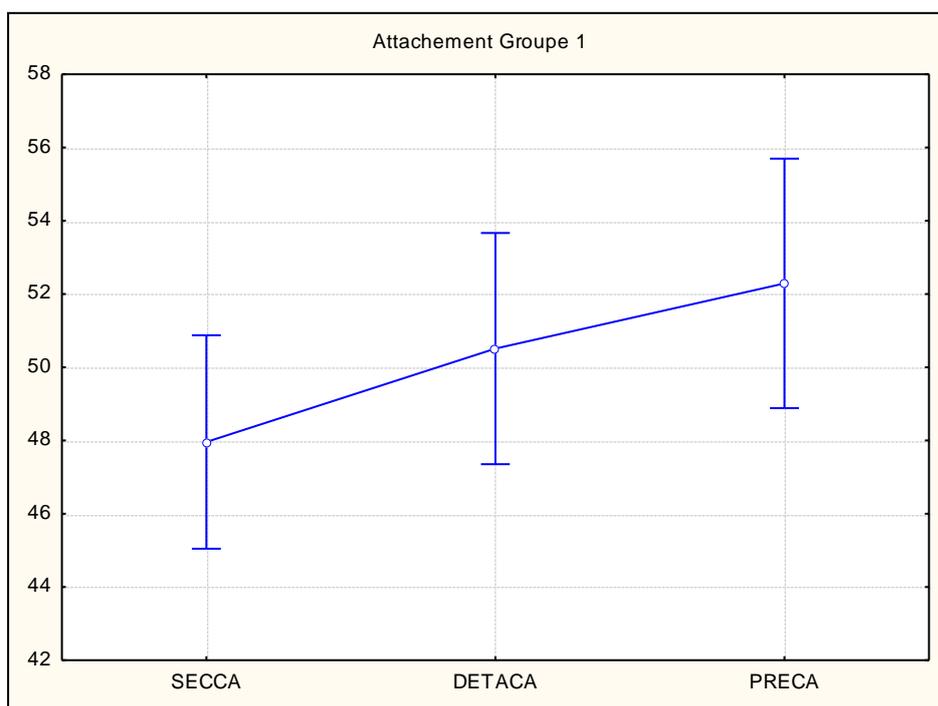
### préoccupé

Somme Carrés	F	p
85,703	0,92	0,34

La population 1+2 est significativement plus insécure (détaché et préoccupé) que sécurisée.

Son score de préoccupation n'est pas significativement différent de son score de détachement.

Scores de sécurité, détachement et préoccupation au CAMIR dans la population 1:

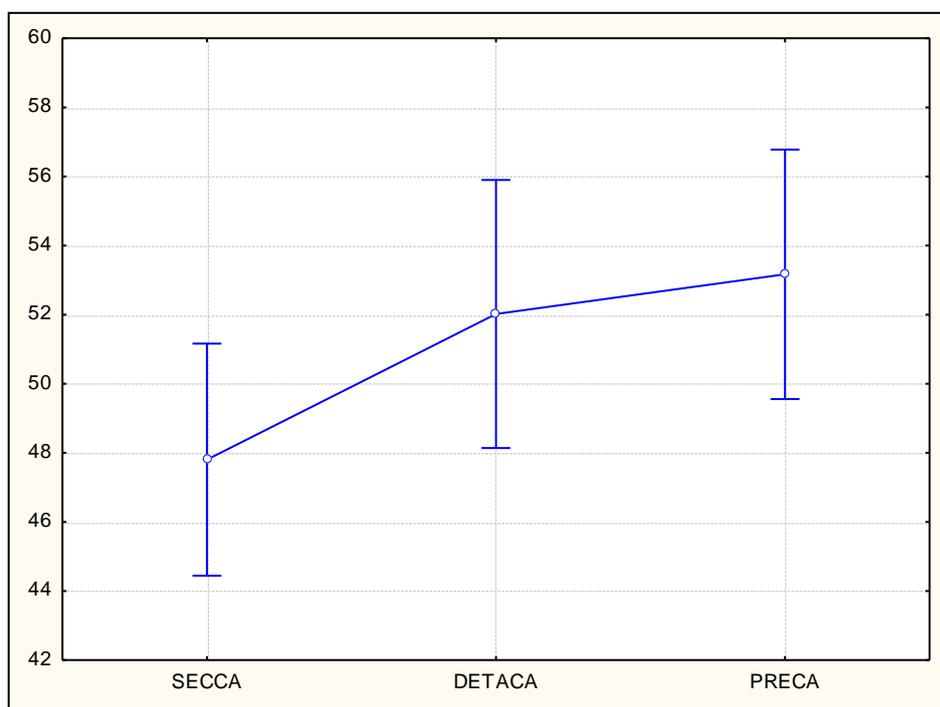


### ANOVA à mesures répétées

groupe 1	SC	F	p
	378,9	1,456	0,24

Pas de différence significative entre les trois styles d'attachement: pas de contrastes à faire  
Le groupe 1 ne présente pas de différence significative entre ses scores d'attachement.

Scores de sécurité, détachement et préoccupation au CAMIR dans la population 2 :



GRUPE 2 (n=40)	Moyenne	Différ.	Ec-Type Différ.	t	p
SECCA	47,80 (10,51)				
PRECA	53,17 (11,29)	-5,36	20,27209	-1,67	0,102175

Le groupe 2 ne présente pas de différence significative entre ses scores d'attachement.  
Effet taille de l'échantillon pour les deux groupes séparés.

#### ANNEXE 4. RESULTATS A LA SCL90 :

##### Comparaison des deux groupes :

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur t	p
<b>SOMAT</b>	0,57(0,47)	0,3(0,31)	2,95	<b>0,00</b>
<b>OBSESS</b>	0,7(0,63)	0,46(0,39)	1,96	<b>0,05</b>
<b>SENSIT</b>	0,8(0,64)	0,49(0,54)	2,24	<b>0,03</b>
DEPRESS	0,74(0,62)	0,56(0,56)	1,35	0,18
<b>ANXIETE</b>	0,67(0,67)	0,31(0,31)	3,04	<b>0,00</b>
<b>HOSTILITE</b>	0,58(0,57)	0,34(0,34)	2,26	<b>0,03</b>
<b>PHOBIE</b>	0,39(0,6)	0,19(0,32)	1,76	<b>0,08</b>
<b>PARANO</b>	0,83(0,66)	0,52(0,59)	2,13	<b>0,04</b>
PSYCHOT	0,28(0,35)	0,17(0,3)	1,43	0,16
<b>DIVERS</b>	0,77(0,56)	0,47(0,45)	2,54	<b>0,01</b>
<b>GSI</b>	0,63(0,43)	0,35(0,24)	3,36	<b>0,00</b>
<b>PST</b>	33,05(17,56)	23,11(14,5)	2,66	<b>0,01</b>
<b>PSDI</b>	1,57(0,41)	1,33(0,31)	2,80	<b>0,01</b>

Les scores de somatisation, de symptômes obsessionnels, de sensibilité interpersonnelle, d'anxiété, d'hostilité, de traits paranoïaques, et de symptômes divers sont significativement plus élevés dans la population 1 par rapport à la population 2. La gravité globale, la diversité des symptômes et le degré de malaise sont également plus élevés dans cette population 1 par rapport à la population 2.

**Comparaison avec les trois groupes standard français (TATU 1989):**

**Standart 1 : bon état physique et psychique subjectif**

**Standart 2 : bon état psychique et mauvais état physique subjectif**

**Standart 3 : mauvais état psychique et physique subjectif**

**Comparaison groupe 1 au standart 1**

N=37	Moyenne	Ec-Type	Valeur de Référence	Valeur t	p
GSI	0,63	0,43	0,29	4,74	0,00
PSDI	1,57	0,41	1,3	3,97	0,00
PST	33,05	17,56	19,6	4,66	0,00

**Comparaison groupe 1 au standart 3**

N= 37	Moyenne	Ec-Type	Valeur de Référence	Valeur t	p
GSI	0,63	0,43	0,97	-4,79	0,00
PSDI	1,57	0,41	1,90	-4,86	0,00
PST	33,05	17,56	46,00	-10,79	0,00

Le groupe 1 est proche du standart 2. Il est significativement différent des standart 1 et 3 (ses scores sont plus élevés par rapport au standart 1, et plus bas que ceux du standart 3).

**Comparaison groupe 2 au standart 1**

N=37	Moyenne	Ec-Type	Valeur de Référence	Valeur t	p
GSI	0,35	0,24	0,29	1,66	0,11
PSDI	1,33	0,31	1,3	0,6	0,55
PST	23,11	14,5	19,6	1,47	0,15

**Comparaison groupe 2 au standart 2**

	Moyenne	Ec-Type	Valeur de Référence	Valeur t	p
GSI	0,35	0,24	0,47	-2,95	0,01
PSDI	1,33	0,31	1,51	-3,47	0
PST	23,11	14,5	28	-2,05	0,05

Comparaison groupe 2 au standart 3

	Moyenne	Ec-Type	Valeur de Référence	Valeur t	p
GSI	0,35	0,24	0,97	-15,76	0
PSDI	1,33	0,31	1,9	-11,03	0
PST	23,11	14,5	46	-9,60	0

Le groupe 2 est proche du standart 1.

**SCL 90 : comparaisons avec la population témoin (TATU 1989) :**

**Population 1+2 (n=74)**

SCL90	Moyenne	Pop. témoin	t	p
SOMAT	0,438 (0,417)	0,34 (0,33)	2,49	0,00
OBSESS	0,576 (0,534)	0,37 (0,39)	4,67	0,00
SENSIT	0,647 (0,606)	0,39 (0,38)	5,80	0,00
DEPRESS	0,651 (0,595)	0,26 (0,31)	10,74	0,00
ANXIETE	0,489 (0,549)	0,26 (0,31)	6,49	0,00
HOSTILITE	0,460 (0,486)	0,35 (0,37)	2,61	0,00
PHOBIE	0,294 (0,490)	0,15 (0,23)	5,38	0,00
PARANO	0,672 (0,638)	0,30 (0,36)	9,09	0,00
PSYCHOT	0,222 (0,327)	0,10 (0,18)	5,85	0,00
DIVERS	0,623 (0,528)	0,31 (0,26)	10,67	0,00
GSI	0,492 (0,374)	0,29 (0,25)	7,01	0,00
PST	28,081 (16,758)	19,62 (14,16)	5,14	0,00
PSDI	1,450 (0,384)	1,33 (0,29)	3,63	0,00

**Population 1 (n=37)**

SCL90	Moyenne	Pop. témoin	t	p
SOMAT	0,575 (0,47)	0,34 (0,33)	4,27	0,00
OBSESS	0,696 (0,63)	0,37 (0,39)	5,17	0,00
SENSIT	0,801 (0,636)	0,39 (0,38)	6,59	0,00
DEPRESS	0,744 (0,619)	0,26 (0,31)	9,41	0,00
ANXIETE	0,673 (0,666)	0,26 (0,31)	8,26	0,00
HOSTILITE	0,584 (0,574)	0,35 (0,37)	3,88	0,00
PHOBIE	0,392 (0,603)	0,15 (0,23)	6,38	0,00
PARANO	0,826 (0,657)	0,30 (0,36)	9,07	0,00
PSYCHOT	0,276 (0,346)	0,10 (0,18)	5,97	0,00
DIVERS	0,774 (0,56)	0,31 (0,26)	11,12	0,00
GSI	0,628 (0,434)	0,29 (0,25)	8,35	0,00
PST	33,054 (17,559)	19,62 (14,16)	5,77	0,00
PSDI	1,567 (0,414)	1,33 (0,29)	5,12	0,00

**Population 2 (n=37)**

SCL90	Moyenne	Pop. témoin	t	p
SOMAT	0,302 (0,307)	0,34 (0,33)	-0,75	0,23
<b>OBSSESS</b>	0,457 (0,390)	0,37 (0,39)	1,43	<b>0,08</b>
<b>SENSIT</b>	0,494 (0,54)	0,39 (0,38)	1,62	<b>0,06</b>
<b>DEPRESS</b>	0,559 (0,563)	0,26 (0,31)	5,79	<b>0,00</b>
ANXIETE	0,305 (0,314)	0,26 (0,31)	0,93	0,18
HOSTILITE	0,336 (0,343)	0,35 (0,37)	-0,19	0,43
PHOBIE	0,195 (0,321)	0,15 (0,23)	1,22	0,11
<b>PARANO</b>	0,518 (0,586)	0,30 (0,36)	3,78	<b>0,00</b>
<b>PSYCHOT</b>	0,168 (0,301)	0,10 (0,18)	2,30	<b>0,01</b>
<b>DIVERS</b>	0,473 (0,454)	0,31 (0,26)	3,96	<b>0,00</b>
<b>GSI</b>	0,355 (0,237)	0,29 (0,25)	1,56	<b>0,06</b>
<b>PST</b>	23,108 (14,502)	19,62 (14,16)	1,50	<b>0,07</b>
PSDI	1,331 (0,314)	1,33 (0,29)	0,02	0,49

La population 1 présente une augmentation importante de tous les scores symptomatiques de la SCL90. L'augmentation est moins importante pour la population 2, qui présente même des résultats normaux pour la somatisation, l'anxiété, l'hostilité, les phobies, et le degré de malaise.

## ANNEXE 5. RESULTATS DE LA STAY :

### Scores Hommes-Femmes :

Groupe 1	STAIYA	STAIYB
Hommes N=9	39,22 (13,03)	45,89 (15,19)
Femmes N=28	40,93 (16,25)	43,82 (10,91)
Hommes +Femmes N=37	40,51(15,37)	44,32 (11,89)

Groupe 2	STAIYA	STAIYB
Hommes N=9	33,00 (10,09)	35,89 (7,83)
Femmes N=28	35,21 (10,18)	41,79 (9,66)
Hommes + Femmes N=37	34,68 (10,07)	40,35 (9,50)

### Comparaison des deux groupes : (hypothèse unilatérale, p modifié pour la STAIYB)

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur t	p
STAIYA	40,51(15,37)	34,68(10,07)	1,93	0,06
STAIYB	44,32(11,90)	40,35(9,50)	1,59	0,06 <sup>a</sup>

Les scores d'anxiété état et trait sont plus important dans le groupe 1 par rapport au groupe 2.

### Comparaison Hommes/Femmes :

groupe 1+2	Hommes	Femmes	Valeur t	p
STAIYA	36,11 (11,75)	38,07 (13,74)	-0,54	0,59
STAIYB	40,89 (12,81)	42,80 (10,26)	-0,65	0,52
Groupe 1				
STAIYA	39,22 (13,03)	40,93 (16,25)	-0,29	0,78
STAIYB	45,89 (15,19)	43,82 (10,91)	0,45	0,66
Groupe 2				
STAIYA	33,00 (10,09)	35,21 (10,18)	-0,57	0,57
STAIYB	35,89 (7,83)	41,79 (9,66)	-1,66	0,11

Il n'existe pas de différence entre hommes et femmes.

### Comparaison par rapport à la population standart :

Rappel du standart :

Standart	STAYA	STAYB
Hommes	35,73 (10,34)	41,86 (9,48)
Femmes	40,75 (10,32)	45,09 (11,11)

	STAYA		STAYB	
	t	p	t	p
Hommes groupe 1(n=9)	0,80	0,22	0,80	0,22
Femmes groupe 1(n=28)	0,06	0,48	-0,62	0,27
Hommes groupe 2(n=9)	-0,81	0,44	-2,29	0,05
Femmes groupe 2(n=28)	-2,88	0,01	-1,81	0,08

L'anxiété état est moins importante chez les femmes du groupe 2 (eczéma non pérennisé) par rapport à la population standart.

L'anxiété trait est abaissée chez les hommes et les femmes de ce même groupe 2.

## ANNEXE 6. RESULTATS AU WCC :

### Scores Hommes-Femmes :

Groupe 1	WCCP	WCCE	WCCS
Hommes N=9	29,33 (4,85)	22,00 (5,83)	22,67 (4,00)
Femmes N=28	29,35 (4,89)	23,50 (5,92)	23,07 (4,99)
Hommes +Femmes N=37	29,35 (4,81)	23,14 (5,85)	22,97 (4,72)

Groupe 2	WCCP	WCCE	WCCS
Hommes N=9	27,89 (7,04)	18,11 (7,10)	18,33 (4,44)
Femmes N=28	28,71 (6,43)	21,75 (5,26)	21,32 (5,33)
Hommes+Femmes N= 37	28,51 (6,49)	20,86 (5,87)	20,59 (5,24)

### Comparaison des deux populations : (hypothèse unilatérale, p modifié pour WCCE)

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur t	p
WCCP	29,35 (4,81)	28,51 (6,49)	0,63	0,53
WCCE	23,14 (5,85)	20,86 (5,87)	1,67	0,05 <sup>a</sup>
WCCS	22,97 (4,72)	20,59 (5,24)	2,05	0,04

Les patients avec eczéma pérennisés utilisent la recherche de soutien de manière plus importante que les patients guéris. De même le score du coping centré sur l'émotion est supérieur par rapport aux patients sans eczéma pérennisé. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes pour le coping centré sur le problème.

### **Comparaison hommes/femmes :**

groupe 1+2	Hommes	Femmes	Valeur t	p
WCCP	28,61 (5,91)	29,04 (5,67)	-0,27	0,79
WCCE	20,06 (6,61)	22,63 (5,62)	-1,62	0,11
WCCS	20,5 (4,67)	22,2 (5,19)	-1,23	0,22

groupe 1	Hommes	Femmes	Valeur t	p
WCCP	29,33 (4,85)	29,36 (4,89)	-0,01	0,99
WCCE	22 (5,83)	23,5 (5,92)	-0,66	0,51
WCCS	22,67 (4)	23,07 (4,99)	-0,22	0,83

groupe 2	Hommes	Femmes	Valeur t	p
WCCP	27,89 (7,04)	28,71 (6,43)	-0,33	0,75
WCCE	18,11 (7,1)	21,75 (5,26)	-1,66	0,11
WCCS	18,33 (4,44)	21,32 (5,33)	-1,52	0,14

Il existe la même proportion d'hommes et de femmes dans les deux populations (9 hommes pour 28 femmes). Par ailleurs les hommes et les femmes n'ont pas de différence de score.

### **Comparaison par rapport à la population témoin :**

Scores Hommes-Femmes :

Groupe 1	WCCP	WCCE	WCCS
Hommes N=9	29,33 (4,85)	22 (5,83)	22,67 (4)
Femmes N=28	29,35(4,89)	23,5(5,92)	23,07(4,99)

Groupe 2	WCCP	WCCE	WCCS
Hommes N=9	27,89(7,04)	18,11(7,10)	18,33(4,44)
Femmes N=28	28,71(6,43)	21,75(5,26)	21,32(5,33)

Rappel du standart :

Standart	WCCP	WCCE	WCCS
Hommes	28,04 (5,71)	20,22 (5,49)	25,5 (5,04)
Femmes	27,79 (6,78)	21,7 (5,60)	20,2 (4,76)

Comparaison des scores hommes-femmes avec la population témoin :

	WCCP		WCCE		WCCS	
	t	p	t	p	t	p
Hommes groupe 1(n=9)	0,80	0,45	0,92	0,097 <sup>a</sup>	-2,13	0,03
Femmes groupe 1(n=28)	1,69	0,10	1,61	0,03 <sup>a</sup>	3,05	0,00
Hommes groupe 2(n=9)	-0,06	0,95	-0,89	0,40	-4,84	0,00
Femmes groupe 2(n=28)	0,76	0,45	0,05	0,96	1,11	0,28

Le coping centré sur l'émotion est supérieur au standart chez les hommes (t) et chez les femmes du groupe 1.

La recherche de soutien social est inférieure chez les hommes du groupe 1 et 2 par rapport à l'échantillon standart. Elle est par contre supérieure à la population standart chez les femmes du groupe 1.

## ANNEXE 7. ETUDE DU FACTEUR AGE :

### Influence de l'âge sur l'état d'esprit d'attachement au Q-sort selon KOBAK :

Etude de corrélation entre l'âge et les scores au Q-sort selon KOBAK

Groupe 1 + 2 (n=80)	SECAAI	DETAI	PREAAI
AGE	-,0097	,0963	-,0181
	p=,932	p=,395	p=,873

Groupe 1 (n=40)	SECAAI	DETAI	PREAAI
AGE	-,4041	,3029	,1771
	p=,010	p=,057	p=,274

Groupe 2 (n=40)	SECAAI	DETAI	PREAAI
AGE	-,1387	,2334	,0363
	p=,393	p=,147	p=,824

L'âge n'est pas corrélé avec les scores de sécurité dans la population 2 et 1+2. Par contre il est corrélé négativement avec la sécurité et positivement avec le détachement dans la population 1

### Influence de l'âge sur le CAMIR :

Etude de corrélation entre l'âge et les scores au Q-sort selon KOBAK

groupe 1+2 (n=80)	SECCA	DETACA	PRECA	indice strategie secondaire	det+préoc camir
	-,2692	,1964	,1999	-,0547	,2509
	p=,016	p=,081	p=,075	p=,630	p=,025

Concernant l'ensemble des patients, plus le sujet est âgé, moins il est sûr de manière significative, plus il est préoccupé et détaché de manière tendancielle, et plus son cumul d'insécurité est élevé.

Groupe 1 (n=40)	SECCA	DETACA	PRECA	indice strategie secondaire	det+préoc camir
	-,4286	,3742	,3466	-,1031	,4681
	p=,006	p=,017	p=,028	p=,527	p=,002

Dans le groupe 1, plus le sujet est âgé, moins il est sûr, plus les scores de détachement et de préoccupation sont élevés, et plus son cumul d'insécurité est élevé.

Groupe 2 (n=40)	SECCA	DETACA	PRECA	indice strategie secondaire	det+préoc camir
	-,1883	,0560	,0857	-,0190	,0535
	p=,245	p=,732	p=,599	p=,907	p=,743

Il n'existe aucune corrélation entre les résultats du CAMIR et l'âge dans le groupe 2.

Les deux populations pérennisés et non pérennisés ayant un âge moyen significativement différent, il convient d'étudier cet effet de l'âge. Nous avons séparé les patients en deux groupes en fonction de la médiane d'âge qui est 35 ans :

Groupes	<35 ans	≥35 ans
1	26,1 (5,47) n=26	43,25 (7,1) n=14
2	28,9 (4,9) n=14	48,4 (9,1) n=26

moins de 35 ans	groupe 1	groupe 2	Valeur t	p
AGE <35 ans	26,1	28,93	-1,62	0,11
≥35 ans	43,25	48,42	-1,83	0,07

Concernant les sujets de moins de 35 ans, les groupes 1 et 2 n'ont pas de différence significative d'âge.

Cette différence est par contre tendancielle concernant les sujets de plus de 35 ans. Elle disparaît lorsque nous retirons les trois sujets les plus âgés appartenant toutes les trois au groupe 2 (69 ans, 65,5 ans et 67,5 ans). Le score au CAMIR de ces trois sujets n'est pas différent de celui des 37 autres sujets du groupe deux :

	37 sujets	3 sujets	Valeur t	p
SECCA	47,69 (10,88)	49,13 (4,38)	-0,23	0,82
DETACA	52,76 (12,27)	42,87 (4,88)	1,37	0,18
PRECA	53,45 (11,70)	49,73 (2,00)	0,54	0,59

Ainsi la différence d'âge entre les groupes 1 et 2 est causée par la présence dans la population 2 des trois sujets les plus âgés, dont le score aux scores CAMIR n'est pas différent des 37 autres sujets. Cette différence d'âge n'influe donc pas sur les scores CAMIR et nous n'avons donc pas à en tenir compte. A noter que la différence de score du détachement apparaît élevée mais avec un écart type également élevé, ce qui donne une absence de significativité dans la différence des 3 sujets avec les 37 autres patients du même groupe. Le faible effectif (3) est également une autre explication de cette absence de significativité, venant relativiser nos conclusions.

### Influence de l'âge sur la SCL90 :

#### Etude de corrélation entre l'âge et les scores à la SCL90

population 1 (n= 37)	SOMAT	OBSSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
	,3015	,0187	,0883	,3458	,0925	,0606
	p=,070	p=,913	p=,603	p=,036	p=,586	p=,722

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
,1972	,1467	-,0118	-,0181	,1818	,1692	,1287
p=,242	p=,386	p=,945	p=,915	p=,281	p=,317	p=,448

population 2 (n=37)	SOMAT	OBSSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
	,1427	,0236	-,1778	-,0182	-,1897	-,0183
	p=,399	p=,890	p=,292	p=,915	p=,261	p=,915

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
,1555	,1783	,0356	,3071	,0089	,0264	-,0010
p=,358	p=,291	p=,834	p=,064	p=,958	p=,877	p=,995

Dans la population 1, l'âge est corrélé positivement avec la somatisation (t) et la dépression.

Dans la population 2, l'âge est corrélé positivement avec les symptômes divers (t).

## Influence de l'âge sur la WCC et la STAIY :

### Etude de corrélation entre l'âge et les scores au WCC et la STAI-Y

population 1 (n=37)	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
	,0379	,1766	,3773	,2867	,2415
	p=,824	p=,296	p=,021	p=,085	p=,150

population 2 (n=37)	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
	-,1541	-,1755	-,0923	-,2351	-,1006
	p=,362	p=,299	p=,587	p=,161	p=,554

Dans la population 1, il existe une corrélation positive entre l'âge et le coping centré sur la recherche de soutien, et de manière tendancielle avec l'anxiété état.

L'âge n'influe pas sur les scores au WCC et à la STAIY dans la population 2.

## ANNEXE 8. ETUDE DU FACTEUR SEXE :

### Influence du sexe sur la sécurité d'attachement au Q-sort de KOBAK:

Population 1 et 2	Hommes (n=21)	Femmes (n=59)	Valeur t	p
SECAAI	0,18 (0,43)	0,07 (0,36)	1,14	0,26
DETAI	-0,12 (0,39)	-0,03 (0,3)	-1,13	0,26
PREAAI	-0,21 (0,28)	-0,15 (0,27)	-0,84	0,4

population 1	Hommes (n=11)	Femmes (n=10)	Valeur t	p
SECAAI	-0,13 (0,38)	-0,07 (0,32)	-0,53	0,6
DETAI	0,11 (0,42)	0,04 (0,28)	0,61	0,54
PREAAI	-0,01 (0,2)	-0,13 (0,25)	1,45	0,15

Population 2	Moyenne 1	Moyenne 2	Valeur t	p
SECAAI	0,52 (0,07)	0,21 (0,34)	2,89	0,01
DETAI	-0,37 (0,1)	-0,09 (0,31)	-2,82	0,01
PREAAI	-0,43 (0,17)	-0,17 (0,29)	-2,7	0,01

Dans la population 2, les hommes sont significativement plus sécurés, moins insécures détachés et moins insécures préoccupés. Cette influence du sexe sur l'attachement n'est pas retrouvée dans la population 1 et globale.

### Influence du sexe sur le CAMIR :

Population 1	Hommes (n=11)	Femmes (n=29)	Valeur t	p
SECCA	46,48 (8,51)	48,52 (9,42)	-0,63	0,53
<b>DETACA</b>	<b>56,07 (11,19)</b>	<b>48,40 (8,61)</b>	<b>2,32</b>	<b>0,03</b>
PRECA	51,56 (11,6)	52,57 (10,47)	-0,26	0,79
Ind.strat 2 camir	0,17 (0,29)	0,06 (0,19)	1,48	0,15
det+préoc camir	-0,06 (0,25)	0,17 (0,28)	1,13	0,27

Dans le groupe 1, les hommes ont un score de détachement au CAMIR plus élevé que les femmes.

Population 2	Hommes (n=10)	Femmes (n=30)	Valeur t	p
SECCA	51,16 (8,06)	46,68 (11,09)	1,17	0,25
DETACA	53,89 (10,01)	51,4 (12,86)	0,56	0,58
PRECA	49,07 (9,86)	54,53 (11,56)	-1,34	0,19
<b>Ind.strat 2 camir</b>	<b>0,20 (0,16)</b>	<b>0,05 (0,27)</b>	<b>1,73</b>	<b>0,09</b>
det+préoc camir	-0,14 (0,29)	-0,05 (0,32)	-0,70	0,49

Dans le groupe 2, les hommes présentent un indice de stratégie secondaire plus élevé (« plus détaché ») que les femmes.

### **Influence du sexe sur la SCL90 :**

#### Population 1

N=37	Hommes (n=9)	Femmes (n=28)	Valeur t	p
SOMAT	0,45 (0,47)	0,61 (0,47)	-0,90	0,38
OBSESS	0,84 (0,6)	0,65 (0,64)	0,81	0,43
SENSIT	0,71 (0,62)	0,83 (0,65)	-0,47	0,64
DEPRESS	0,82 (0,66)	0,72 (0,62)	0,41	0,69
ANXIETE	0,54 (0,49)	0,71 (0,72)	-0,66	0,51
HOSTILITE	0,59 (0,72)	0,58 (0,54)	0,04	0,97
PHOBIE	0,29 (0,5)	0,43 (0,64)	-0,61	0,55
PARANO	0,74 (0,7)	0,85 (0,65)	-0,45	0,65
PSYCHOT	0,31 (0,31)	0,26 (0,36)	0,35	0,73
DIVERS	0,86 (0,71)	0,75 (0,52)	0,50	0,62
GSI	0,61 (0,45)	0,63 (0,44)	-0,13	0,90
PST	33 (19,62)	33,07 (17,23)	-0,01	0,99
PSDI	1,52 (0,39)	1,59 (0,43)	-0,41	0,68

Il n'existe pas de différence de score en fonction du sexe dans le groupe 1.

## Population 2

N=37	Hommes (n=9)	Femmes (n=28)	Valeur t	p
SOMAT	0,22 (0,29)	0,33 (0,31)	-0,92	0,36
OBSESS	0,29 (0,26)	0,51 (0,41)	-1,51	0,14
SENSIT	0,26 (0,34)	0,57 (0,58)	-1,52	0,14
DEPRESS	0,31 (0,43)	0,64 (0,58)	-1,53	0,13
ANXIETE	0,2 (0,3)	0,34 (0,32)	-1,16	0,25
HOSTILITE	0,26 (0,24)	0,36 (0,37)	-0,79	0,43
PHOBIE	0,05 (0,07)	0,24 (0,36)	-1,63	0,11
PARANO	0,25 (0,26)	0,6 (0,64)	-1,62	0,11
PSYCHOT	0,09 (0,11)	0,19 (0,34)	-0,90	0,37
DIVERS	0,24 (0,34)	0,55 (0,46)	-1,85	0,07
GSI	0,22 (0,21)	0,4 (0,23)	-2,01	0,05
PST	14,78 (11,36)	25,79 (14,55)	-2,07	0,05
PSDI	1,22 (0,3)	1,37 (0,31)	-1,27	0,21

Dans la population 2, les femmes ont un score supérieur aux hommes en symptômes divers, gravité globale et diversité des symptômes.

## Comparaison des scores SCL90 chez l'homme en fonction du caractère pérennisé ou pas de l'eczéma

Hommes (n=18)	Groupe 1 (n=9)	Groupe 2 (n=9)	Valeur t	p
SOMAT	0,45 (0,47)	0,22 (0,29)	1,27	0,22
OBSESS	0,84 (0,6)	0,29 (0,26)	2,56	0,02
SENSIT	0,71 (0,62)	0,26 (0,34)	1,92	0,07
DEPRESS	0,82 (0,66)	0,31 (0,43)	1,91	0,07
ANXIETE	0,54 (0,49)	0,2 (0,3)	1,78	0,09
HOSTILITE	0,59 (0,72)	0,26 (0,24)	1,33	0,20
PHOBIE	0,29 (0,5)	0,05 (0,07)	1,43	0,17
PARANO	0,74 (0,7)	0,25 (0,26)	1,96	0,07
PSYCHOT	0,31 (0,31)	0,09 (0,11)	2,04	0,06
DIVERS	0,86 (0,71)	0,24 (0,34)	2,36	0,03
GSI	0,61 (0,45)	0,22 (0,21)	2,38	0,03
PST	33 (19,62)	14,78 (11,36)	2,41	0,03
PSDI	1,52 (0,39)	1,22 (0,3)	1,83	0,09

Chez l'homme la répercussion de l'eczéma se fait surtout en termes de traits obsessionnels, de sensibilité interpersonnelle, de symptômes divers, de gravité globale et de diversité des symptômes.

Comparaison des scores SCL90 chez la femme en fonction du caractère pérennisé ou pas de l'eczéma

Femmes (n=56)	Groupe 1 (n=28)	Groupe 2 (n=28)	Valeur t	p
SOMAT	0,61 (0,47)	0,33 (0,31)	2,66	0,01
OBSSESS	0,65 (0,64)	0,51 (0,41)	0,95	0,34
SENSIT	0,83 (0,65)	0,57 (0,58)	1,59	0,12
DEPRESS	0,72 (0,62)	0,64 (0,58)	0,51	0,61
ANXIETE	0,71 (0,72)	0,34 (0,32)	2,54	0,01
HOSTILITE	0,58 (0,54)	0,36 (0,37)	1,79	0,08
PHOBIE	0,43 (0,64)	0,24 (0,36)	1,33	0,19
PARANO	0,85 (0,65)	0,6 (0,64)	1,45	0,15
PSYCHOT	0,26 (0,36)	0,19 (0,34)	0,76	0,45
DIVERS	0,75 (0,52)	0,55 (0,46)	1,52	0,13
GSI	0,63 (0,44)	0,4 (0,23)	2,51	0,01
PST	33,07 (17,23)	25,79 (14,55)	1,71	0,09
PSDI	1,59 (0,43)	1,37 (0,31)	2,18	0,03

Chez la femme la répercussion de l'eczéma s'exprime en termes de somatisation, d'anxiété, de gravité globale et de malaise général. Au niveau symptomatique la significativité la plus importante se situe au niveau de la somatisation, puis de l'anxiété.

**Influence du sexe sur la WCC et la STAIY :**

Population 1

N=37	Hommes (n=9)	Femmes (n=28)	Valeur t	p
WCCP	29,33 (4,85)	29,36 (4,89)	-0,01	0,99
WCCE	22 (5,83)	23,5 (5,92)	-0,66	0,51
WCCS	22,67 (4)	23,07 (4,99)	-0,22	0,83
STAIYA	39,22 (13,03)	40,93 (16,25)	-0,29	0,78
STAIYB	45,89 (15,19)	43,82 (10,91)	0,45	0,66

Population 2

N=37	Hommes n=9)	Femmes (n=28)	Valeur t	p
WCCP	27,89 (7,04)	28,71 (6,43)	-0,33	0,75
WCCE	18,11 (7,1)	21,75 (5,26)	-1,66	0,11
WCCS	18,33 (4,44)	21,32 (5,33)	-1,52	0,14
STAIYA	33 (10,09)	35,21 (10,18)	-0,57	0,57
STAIYB	35,89 (7,83)	41,79 (9,66)	-1,66	0,11

Il n'existe pas de différence significative entre hommes et femmes au niveau des scores pour la WCC et la STAIY.

## ANNEXE 9. ETUDE DU FACTEUR COUPLE :

N=80	Célibataires	En couple
population 1	18	22
population 2	13	27

Chi-deux : 1,32 p= 0,2512

Les patients avec eczéma pérennisés ne sont pas plus célibataires que ceux avec eczéma non pérennisé.

### Influence du fait d'être en couple sur l'état d'esprit d'attachement au Q-sort selon KOBAK

#### Population 1

	Célibataires (n=18)	En couple (n=22)	Valeur t	p
SECAAI	-0,11 (0,34)	-0,07 (0,33)	-0,41	0,69
DETAI	0,07 (0,31)	0,05 (0,33)	0,26	0,79
PREAAI	-0,11 (0,25)	-0,09 (0,24)	-0,25	0,81

#### Population 2

	Célibataires (n=13)	En couple (n=27)	Valeur t	p
SECAAI	0,23 (0,29)	0,32 (0,34)	-0,83	0,41
DETAI	-0,04 (0,3)	-0,22 (0,28)	1,89	0,07
PREAAI	-0,25 (0,28)	-0,23 (0,29)	-0,19	0,85

Après vérification en test U, il n'existe pas de différence de score entre célibataires et sujets vivant en couple dans le groupe 1.

Dans le groupe 2, le score de détachement est plus important chez les célibataires (significativité vérifiée au test U, p=.0417).

### **Influence du fait d'être en couple sur le CAMIR :**

#### POPULATION 1

	Célibataires (n=18)	En couple (n=22)	Valeur t	p
SECCA	47,86 (10,25)	48,05 (8,32)	-0,06	0,95
DETACA	47,65 (7,99)	52,85 (10,79)	-1,70	0,10
PRECA	53,03 (11,64)	51,68 (10)	0,40	0,70
Ind.strat 2 camir	0,06 (0,21)	0,12 (0,23)	-0,89	0,38
det+préoc camir	-0,17 (0,28)	-0,11 (0,26)	-0,71	0,48

Dans le groupe 1, les sujets vivant en couple n'ont pas de différence de score au CAMIR avec les sujets célibataires.

#### POPULATION 2

	Célibataires (n= 13)	En couple (n= 27)	Valeur t	p
SECCA	47,38 (12,05)	48 (9,92)	-0,17	0,86
DETACA	54,02 (14,41)	51,06 (11,04)	0,72	0,48
PRECA	51,04 (10,4)	54,19 (11,75)	-0,82	0,42
Ind.strat 2 camir	0,15 (0,19)	0,05 (0,27)	1,21	0,23
det+préoc	-0,11 (0,37)	-0,06 (0,29)	-0,48	0,63

Dans la population 2, le fait de vivre en couple ou non n'influe pas sur les scores au CAMIR.

### **Influence du fait d'être en couple sur la SCL90 :**

#### Population 1+2

	Seul (n= 29)	En couple (n=45)	Valeur t	p
SOMAT	0,54 (0,48)	0,37 (0,36)	1,72	0,09
OBSESS	0,75 (0,61)	0,46 (0,45)	2,31	0,02
SENSIT	0,75 (0,68)	0,58 (0,55)	1,13	0,26
DEPRESS	0,75 (0,67)	0,59 (0,54)	1,18	0,24
ANXIETE	0,64 (0,57)	0,39 (0,52)	1,90	0,06
HOSTILITE	0,5 (0,54)	0,44 (0,45)	0,54	0,59
PHOBIE	0,51 (0,67)	0,15 (0,25)	3,24	0,00
PARANO	0,87 (0,77)	0,55 (0,51)	2,15	0,03
PSYCHOT	0,28 (0,39)	0,18 (0,28)	1,30	0,20
DIVERS	0,79 (0,51)	0,52 (0,52)	2,17	0,03
GSI	0,6 (0,41)	0,42 (0,34)	2,00	0,05
PST	32,69 (17,96)	25,11 (15,41)	1,93	0,06
PSDI	1,55 (0,43)	1,38 (0,34)	1,87	0,07

Les personnes vivant seules ont des scores de somatisation (t), de symptômes obsessionnels, d'anxiété (t), de phobies, de traits paranoïaques, de symptômes divers, de gravité globale, de

diversité des symptômes (t) et de degré de malaise (t) plus élevés par rapport aux personnes vivant en couple. La significativité est la plus importante pour les phobies et les traits obsessionnels.

### Population 1

	Célibataires (n=17)	En couple (n=20)	Valeur t	p
SOMAT	0,66 (0,54)	0,51 (0,4)	0,96	0,34
<b>OBSESS</b>	<b>0,9 (0,64)</b>	<b>0,52 (0,58)</b>	<b>1,91</b>	<b>0,06</b>
SENSIT	0,86 (0,56)	0,75 (0,71)	0,53	0,60
DEPRESS	0,86 (0,72)	0,65 (0,52)	1,02	0,31
ANXIETE	0,82 (0,63)	0,55 (0,68)	1,28	0,21
HOSTILITE	0,6 (0,56)	0,57 (0,6)	0,12	0,91
<b>PHOBIE</b>	<b>0,63 (0,79)</b>	<b>0,19 (0,27)</b>	<b>2,33</b>	<b>0,03</b>
<b>PARANO</b>	1,09 (0,66)	0,61 (0,58)	2,36	<b>0,02</b>
PSYCHOT	0,34 (0,36)	0,23 (0,33)	0,97	0,34
DIVERS	0,89 (0,52)	0,68 (0,58)	1,14	0,26
GSI	0,75 (0,44)	0,52 (0,41)	1,64	0,11
PST	37,41 (17,23)	29,35 (17,4)	1,41	0,17
<b>PSDI</b>	<b>1,7 (0,45)</b>	<b>1,46 (0,36)</b>	<b>1,83</b>	<b>0,08</b>

Dans la population 1, les patients célibataires ont plus de symptômes obsessionnels (t), de phobies et de traits paranoïaques avec un degré de malaise augmenté (t).

### Population 2

	Célibataires (n=12)	En couple (n=25)	Valeur t	p
SOMAT	0,38 (0,34)	0,27 (0,29)	1,06	0,30
OBSESS	0,53 (0,51)	0,42 (0,32)	0,82	0,42
SENSIT	0,58 (0,82)	0,45 (0,35)	0,68	0,50
DEPRESS	0,61 (0,58)	0,54 (0,57)	0,35	0,73
ANXIETE	0,38 (0,34)	0,27 (0,30)	0,93	0,36
HOSTILITE	0,36 (0,50)	0,32 (0,25)	0,29	0,78
<b>PHOBIE</b>	<b>0,34 (0,43)</b>	<b>0,12 (0,24)</b>	<b>2,00</b>	<b>0,05</b>
PARANO	0,55 (0,83)	0,50 (0,45)	0,25	0,80
PSYCHOT	0,21 (0,42)	0,15 (0,23)	0,57	0,58
DIVERS	0,64 (0,47)	0,39 (0,43)	1,59	0,12
GSI	0,38 (0,22)	0,34 (0,25)	0,43	0,67
PST	26,00 (17,50)	21,72 (13,00)	0,84	0,41
PSDI	1,34 (0,31)	1,33 (0,32)	0,15	0,88

Dans la population 2, les célibataires présentent plus de traits phobiques que ceux vivant en couple.

### **Influence du fait d'être en couple sur la WCC et la STAIY :**

#### Population 1

Vi couple	En couple (n=20)	Célibataires (n=17)	Valeur t	p
WCCP	28,45 (4,57)	30,41 (5,01)	-1,24	0,22
WCCE	22 (5,32)	24,47 (6,32)	-1,29	0,20
WCCS	23,25 (4,22)	22,65 (5,36)	0,38	0,70
STAIYA	39,55 (14,91)	41,65 (16,28)	-0,41	0,69
STAIYB	43,3 (11,59)	45,53 (12,48)	-0,56	0,58

Dans la population 1, il n'existe pas de différence significative entre célibataires et sujets vivant en couple au niveau des scores à la WCC et la STAIY.

#### Population 2

Vi couple	En couple (n=25)	Célibataires (n=12)	Valeur t	p
WCCP	28,6 (5,07)	28,33 (9,05)	0,12	0,91
WCCE	20,32 (5,83)	22(6,05)	-0,81	0,42
WCCS	20,6 (4,95)	20,58 (6,02)	0,01	0,99
STAIYA	34,64 (10,21)	34,75 (10,21)	-0,03	0,98
STAIYB	39,32 (10,61)	42,5 (6,52)	-0,95	0,35

Dans la population 2, il n'existe pas de différence significative entre célibataires et sujets vivant en couple au niveau des scores à la WCC et la STAIY.

## ANNEXE 10. ETUDE DU FACTEUR NOMBRES D'ANNEES D'ETUDE :

### Influence sur le Q-sort selon KOBAK :

Groupe 1

SECAAI	DETAI	PREAAI
,1664	-,2373	,0848
p=,318	p=,151	p=,613

Groupe 2

SECAAI	DETAI	PREAAI
,2144	-,1674	-,0374
p=,190	p=,308	p=,821

Le nombre d'années d'étude n'influe pas sur les scores d'attachement au Q-sort selon KOBAK que ce soit pour le groupe 1 comme pour le groupe 2.

### Influence sur le CAMIR :

Groupe 1

SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
-,0605	,1698	-,0632	,1561	,0765
p=,718	p=,308	p=,706	p=,349	p=,648

Groupe 2

SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
-,0301	,1180	,2177	-,0837	,2345
p=,856	p=,474	p=,183	p=,612	p=,151

Le nombre d'années d'étude n'influe pas sur les scores d'attachement du CAMIR.

### **Influence sur la SCL90 :**

Corrélation entre nombre d'années d'étude et score à la SCL90 :

groupe 1	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
	,0358	-,2233	-,3386	-,2418	-,2890	-,1119
	p=,838	p=,197	p=,047	p=,162	p=,092	p=,522

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
-,3814	-,5372	-,0482	-,0063	-,2911	-,2380	-,3434
p=,024	p=,001	p=,783	p=,971	p=,090	p=,169	p=,043

Dans le groupe 1, plus le patient a d'années d'étude, moins il a de sensibilité interpersonnelle, d'anxiété (tendanciellement), de traits phobiques, de traits paranoïaques, de gravité globale (tendanciellement) et de degré de malaise.

groupe 2	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
	,1182	,1388	,3361	,0844	,1590	,2444
	p=,493	p=,420	p=,045	p=,625	p=,354	p=,151

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
-,0120	,0959	,1496	-,0345	,0645	,2065	-,1704
p=,944	p=,578	p=,384	p=,842	p=,709	p=,227	p=,320

Dans le groupe 2 le nombre d'années d'étude n'influe pas sur les scores de la SCL90 sauf pour la sensibilité interpersonnelle qui augmente avec celles-ci.

### **Influence sur la WCC et la STAIY :**

Corrélation entre nombre d'années d'étude et WCC-STAIY :

groupe 1	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
	,1893	-,3742	-,0376	-,2510	-,3262
	p=,276	p=,027	p=,830	p=,146	p=,056

groupe 2	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
	,0931	,1362	,1130	,3449	,2217
	p=,589	p=,428	p=,512	p=,039	p=,194

Dans le groupe 1, le score du coping centré sur l'émotion diminue avec le nombre d'années d'étude. Dans le groupe 2, le score d'anxiété état augmente avec le nombre d'années d'étude.

## ANNEXE 11. ETUDE DU FACTEUR DUREE GLOBALE DE LA DERMATITE ATOPIQUE :

### Influence sur le KOBAK :

#### Correlation entre la durée et l'attachement au Q-sort selon KOBAK

##### Population 1+2

SECAAI	DETAI	PREAAI
-0,4602	0,3437	0,2772
p=,000	p=,002	p=,013

##### Population 1

SECAAI	DETAI	PREAAI
-0,4095	0,2372	0,366
p=,010	p=,146	p=,022

##### Population 2

SECAAI	DETAI	PREAAI
0,0178	0,1299	-0,1043
p=,913	p=,424	p=,522

La durée de la maladie influe sur les trois dimensions d'attachement dans la population 1+2 (effet d'échantillon pour le détachement)..

La durée de la dermatite atopique influe sur l'état d'esprit sécuritaire et insécuritaire préoccupé dans la population de patients n'ayant pas guéris (plus la durée de la maladie est longue, plus le patient est insécuritaire préoccupé et moins il est sécuritaire). Cette durée de la maladie n'influe pas sur le score d'insécurité détachée dans cette population de patients non guéris.

Par contre la durée de la maladie n'influe pas sur les scores d'attachement lorsque le patient a guéri de sa dermatite atopique.

### Influence sur le CAMIR :

#### Population 1

SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
-,5028	,2672	,4875	-,3175	,5047
p=,001	p=,100	p=,002	p=,049	p=,001

#### Population 2

SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
,1548	-,0661	-,1005	,0154	-,1634
p=,340	p=,685	p=,537	p=,925	p=,314

Dans le groupe 1, elle est corrélée négativement avec la sécurité, et positivement avec la préoccupation, et le cumul des insécurités. Plus la durée de la maladie est longue, plus l'indice de stratégie secondaire s'oriente vers la préoccupation.

La durée globale n'est pas corrélée avec les scores au CAMIR dans la population 2.

### Influence sur la SCL90 :

#### Etude de corrélation entre la durée de la maladie et les scores à la SCL90 :

##### Population 1

SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE	PHOBIE
,3079	,1341	,2480	,4028	,1625	,2314	,2521
p=,068	p=,436	p=,145	p=,015	p=,344	p=,174	p=,138

PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
,2263	,1614	,1265	,3065	,2828	,2157
p=,185	p=,347	p=,462	p=,069	p=,095	p=,206

##### Population 2

SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE	PHOBIE
-,1028	-,2726	-,2625	-,0832	-,3316	-,0886	-,1205
p=,545	p=,103	p=,117	p=,624	p=,045	p=,602	p=,477

PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
-,1055	-,2699	,0009	-,1653	-,2732	,2136
p=,534	p=,106	p=,996	p=,328	p=,102	p=,204

Dans la population 1, la durée de la dermatose est corrélée avec la somatisation, la dépression, la gravité globale (t) et la diversité des symptômes (t).

Dans la population 2, la durée de la dermatose est corrélée négativement avec l'anxiété.

### **Influence sur le WCC et la STAIY :**

Etude de corrélation entre la durée de la maladie et les scores au WCC et à la STAI-Y :

Population 1

WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
-,2602	,1761	-,0168	,3909	,2907
p=,125	p=,304	p=,923	p=,018	p=,085

Population 2

WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
-,2371	-,1163	-,0450	-,2014	-,1547
p=,158	p=,493	p=,791	p=,232	p=,361

La durée de la maladie n'est pas corrélée avec les scores de coping, quelque soit le groupe.

Par contre cette durée est corrélée avec l'anxiété état et l'anxiété trait (de manière tendancielle pour cette dernière) uniquement dans le groupe 1

## ANNEXE 12. ETUDE DU FACTEUR AGE D'APPARITION DE LA DERMATOSE :

### Influence sur le Q-sort selon KOBAK :

#### Comparaison de la durée en fonction du début de la maladie

Groupe 1+2 (n=79)	Age début avant 3ans (n=56)	Age début après 3ans (n=23)	Valeur t	p
DUREE DA	18,04 (12,73)	18,7 (11,54)	-0,21	0,83

Les dermatites atopiques débutant avant 3ans ont la même durée que celles débutant après 3ans. n= 79 (contrôle de la variable confondue éventuelle représentée par la durée de la maladie).

#### **Age début avant un an**

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur t	p
SECAAI	0,15 (0,38)	0,05 (0,37)	1,13	0,26
DETAI	-0,08 (0,33)	-0,02 (0,33)	-0,83	0,41
PREAAI	-0,19 (0,26)	-0,14 (0,28)	-0,91	0,37

L'apparition avant un an de la dermatite atopique n'influe pas sur l'état d'esprit de sécurité au Q-sort de KOBAK chez l'adulte, qu'il ait guéri ou pas de sa dermatose.

De même le croisement entre les groupes 1 et 2 (présence ou pas d'une pérennisation de la dermatite atopique) et l'apparition avant un an de la dermatose ne montre pas d'interaction sur l'état d'esprit sécuritaire (ANOVA,  $F=0,2971$ ,  $p=0,5873$ ), l'état d'esprit insécure détaché ( $F= 1,0438$ ),  $p=0,3102$ ), l'état d'esprit insécure préoccupé ( $F=0,2643$   $p= 0,6087$ ).

#### **Age début avant trois ans**

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur t	p
SECAAI	0,12 (0,38)	0,06 (0,37)	0,72	0,47
DETAI	-0,08 (0,32)	0 (0,34)	-1,00	0,32
PREAAI	-0,16 (0,29)	-0,18 (0,24)	0,19	0,85

L'apparition avant trois ans de la dermatite atopique n'influe pas sur l'état d'esprit de sécurité au Q-sort de KOBAK chez l'adulte, qu'il ait guéri ou pas de sa dermatose.

De même le croisement entre les groupes 1 et 2 (présence ou pas d'une pérennisation de la dermatite atopique) et l'apparition avant trois ans de la dermatose ne montre pas d'interaction sur l'état d'esprit sécuritaire (ANOVA,  $F=0,0032$ ,  $p=0,9554$ ), l'état d'esprit insécure détaché ( $F= 0,6705$ ,  $p=0,4155$ ), l'état d'esprit insécure préoccupé ( $F=0,5630$   $p= 0,4554$ ).

### Age début avant cinq ans

	Groupe 1	Groupe 2	Valeur t	p
SECAAI	0,12 (0,38)	0,04 (0,38)	0,86	0,39
DETAI	-0,08 (0,32)	0,02 (0,34)	-1,09	0,28
PREAAI	-0,16 (0,28)	-0,19 (0,26)	0,36	0,72

L'apparition avant cinq ans de la dermatite atopique n'influe pas sur l'état d'esprit de sécurité au Q-sort de KOBAK chez l'adulte, qu'il ait guéri ou pas de sa dermatose.

De même le croisement entre les groupes 1 et 2 (présence ou pas d'une pérennisation de la dermatite atopique) et l'apparition avant cinq ans de la dermatose ne montre pas d'interaction sur l'état d'esprit sûr (ANOVA,  $F=0,2837$ ,  $p=0,5958$ ), l'état d'esprit insécure détaché ( $F=0,679$ ),  $p=0,4125$ ), l'état d'esprit insécure préoccupé ( $F=2,4388$   $p=0,1226$ ).

### Correlation entre age de début et scores d'attachement au Q-sort selon KOBAK

Groupe 1+2 (n=79)	SECAAI	DETAI	PREAAI
	-,1118	,1309	,0309
	$p=,327$	$p=,250$	$p=,787$

Groupe 1 (n=39)	SECAAI	DETAI	PREAAI
	-,1736	,2454	,1862
	$p=,290$	$p=,132$	$p=,256$

Groupe 2 (n=40)	SECAAI	DETAI	PREAAI
	,0034	-,0379	-,1489
	$p=,983$	$p=,816$	$p=,359$

L'age de début n'influe pas sur l'état d'esprit d'attachement au Q-sort selon KOBAK ;

## Influence sur le CAMIR :

Etude de corrélation entre l'âge de début et les scores au CAMIR :

Population 1+2

SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
,0647	,0376	-,0436	,1242	-,0338
p=,571	p=,742	p=,703	p=,275	p=,768

Il n'existe pas de corrélation entre l'âge de début de la dermatite atopique et les scores au CAMIR. dans la population 1+2.

Population 1

SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
-,0755	,2874	,0380	,2829	,1979
p=,648	p=,076	p=,818	p=,081	p=,227

Population 2

SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
,1992	-,1752	-,1235	-,0298	-,2401
p=,218	p=,279	p=,448	p=,855	p=,136

Dans la population 1, l'âge de début n'est corrélé qu'avec le détachement (t), et l'indice de stratégie secondaire (t) : plus l'âge de début est tardif, plus la stratégie secondaire s'oriente du côté détaché.

Dans le groupe 2, l'âge de début n'est pas corrélé avec les scores du CAMIR.

Comparaison des scores au CAMIR en fonction de l'âge de début :

Groupe 1	Age début < 3ans (n=25)	Age début ≥ 3ans (n=14)	Valeur t	p
SECCA	47,72 (10,93)	48,34 (5,32)	-0,20	0,84
DETACA	49,06 (9,77)	53,75 (9,71)	-1,44	0,16
PRECA	52,33 (12,45)	52,22 (7,34)	0,03	0,98
Ind.strat 2 camir	0,04 (0,21)	0,19 (0,23)	-1,97	0,06
det+préoc camir	-0,16 (0,32)	-0,09 (0,16)	-0,86	0,40

Groupe 2	Age début < 3ans (n=31)	Age début ≥ 3ans (n=9)	Valeur t	p
SECCA	46,65 (11,11)	51,77 (7,25)	-1,30	0,20
DETACA	53,65 (12,24)	46,42 (10,5)	1,60	0,12
PRECA	53,45 (11,08)	52,21 (12,65)	0,29	0,78
Ind.strat 2 camir	0,11 (0,24)	0,01 (0,29)	0,96	0,34
det+préoc camir	-0,04 (0,32)	-0,21 (0,27)	1,47	0,15

Dans le groupe 1, les sujets ayant un début de leur maladie après 3 ans ont un score de stratégie secondaire plus élevés, d'ordre détachée que les sujets débutant avant 3 ans (significativité confirmée par test U,  $p=0,0895$ ), sans augmentation du cumul des scores d'insécurité.

Dans le groupe 2, il n'existe pas de différence de score entre les sujets ayant débuté leur dermatite atopique avant trois et ceux ayant débuté leur dermatose après trois ans.

### Influence sur la SCL90 :

Etude de corrélation entre l'âge de début et les scores à la SCL90 :

#### Population 1

SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE	PHOBIE
,0503	,0510	,0676	,0313	,0103	-,0639	-,1911
$p=,771$	$p=,768$	$p=,695$	$p=,856$	$p=,953$	$p=,711$	$p=,264$

PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
-,0614	-,0668	,1017	,0068	,0716	-,0354
$p=,722$	$p=,699$	$p=,555$	$p=,969$	$p=,678$	$p=,838$

#### Population 2

SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE	PHOBIE
-,1564	-,2827	-,2001	-,2560	-,2232	-,2251	-,2696
$p=,355$	$p=,090$	$p=,235$	$p=,126$	$p=,184$	$p=,180$	$p=,107$

PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
-,1677	-,2174	-,0579	-,2972	-,2713	-,2450
$p=,321$	$p=,196$	$p=,733$	$p=,074$	$p=,104$	$p=,144$

L'âge de début n'est pas corrélé avec les scores de la SCL90 dans la population 1.

Il est corrélé avec les troubles obsessionnels (t) et la gravité globale de manière tendancielle et négative dans la population 2.

### Influence sur le WCC et la STAIY :

Etude de corrélation entre l'âge de début et les scores au WCC et à la STAIY:

Groupe 1

WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
,0970	,0505	,1701	,1720	,1389
p=,573	p=,770	p=,321	p=,316	p=,419

Les scores du WCC et à la STAIY ne sont pas corrélés avec l'âge de début dans le groupe 1.

Groupe 2

WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
,3245	,0910	,2755	-,1099	-,0941
p=,050	p=,592	p=,099	p=,517	p=,580

Il existe une corrélation positive entre l'âge de début et le score du coping centré sur le problème, et la recherche de soutien (tendancielle pour cette dernière) dans le groupe 2.

## ANNEXE 13. ETUDE DU FACTEUR DECES D'UNE FIGURE D'ATTACHEMENT (DCFA) APRES L'AGE DE TROIS ANS :

Comparaison de l'ensemble des tests entre patients sans perte d'un parent versus sujet avec perte

### Population 1

VI= DCFA du groupe 1	DCFA absent (n=28)	DCFA présent (n=12)	Valeur t	p
SECAAI	-0,07 (0,37)	-0,14 (0,23)	0,67	0,51
DETAI	0,06 (0,34)	0,05 (0,29)	0,04	0,97
PREAAI	-0,12 (0,25)	-0,05 (0,23)	-0,84	0,41
SECCA	49,34 (9,35)	44,74 (7,99)	1,48	0,15
DETACA	49,85 (10,30)	52,04 (9,01)	-0,64	0,53
<b>PRECA</b>	<b>50,39 (10,56)</b>	<b>56,72 (9,89)</b>	<b>-1,77</b>	<b>0,09</b>
Ind.strat 2	0,12 (0,23)	0,03 (0,18)	1,09	0,28
det+préoc	-0,18 (0,27)	-0,04 (0,26)	-1,61	0,12
SOMAT	0,50 (0,47)	0,76 (0,44)	-1,62	0,11
<b>OBSESS</b>	<b>0,56 (0,53)</b>	<b>1,03 (0,74)</b>	<b>-2,18</b>	<b>0,04</b>
<b>SENSIT</b>	<b>0,67 (0,54)</b>	<b>1,12 (0,75)</b>	<b>-2,08</b>	<b>0,05</b>
<b>DEPRESS</b>	<b>0,58 (0,56)</b>	<b>1,14 (0,59)</b>	<b>-2,71</b>	<b>0,01</b>
<b>ANXIETE</b>	<b>0,49 (0,49)</b>	<b>1,1 (0,84)</b>	<b>-2,76</b>	<b>0,01</b>
HOSTILITE	0,55 (0,60)	0,66 (0,52)	-0,55	0,59
<b>PHOBIE</b>	<b>0,27 (0,50)</b>	<b>0,69 (0,74)</b>	<b>-2,01</b>	<b>0,05</b>
<b>PARANO</b>	<b>0,67 (0,60)</b>	<b>1,19 (0,67)</b>	<b>-2,35</b>	<b>0,02</b>
PSYCHOT	0,24 (0,30)	0,35 (0,44)	-0,90	0,37
<b>DIVERS</b>	<b>0,64 (0,53)</b>	<b>1,09 (0,53)</b>	<b>-2,36</b>	<b>0,02</b>
<b>GSI</b>	<b>0,51 (0,39)</b>	<b>0,91 (0,43)</b>	<b>-2,78</b>	<b>0,01</b>
<b>PST</b>	<b>28,27 (16,89)</b>	<b>44,36 (14,02)</b>	<b>-2,78</b>	<b>0,01</b>
<b>PSDI</b>	<b>1,49 (0,40)</b>	<b>1,76 (0,40)</b>	<b>-1,90</b>	<b>0,07</b>
WCCP	28,62 (4,90)	31,09 (4,32)	-1,45	0,16
<b>WCCE</b>	<b>21,92 (5,86)</b>	<b>26 (4,96)</b>	<b>-2,02</b>	<b>0,05</b>
WCCS	22,77 (4,77)	23,45 (4,78)	-0,40	0,69
<b>STAIYA</b>	<b>37,65 (15,81)</b>	<b>47,27 (12,42)</b>	<b>-1,79</b>	<b>0,08</b>
<b>STAIYB</b>	<b>41 (11,36)</b>	<b>52,18 (9,47)</b>	<b>-2,86</b>	<b>0,01</b>

### Test U Facteur décès d'un parent :

#### Population 1

	SommeRgs Groupe Pas de décès	SommeRgs Groupe Décès	U	niv. p
SECCA	632,00	188,00	110,00	0,087
DETACA	551,50	268,50	145,50	0,51
PRECA	518,00	302,00	112,00	0,098
Ind.strat 2 camir	616,50	203,50	125,50	0,21
det+préoc camir	517,50	302,50	111,50	0,095

Dans la population 1 la perte d'une figure d'attachement est associée avec une augmentation du score de préoccupation, confirmé par test U qui montre également une diminution de la sécurité avec augmentation du cumul d'insécurité au CAMIR.

Elle est associée également avec une augmentation des scores SCL90 pour les traits obsessionnels, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, les traits phobiques, les traits paranoïaques, les symptômes divers et les trois indices gravité globale, diversité des symptômes, degré de malaise(t).

Le coping centré sur l'émotion est augmenté en cas de perte, ainsi que l'anxiété état(t) et trait.

## Population 2

	DCFA absent (n=27)	DCFA présent (n=10)	Valeur t	p
SECAAI	0,27 (0,35)	0,33 (0,28)	-0,50	0,6164
DETAI	-0,16 (0,31)	-0,16 (0,27)	0,01	0,9884
PREAAI	-0,22 (0,29)	-0,29 (0,26)	0,65	0,5200
SECCA	47,46 (10,89)	48,71 (9,86)	-0,33	0,7415
DETACA	51,83 (12)	52,53 (13,05)	-0,16	0,8731
PRECA	54,38 (12,43)	49,96 (7,02)	1,11	0,2748
Ind.strat 2	0,06 (0,27)	0,15 (0,18)	-1,03	0,3074
det+préoc	-0,05 (0,32)	-0,15 (0,29)	0,96	0,3432
SOMAT	0,31 (0,29)	0,29 (0,38)	0,14	0,8857
OBSESS	0,47 (0,42)	0,42 (0,32)	0,34	0,7323
<b>SENSIT</b>	<b>0,6 (0,59)</b>	<b>0,2 (0,21)</b>	<b>2,12</b>	<b>0,0411</b>
DEPRESS	0,62 (0,62)	0,41 (0,37)	1,01	0,3184
<b>ANXIETE</b>	<b>0,36 (0,33)</b>	<b>0,16 (0,23)</b>	<b>1,76</b>	<b>0,0869</b>
HOSTILITE	0,38 (0,36)	0,22 (0,26)	1,32	0,1967
PHOBIE	0,16 (0,28)	0,3 (0,41)	-1,17	0,2497
PARANO	0,57 (0,65)	0,38 (0,38)	0,85	0,3986
PSYCHOT	0,2 (0,34)	0,07 (0,11)	1,21	0,2353
DIVERS	0,51 (0,43)	0,39 (0,52)	0,71	0,4820
GSI	0,38 (0,25)	0,28 (0,21)	1,16	0,2551
PST	25,44 (15,1)	16,8 (11,05)	1,65	0,1083
PSDI	1,32 (0,31)	1,37 (0,34)	-0,45	0,6525
WCCP	29,44 (6,08)	26 (7,23)	1,46	0,1545
<b>WCCE</b>	<b>22 (5,18)</b>	<b>17,8 (6,78)</b>	<b>2,01</b>	<b>0,0518</b>
WCCS	21,26 (5)	18,8 (5,71)	1,28	0,2090
<b>STAIYA</b>	<b>37,19 (10,41)</b>	<b>27,9 (4,72)</b>	<b>2,70</b>	<b>0,0106</b>
<b>STAIYB</b>	<b>42,04 (9,84)</b>	<b>35,8 (7,07)</b>	<b>1,83</b>	<b>0,0757</b>

Dans le groupe 2, la perte d'une figure d'attachement est associée à une sensibilité interpersonnelle et une anxiété à la SCL90 plus faible qu'en cas de non perte. Le score au coping centré sur l'émotion est alors plus faible, l'anxiété état et trait (t) plus faible qu'en cas de non perte.

## ANNEXE 14. ETUDE DU FACTEUR LOCALISATION :

L'atteinte du visage a été notée pour chaque patient de manière catégorielle (oui ou non).

Pour les sujets du groupe 2 sans eczéma pérennisé, il s'agit d'une donnée d'anamnèse avec beaucoup d'erreurs possibles (oubli, déni, ...). Pour le groupe 1 il s'agit d'une donnée objective à l'examen médical sans erreur possible. Ainsi seul ce groupe 1 sera étudié dans cette variable.

### Groupe 1

	Visage sans atteinte (n=12)	Visage atteint (n=26)	Valeur t	p
SECAAI	0,01 (0,31)	-0,13 (0,34)	1,27	0,21
DETAAI	0,05 (0,25)	0,06 (0,35)	-0,12	0,91
PREAAI	-0,14 (0,24)	-0,08 (0,24)	-0,74	0,46
SECCA	51,49 (7,64)	46,45 (9,39)	1,64	0,11
DETACA	48,9 (9,87)	51,2 (9,97)	-0,67	0,51
PRECA	50,96 (9,43)	52,86 (11,25)	-0,51	0,61
Ind.strat 2	0,07 (0,14)	0,25 (0,098)	-0,30	0,76
det+préoc camir	-0,19 (0,29)	-0,12 (0,26)	-0,79	0,44
SOMAT	0,54 (0,53)	0,59 (0,45)	-0,25	0,80
OBSESS	0,7 (0,81)	0,69 (0,56)	0,02	0,98
SENSIT	0,66 (0,54)	0,86 (0,67)	-0,85	0,40
DEPRESS	0,5 (0,53)	0,85 (0,63)	-1,58	0,12
ANXIETE	0,57 (0,52)	0,72 (0,72)	-0,59	0,56
HOSTILITE	0,45 (0,31)	0,64 (0,65)	-0,90	0,38
PHOBIE	0,35 (0,66)	0,41 (0,59)	-0,28	0,78
PARANO	0,74 (0,7)	0,86 (0,65)	-0,51	0,61
PSYCHOT	0,23 (0,32)	0,3 (0,36)	-0,55	0,59
DIVERS	0,62 (0,48)	0,84 (0,59)	-1,08	0,29
GSI	0,53 (0,39)	0,67 (0,45)	-0,88	0,39
PST	28,55 (16,81)	34,96 (17,84)	-1,02	0,32
PSDI	1,56 (0,47)	1,57 (0,4)	-0,05	0,96
WCCP	28,64 (7,06)	29,65 (3,62)	-0,58	0,56
WCCE	22,45 (6,06)	23,42 (5,86)	-0,46	0,65
<b>WCCS</b>	<b>20,64 (5,55)</b>	<b>23,96 (4,03)</b>	<b>-2,04</b>	<b>0,05</b>
STAIYA	39 (15,9)	41,15 (15,42)	-0,38	0,70
STAIYB	39,73 (9,51)	46,27 (12,42)	-1,56	0,13

Seul le coping de recherche de soutien est significativement plus élevé lorsqu'il y a atteinte du visage (confirmé par test U).

Néanmoins trois scores méritent d'être remarqués : une sécurité abaissée au CAMIR, la dépression et l'anxiété trait plus élevée lorsqu'il y a atteinte du visage. Ces trois différences de score deviendraient significatives en cas d'hypothèse orientée.

## ANNEXE 15. ETUDE DU FACTEUR GRAVITE MESURE PAR LE SCORAD :

Cette étude ne concerne que les sujets encore atteints de leur dermatose (groupe 1).

Etude de corrélation entre le SCORAD et les scores des différents tests réalisés :

Groupe 1

SECAAI	DETAI	PREAAI	SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
-,0118	-,0728	-,0452	,0941	-,1992	-,0534	-,0653	-,1298
p=,943	p=,660	p=,785	p=,569	p=,224	p=,747	p=,693	p=,431

SCL90	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
	,2207	,2653	,1308	,1915	,1986	,0431
	p=,196	p=,118	p=,447	p=,263	p=,246	p=,803

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
,2482	,2464	,0815	,4458	,2693	,2599	,2372
p=,144	p=,147	p=,636	p=,006	p=,112	p=,126	p=,164

WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB	Ig E /N
,2688	,0746	,1529	,1022	,1645	,4144
p=,113	p=,666	p=,373	p=,553	p=,338	.013

La gravité mesurée au SCORAD n'est corrélée qu'avec les symptômes divers au niveau de la SCL90 dans le groupe 1.

En hypothèse orientée, la gravité mesurée au SCORAD est corrélée avec le score de somatisation (t), de troubles obsessionnels (t), de phobies (t), de traits paranoïaques (t), avec une gravité globale, une diversité de symptômes (t) et un degré de malaise (t) augmentés à la SCL90.

Les IgE rapportées à la norme sont corrélées à la gravité mesurée par le SCORAD.

## ANNEXE 16. ETUDE DU FACTEUR ATOPIE FAMILIALE :

Répartition entre les deux groupes :

GROUPE	Pas d'atopie familiale	Atopie familiale
Groupe 1	10	30
Groupe 2	16	24

La répartition des sujets avec et sans atopie familiale n'est pas différente entre les deux groupes (test de fisher exact :  $p=0,12$ )

Comparaisons des scores aux différents tests réalisés selon la présence ou pas d'atopie familiale :

Groupe 1

	Atopie familiale (n=27)	Pas d'atopie familiale (n=9)	Valeur t	p
IGENOR	8,74 (27)	8,31 (9,22)	0,11	0,91
SECAAI	-0,11 (0,31)	-0,10 (0,37)	-0,08	0,93
DETAI	0,08 (0,33)	0,07 (0,27)	0,04	0,97
PREAAI	-0,11 (0,24)	-0,04 (0,25)	-0,78	0,44
SECCA	48,20 (9,62)	47,19 (6,55)	0,29	0,77
<b>DETACA</b>	<b>48,59 (10,15)</b>	<b>56,60 (6,67)</b>	<b>-2,21</b>	<b>0,03</b>
PRECA	51,10 (10,07)	55,01 (11,30)	-0,99	0,33
Ind.strat 2 camir	0,09 (0,22)	0,13 (0,23)	-0,38	0,70
<b>det+préoc camir</b>	<b>-0,19 (0,26)</b>	<b>0,01 (0,23)</b>	<b>-2,02</b>	<b>0,05</b>
SOMAT	0,62 (0,46)	0,52 (0,53)	0,55	0,59
OBSESS	0,76 (0,63)	0,43 (0,48)	1,39	0,17
<b>SENSIT</b>	<b>0,94 (0,6)</b>	<b>0,35 (0,34)</b>	<b>2,47</b>	<b>0,02</b>
DEPRESS	0,76 (0,54)	0,62 (0,77)	0,58	0,56
ANXIETE	0,76 (0,71)	0,48 (0,52)	1,05	0,30
HOSTILITE	0,66 (0,63)	0,39 (0,35)	1,14	0,26
PHOBIE	0,43 (0,66)	0,23 (0,38)	0,82	0,42
<b>PARANO</b>	<b>0,96 (0,67)</b>	<b>0,40 (0,31)</b>	<b>2,29</b>	<b>0,03</b>
<b>PSYCHOT</b>	<b>0,35 (0,36)</b>	<b>0,01 (0,04)</b>	<b>2,62</b>	<b>0,01</b>
DIVERS	0,86 (0,58)	0,57 (0,49)	1,27	0,21
<b>GSI</b>	<b>0,70 (0,43)</b>	<b>0,41 (0,35)</b>	<b>1,73</b>	<b>0,09</b>
PST	35,81 (16,96)	24,63 (14,74)	1,68	0,10
<b>PSDI</b>	<b>1,66 (0,40)</b>	<b>1,33 (0,37)</b>	<b>2,05</b>	<b>0,05</b>
WCCP	30,07 (4,17)	27,88 (6,10)	1,18	0,25
WCCE	22,85 (5,70)	24,00 (5,78)	-0,50	0,62
WCCS	23,19 (4,82)	23,13 (4,76)	0,03	0,98
STAIYA	40,59 (15,19)	39,63 (16,19)	0,16	0,88
STAIYB	45,30 (12,08)	41,38 (8,23)	0,86	0,40

Le taux d'IgE n'est pas différent chez les patients avec ou sans atopie familiale.

Le score de détachement et de cumul des insécurités au CAMIR est plus faible chez les sujets avec atopie familiale.

Par contre ces mêmes patients ont des scores de vulnérabilité, de traits paranoïaques et psychotiques, de gravité globale (t) et de degré de malaise supérieurs aux patients sans atopie familiale.

## Groupe 2

	Atopie familiale (n=23)	Pas d'atopie familiale (n=12)	Valeur t	dl	p	Ecart-Type 1	Ecart-Type 0
IGENOR	1,66	1,42	0,40	33,00	0,69	1,86	1,52
SECAAI	0,28	0,30	-0,13	38,00	0,90	0,32	0,34
DETAI	-0,11	-0,24	1,39	38,00	0,17	0,32	0,25
PREAAI	-0,28	-0,18	-1,10	38,00	0,28	0,27	0,31
SECCA	48,68	46,48	0,64	38,00	0,52	10,15	11,22
DETACA	51,40	52,94	-0,39	38,00	0,70	11,89	12,83
PRECA	51,74	55,31	-0,98	38,00	0,33	9,68	13,41
Ind.strat 2 camir	0,10	0,06	0,48	38,00	0,64	0,22	0,30
det+préoc camir	-0,09	-0,05	-0,42	38,00	0,67	0,31	0,34
SOMAT	0,35	0,22	1,21	35,00	0,23	0,33	0,26
OBSESS	0,53	0,33	1,59	35,00	0,12	0,42	0,32
SENSIT	0,60	0,32	1,59	35,00	0,12	0,62	0,31
DEPRESS	0,65	0,41	1,31	35,00	0,20	0,64	0,37
ANXIETE	0,35	0,23	1,17	35,00	0,25	0,35	0,23
HOSTILITE	0,35	0,32	0,21	35,00	0,83	0,40	0,24
PHOBIE	0,25	0,10	1,40	35,00	0,17	0,38	0,16
PARANO	0,60	0,38	1,08	35,00	0,29	0,68	0,37
PSYCHOT	0,20	0,12	0,72	35,00	0,47	0,35	0,20
DIVERS	0,49	0,44	0,37	35,00	0,72	0,48	0,41
GSI	0,40	0,29	1,42	35,00	0,17	0,24	0,22
PST	25,52	19,14	1,31	35,00	0,20	15,40	12,41
PSDI	1,39	1,24	1,37	35,00	0,18	0,32	0,28
WCCP	28,48	28,57	-0,04	35,00	0,97	7,26	5,24
WCCE	21,83	19,29	1,29	35,00	0,21	5,68	6,04
WCCS	21,52	19,07	1,40	35,00	0,17	5,59	4,36
STAIYA	35,74	32,93	0,82	35,00	0,42	10,24	9,89
STAIYB	41,13	39,07	0,63	35,00	0,53	9,71	9,35

Il n'existe aucune différence entre les sujets avec ou sans atopie familiale.

## ANNEXE 17. ETUDE DU FACTEUR IGE :

### 1) Influence des IgE sur le Q-sort selon KOBAK :

Comparaison des scores d'attachement en fonction du caractère augmenté ou pas des Ig E:

Groupe 1+2	Ig E normales (n=33)	Ig E augmentées (n=40)	Valeur t	p
SECAAI	0,17 (0,41)	0,02 (0,34)	1,76	0,08
DETAI	-0,06 (0,36)	-0,02 (0,29)	-0,49	0,62
PREAAI	-0,27 (0,25)	-0,09 (0,25)	-3,06	0,00

Groupe 1	IG E normales (n=13)	IG E augmentées (n=25)	Valeur t	p
SECAAI	-0,15 (0,37)	-0,05 (0,32)	-0,80	0,43
DETAI	0,11 (0,35)	0,01 (0,3)	0,97	0,34
PREAAI	-0,15 (0,28)	-0,06 (0,23)	-1,07	0,29

Groupe 2	IG E normales (n=20)	IG E augmentées (n=15)	Valeur t	p
SECAAI	0,38 (0,29)	0,16 (0,35)	1,98	0,06
DETAI	-0,17 (0,33)	-0,1 (0,29)	-0,66	0,52
PREAAI	-0,35 (0,21)	-0,14 (0,27)	-2,56	0,02

Dans les groupes 1+2 et 2, les patients présentant un taux d'IgE augmenté ont un score de sécurité abaissé (tendanciel dans le groupe 1+2)) et de préoccupation plus élevé par rapport aux sujets avec un taux d'IgE normal (significativité vérifiée par test U).

Dans le groupe 1, le taux d'IG E n'influe pas sur les scores d'attachement.

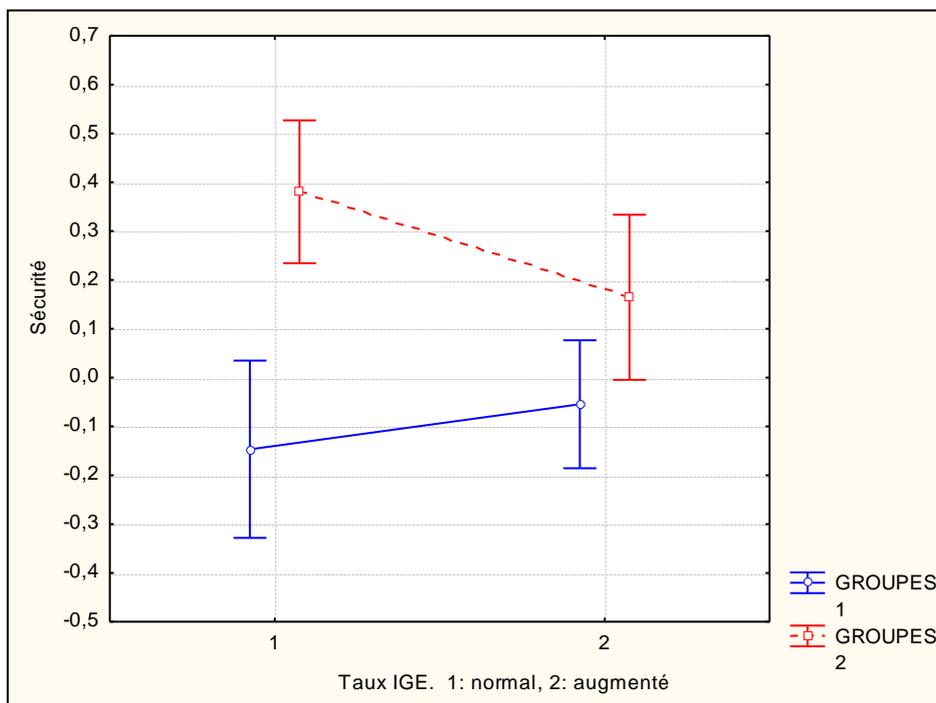
Etude de corrélation entre le taux d'IgE/norme et les scores du Q-sort selon KOBAK :

	Groupe 1+2	Groupe 1	Groupe 2
SECAAI	-,3435	-,1663	-,2464
	p=,003	p=,332	p=,154
DETAI	,2520	,1563	,1949
	p=,034	p=,363	p=,262
PREAAI	,2737	,2051	,0967
	p=,021	p=,230	p=,580

Il existe un effet d'échantillon puisque la corrélation apparaît uniquement dans la population 1+2. Le sens de cette corrélation est le même dans les deux populations : le taux d'IG E ramené à la norme est corrélé négativement avec la sécurité, et positivement avec le détachement et la préoccupation au Q-sort selon KOBAK.

**Etude de l'interaction Groupe (pérennisé ou non pérennisé)/Catégorie d'IgE (normales ou augmentées)**

**a) Sur l'état d'esprit sécuritaire :**



ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur le score de sécurité au Q-sort selon KOBAK :

sécurité	SC	F	p
<b>GROUPES</b>	<b>2,38</b>	<b>22,14</b>	<b>0,00</b>
CATIGE	0,07	0,61	0,44
<b>GROUPES*CATIGE</b>	<b>0,41</b>	<b>3,78</b>	<b>0,06</b>

La population 2 a un niveau de sécurité plus élevé que la population 1 et particulièrement si le taux IGE est normal (interaction).

	Hommes (N=8)	Femmes (N=27)	Valeur t	p
IGETOT	112,75 (149,04)	244,22 (271,08)	-1,31	0,20

	SommeRgs Groupe Hommes	SommeRgs Groupe Femmes	U	2*(1-p) p exact
IGETOT	108,5000	521,5000	72,5	0,166333

Les hommes n'ont pas un taux d'IgE différent des femmes (un test U a été nécessaire du fait de la grande variabilité des IGE).

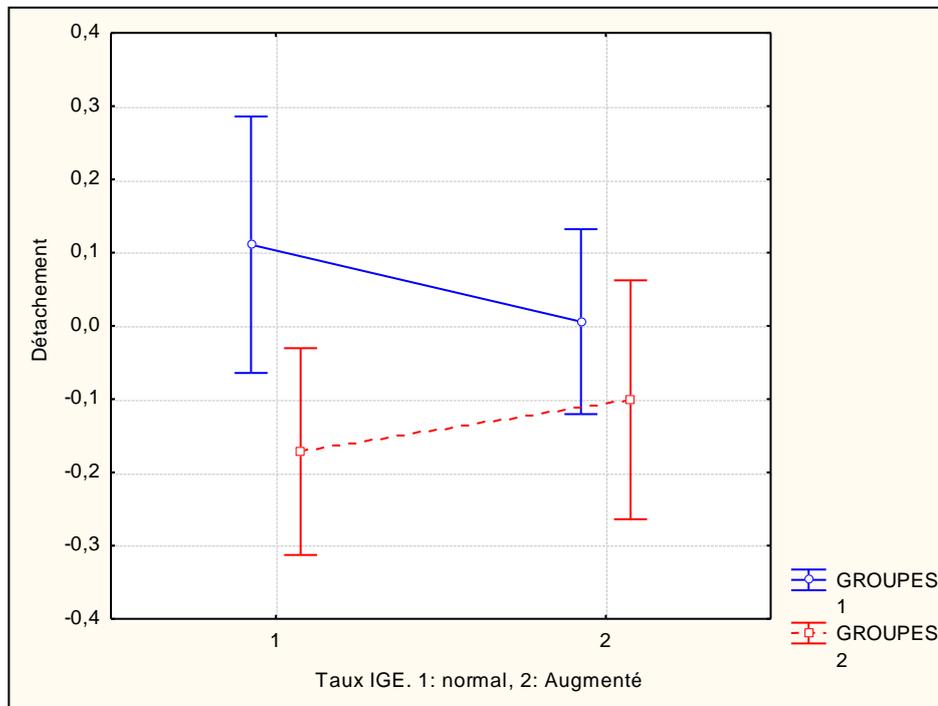
ANOVA Facteurs Sexe/Catégorie d'IgE sur le score de sécurité au Q-sort selon KOBAK :

Sécurité	SC	F	p
SEXE	0,30	2,11	0,15
<b>CATIGE</b>	<b>0,61</b>	<b>4,35</b>	<b>0,04</b>
SEXE*CATIGE	0,19	1,34	0,25

Il n'existe pas d'interaction du sexe et du caractère augmenté ou pas des IgE sur le score de sécurité.

*L'interaction observée entre groupe et catégorie d'IgE sur le score de sécurité n'est pas due à une différence de taux d'IgE en fonction du sexe, ni à la différence de sécurité observée entre les hommes et les femmes de la population 2.*

**b) Sur l'état d'esprit détaché :**

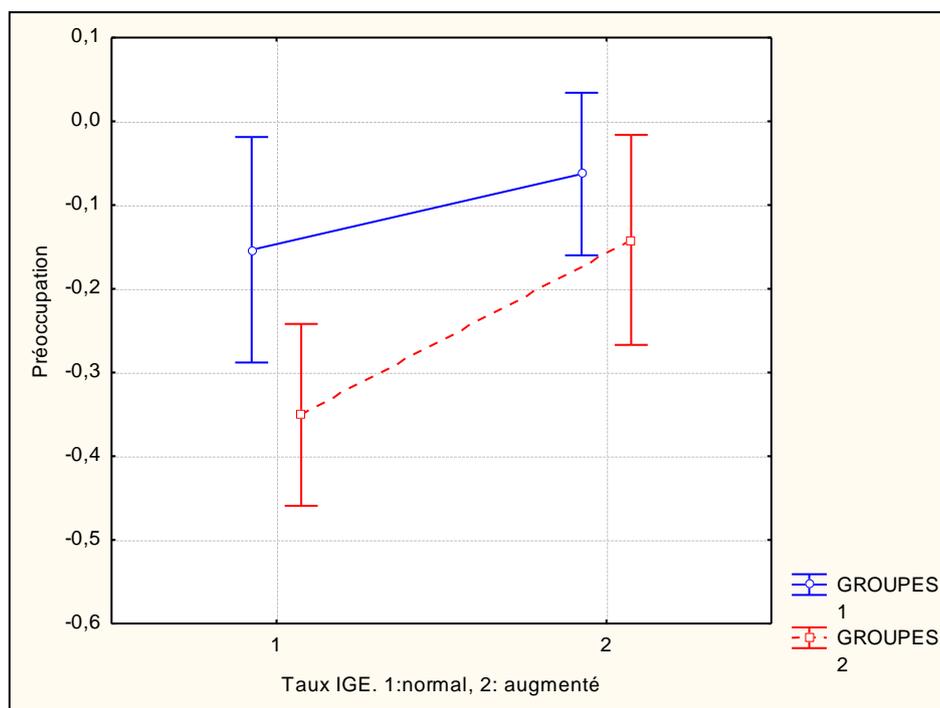


ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur le score de détachement au Q-sort selon KOBAK

Détachement	SC	F	p
<b>GROUPES</b>	<b>0,65</b>	<b>6,47</b>	<b>0,01</b>
CATIGE	0,01	0,05	0,82
GROUPES*CATIGE	0,13	1,32	0,25

La population 2 a un niveau de détachement plus bas que la population 1  
Par contre il n'y a pas d'interaction significative avec le taux d'Ig E.

c) Sur l'état d'esprit préoccupé :



ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur le score de préoccupation au Q-sort selon KOBAK

Préoccupation	SC	F	p
<b>GROUPES</b>	<b>0,33</b>	<b>5,50</b>	<b>0,02</b>
<b>CATIGE</b>	<b>0,38</b>	<b>6,48</b>	<b>0,01</b>
GROUPES*CATIGE	0,06	1,02	0,32

La population 2 a un niveau de préoccupation plus bas que la population 1.

Les patients avec un taux augmenté d'IgE ont un taux de préoccupation supérieur à celui des patients avec IgE normales.

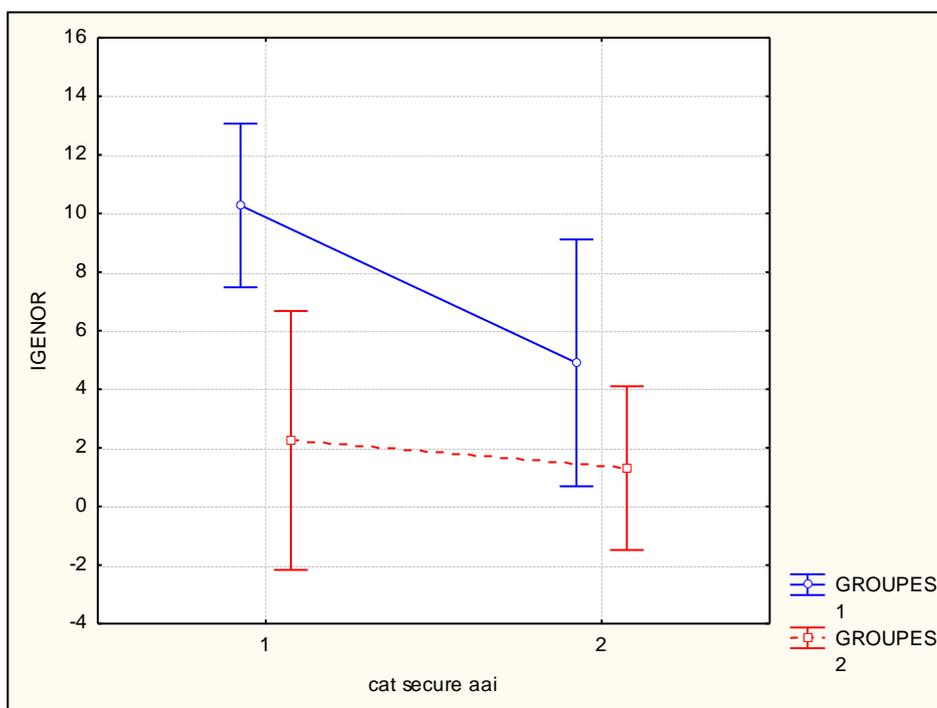
Par contre il n'y a pas d'interaction significative avec le taux d'Ig E.

**Recherche d'une interaction entre les facteurs groupes et sécurité (catégorielle) sur le taux d'IgE :**

Comparaison du taux d'IgE en fonction du caractère sûr ou peu sûr au Q-sort selon KOBAK:

Groupe 1+2 (n=71)	Peu sûr (n=35)(1)	Sûr (n=36)(2)	Valeur t	p
<b>IGENOR</b>	<b>7,98 (9,98)</b>	<b>2,41 (3,59)</b>	<b>3,15</b>	<b>0,00</b>

Les patients peu sûrs ont un taux d'IgE trois fois plus élevé que les patients sûrs.



ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie Sécurité sur le taux d'IgE rapporté à la norme :

VD: IGE NOR	SC	F	p
<b>GROUPES</b>	<b>497,80</b>	<b>10,16</b>	<b>0,00</b>
<b>cat secure aai</b>	<b>147,40</b>	<b>3,01</b>	<b>0,09</b>
<b>GROUPES*cat secure aai</b>	<b>72,36</b>	<b>1,48</b>	<b>0,23</b>

Il n'existe pas d'interaction entre les facteurs groupe et catégorie de sécurité sur les taux d'IgE (une baisse de la sécurité n'induit pas un taux plus élevé d'IgE en fonction de la pérennisation de l'eczéma atopique).

## 2) Influence des IgE sur le CAMIR

Résultats au CAMIR en fonction d'une augmentation ou pas du taux des Ig E :

Groupe 1+2 (n=73)

	IG E normales (n=33)	IG E augmentées (n=40)	Valeur t	p
SECCA	49,74 (9,67)	47,12 (8,46)	1,23	0,22
DETACA	51,08 (10,28)	50,29 (11,27)	0,31	0,76
PRECA	51,09 (10,99)	53,88 (10,48)	-1,11	0,27
Ind.strat 2 camir	0,11 (0,20)	0,06 (0,26)	0,89	0,38
det+préoc camir	-0,12 (0,31)	-0,11 (0,27)	-0,14	0,89

Les scores de sécurité au CAMIR ne sont pas significativement différents chez les sujets présentant un taux d'Ig E augmenté par rapport à ceux ayant un taux normal dans la population 1+2.

Groupe 1 (n=35)

	IGE normale (n=12)	IGE Augmenté (n=23)	Valeur t	p
<b>SECCA</b>	<b>53,25 (5,18)</b>	<b>46,13 (8,08)</b>	<b>2,76</b>	<b>0,01</b>
DETACA	47,89 (10,41)	51,07 (10,22)	-0,87	0,39
<b>PRECA</b>	<b>46,7 (8,83)</b>	<b>54,43 (10,57)</b>	<b>-2,17</b>	<b>0,04</b>
Ind.strat 2 camir	0,14 (0,23)	0,08 (0,23)	0,71	0,48
<b>det+préoc camir</b>	<b>-0,28 (0,23)</b>	<b>-0,09 (0,27)</b>	<b>-2,12</b>	<b>0,04</b>

Groupe 2 (n=40)

	IgE normales (n=20)	IgE augmentées (n=15)	Valeur t	p
SECCA	49,12 (9,35)	48,53 (8,47)	0,19	0,85
DETACA	52,76 (10,23)	48,99 (13,37)	0,94	0,35
PRECA	53,04 (11,49)	52,58 (9,87)	0,12	0,90
Ind.strat 2 camir	0,0985 (0,19)	0,05 (0,30)	0,59	0,56
det+préoc camir	-0,039 (0,33)	-0,16 (0,25)	1,18	0,25

Dans le groupe 1, le taux de sécurité est inférieur, le taux de préoccupation et le cumul des insécurités sont supérieurs lorsque le taux d'IG E est augmenté.

Il n'existe pas de différence des scores d'attachement en fonction du caractère augmenté ou pas des IG E dans le groupe 2.

Etude de corrélation entre taux d'IgE rapporté à la norme et scores au CAMIR :

Groupe 1+2 (n=71)	SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
IGENOR	-,1643	-,0215	,1433	-,1082	,0507
	p=,171	p=,859	p=,233	p=,369	p=,674

Groupe 1 (n=36)	SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
IGENOR	-,2451	,0650	,2698	-,1769	,2254
	p=,075 <sup>a</sup>	p=,707	p=,056 <sup>a</sup>	p=,151 <sup>a</sup>	p=,186

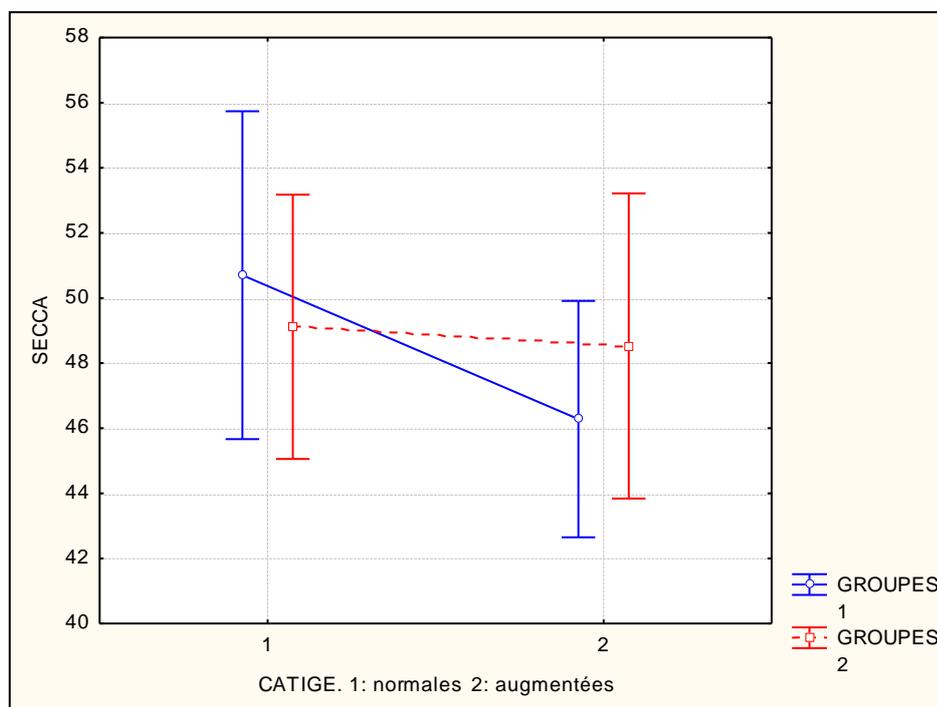
Groupe 2 (n=35)	SECCA	DETACA	PRECA	Ind.strat 2 camir	det+préoc camir
IGENOR	,1776	-,3392	-,0993	-,1778	-,3520
	p=,307	p=,046	p=,570	p=,307	p=,038

Dans le groupe 1, il existe une corrélation positive entre la préoccupation et le taux d'IG E rapporté à la norme, alors que la sécurité est corrélée négativement (t).

Dans le groupe 2, le détachement est corrélé négativement avec le taux d'IG E rapporté à la norme ainsi que le cumul des insécurités.

**Etude de l'interaction IG E et groupe (pérennisé ou non) sur le score de sécurité, de détachement et de préoccupation au CAMIR**

**a) Sécurité :**



**ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur le score de sécurité au CAMIR :**

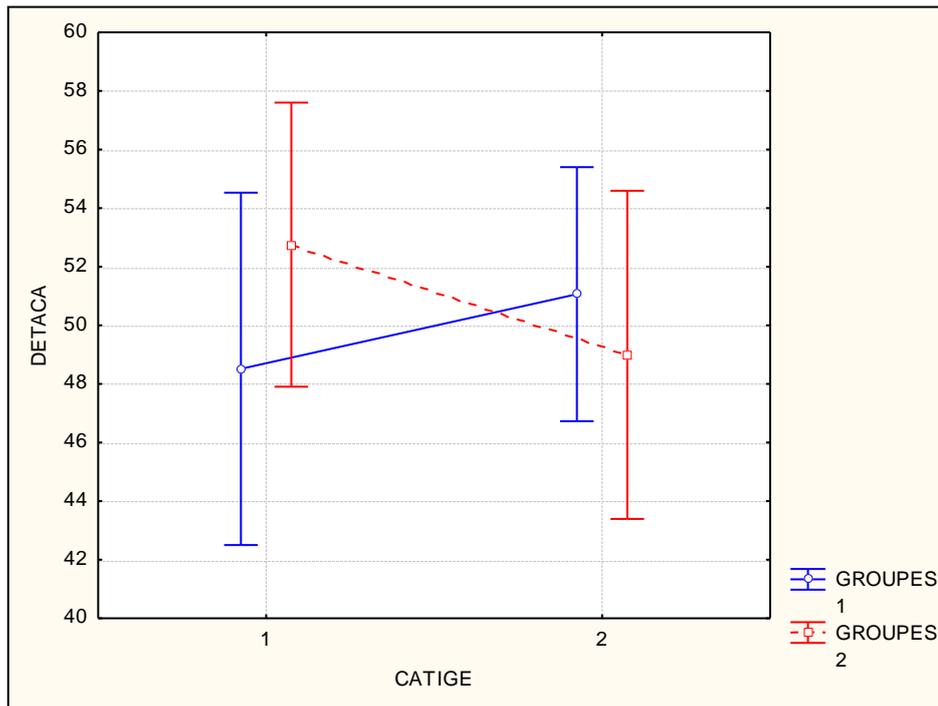
Sécurité CAMIR	SC	F	p
GROUPES	1,9	0,023	0,88
CATIGE	107,4	1,297	0,26
GROUPES*CATIGE	62,9	0,759	0,39

Il existe une interaction graphique ne ressortant pas sur l'étude ANOVA (répartition non gaussienne des résultats). La répartition des 4 groupes obtenus en croisant Catégories d'IgE et Groupe sont de taille et de répartition différente, créant un biais pour la significativité de l'interaction.

Groupe \ IgE	Normales	Augmentées
	1	13
2	20	15

Sur un plan descriptif, le score de sécurité du groupe 1 est inférieur à celui du groupe 2 uniquement lorsque les IgE sont augmentées.

**b) Détachement :**



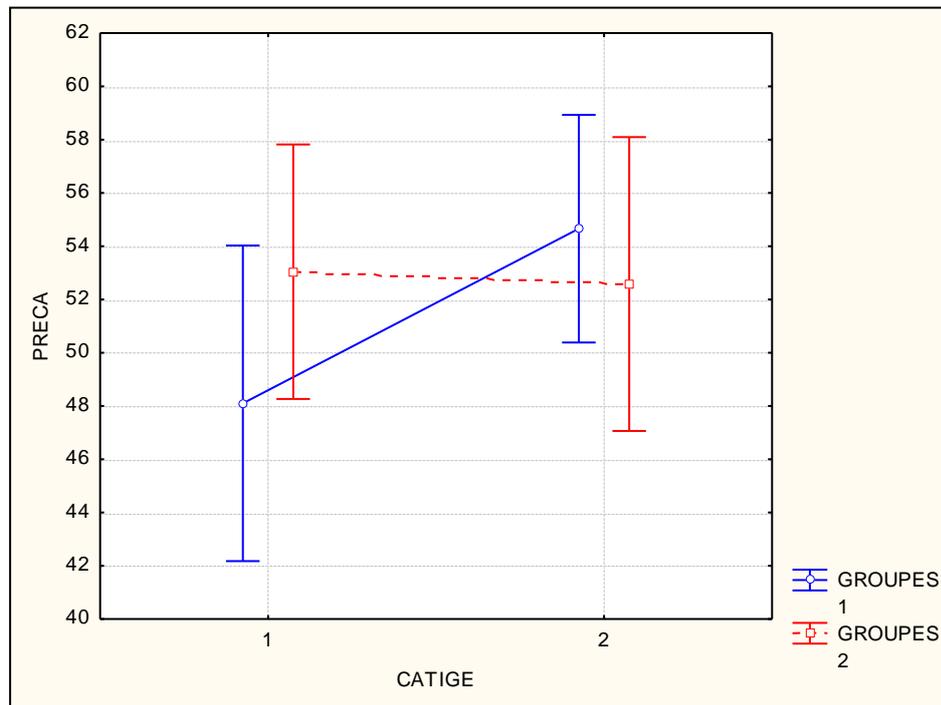
ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur le score de détachement au CAMIR :

Détachement CAMIR	SC	MC	F	p
GROUPES	20,1	20,1	0,170	0,68
CATIGE	6,3	6,3	0,053	0,82
GROUPES*CATIGE	170,5	170,5	1,443	0,23

Même problème d'interaction graphique non significative sur l'ANOVA.

Sur le plan descriptif, le score de détachement du groupe 1 est supérieur à celui du groupe 2 lorsque les IgE sont augmentées, et inférieure lorsque les IgE sont normales.

c) **Préoccupation :**



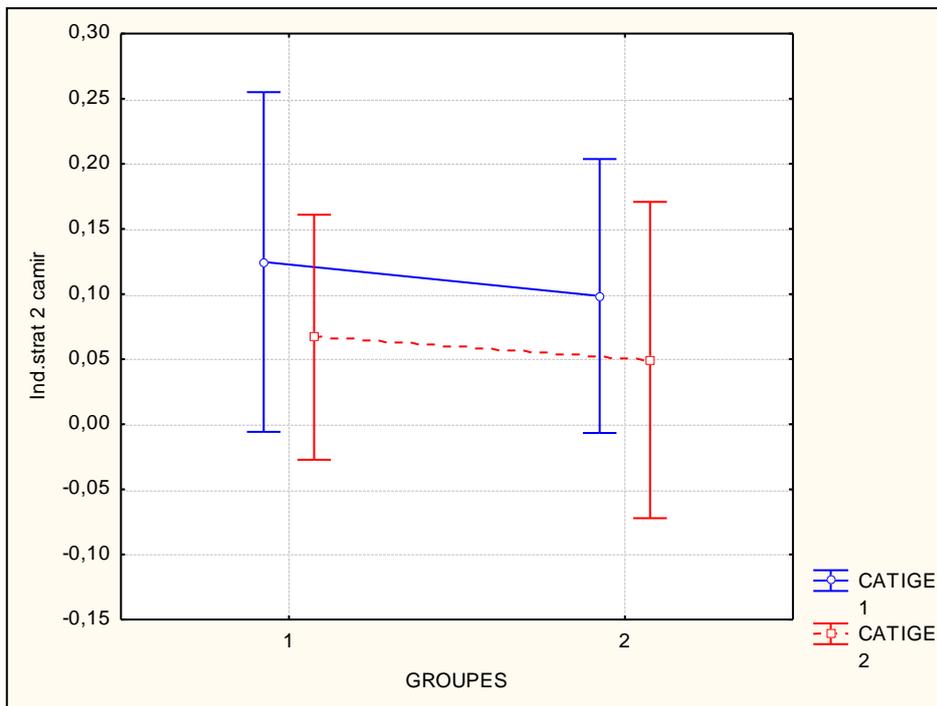
ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur le score de préoccupation au CAMIR :

Préoccupation CAMIR	SC	F	p
GROUPES	35,1	0,306	0,58
CATIGE	159,1	1,387	0,24
GROUPES*CATIGE	210,7	1,837	0,18

Même problème d'interaction graphique non significative sur l'ANOVA.

Sur le plan descriptif, le score de préoccupation du groupe 1 est supérieur à celui du groupe 2 lorsque les IgE sont augmentées, et inférieure lorsque les IgE sont normales.

**d) Indice de stratégie secondaire :**

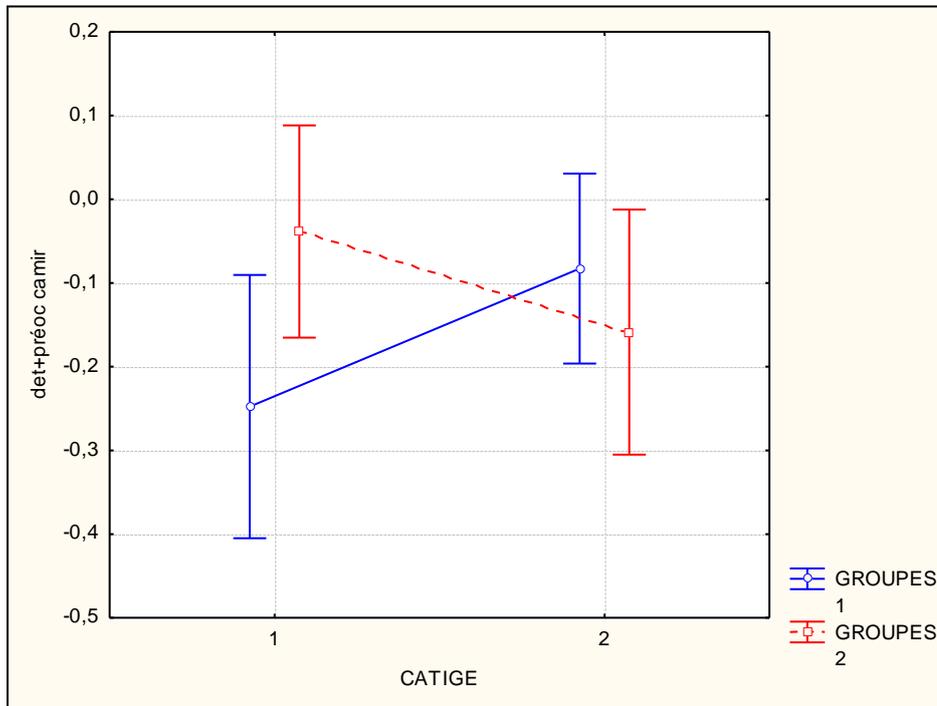


ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur l'indice de stratégie secondaire au CAMIR :

Indice stratégie 2	SC	F	p
GROUPES	0,008	0,146	0,70
CATIGE	0,049	0,881	0,35
GROUPES*CATIGE	0,000	0,006	0,94

Il n'existe pas d'interaction entre le facteur groupe et la catégorie d'IgE sur l'indice de stratégie secondaire.

e) **Cumul d'insécurité :**



ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie d'IgE sur l'indice de cumul d'insécurité au CAMIR :

Cumul insécurité	SC	F	p
GROUPES	0,076	0,942	0,34
CATIGE	0,009	0,106	0,75
<b>GROUPES*CATIGE</b>	<b>0,348</b>	<b>4,307</b>	<b>0,04</b>

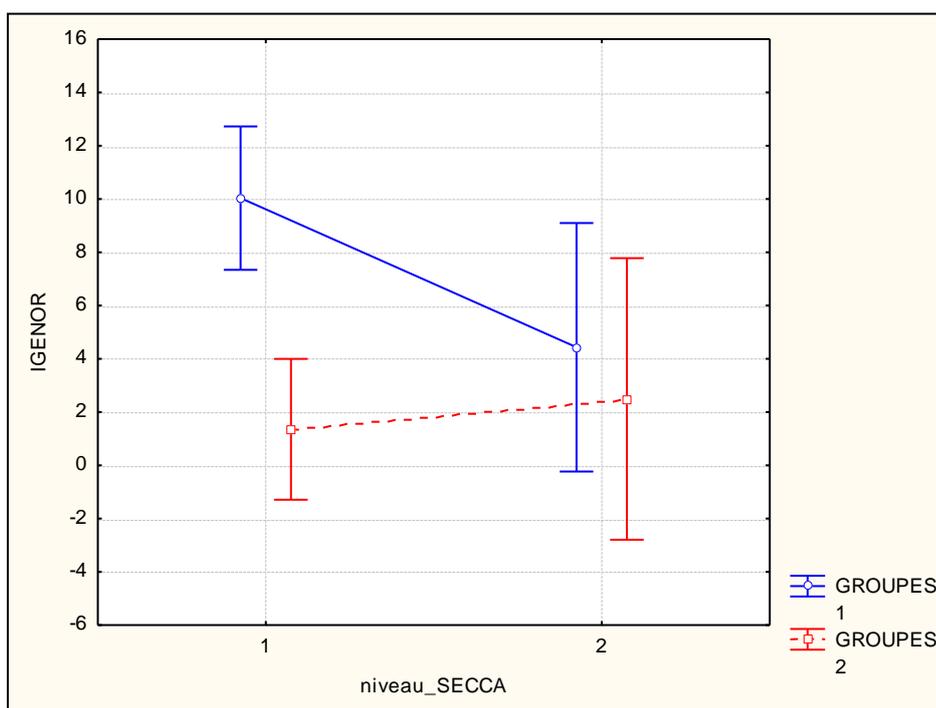
Par contre l'interaction graphique entre les facteurs groupe et catégories d'IgE sur le score de cumul des insécurités, qui témoigne du « degré » d'insécurité, est clairement démontrée par l'ANOVA : le score de cumul d'insécurité est inférieur dans le groupe 1 par rapport au groupe 2 lorsque les IgE sont normales, et supérieur lorsque les IgE sont augmentées.

### Comparaison du taux d'IgE en fonction du caractère sûr ou peu sûr au CAMIR:

Groupe 1+2	Sûre (n=34)(2)	Peu sûre (n=37)(1)	Valeur t	p
<b>IGENOR</b>	<b>2,64 (3,96)</b>	<b>7,47 (9,81)</b>	<b>-2,68</b>	<b>0,01</b>

Les patients peu sûres au CAMIR ont trois fois plus d'IgE que les sujets sûres.

### Recherche d'une interaction entre les facteurs groupes et sécurité (catégorielle) sur le taux d'IgE :



### ANOVA Facteurs groupe/ Catégorie Sécurité sur le taux d'IgE rapporté à la norme :

VD: IGE NOR	SC	F	p
<b>GROUPE</b>	<b>345,47</b>	<b>7,03</b>	<b>0,01</b>
niveau_SECCA	60,97	1,24	0,27
<b>GROUPE*niveau_SECCA</b>	<b>139,03</b>	<b>2,83</b>	<b>0,097</b>

Il existe une faible interaction : le taux d'IgE est d'autant plus élevé chez le patient avec eczéma pérennisé qu'il est peu sûr. Nous avons vérifié par ailleurs l'absence d'autre interaction avec les autres scores du CAMIR.

### 3) Influence des IGE sur la SCL90 :

Groupe 1+2

	IgE normales (n=33)	IgE augmentées (n=38)	Valeur t	p
SOMAT	0,44 (0,46)	0,45 (0,39)	-0,08	0,93
OBSESS	0,59 (0,62)	0,59 (0,46)	0,00	1,00
SENSIT	0,57 (0,62)	0,70 (0,60)	-0,88	0,38
<b>DEPRESS</b>	<b>0,48 (0,53)</b>	<b>0,80 (0,63)</b>	<b>-2,31</b>	<b>0,02</b>
ANXIETE	0,42 (0,58)	0,55 (0,53)	-0,95	0,35
HOSTILITE	0,39 (0,42)	0,52 (0,55)	-1,17	0,24
PHOBIE	0,29 (0,49)	0,31 (0,51)	-0,19	0,49
PARANO	0,60 (0,70)	0,76 (0,60)	-1,01	0,31
PSYCHOT	0,22 (0,36)	0,23 (0,31)	-0,06	0,95
DIVERS	0,55 (0,56)	0,68 (0,51)	-1,01	0,32
GSI	0,42 (0,35)	0,56 (0,39)	-1,50	0,14
PST	25,39 (17,47)	30,58 (16,41)	-1,29	0,20
PSDI	1,37 (0,40)	1,51 (0,36)	-1,57	0,12

Groupe 1

	Ig E normales (n=13)	IgE augmentées (n=23)	Valeur t	p
SOMAT	0,63 (0,60)	0,56 (0,39)	0,41	0,69
OBSESS	0,77 (0,83)	0,64 (0,52)	0,58	0,56
SENSIT	0,70 (0,56)	0,83 (0,69)	-0,60	0,56
<b>DEPRESS</b>	<b>0,43 (0,39)</b>	<b>0,93 (0,67)</b>	<b>-2,43</b>	<b>0,02</b>
ANXIETE	0,66 (0,80)	0,69 (0,61)	-0,13	0,90
HOSTILITE	0,49 (0,44)	0,64 (0,65)	-0,73	0,47
PHOBIE	0,33 (0,62)	0,44 (0,61)	-0,52	0,61
PARANO	0,69 (0,66)	0,93 (0,66)	-1,03	0,31
PSYCHOT	0,30 (0,37)	0,26 (0,35)	0,35	0,73
DIVERS	0,68 (0,67)	0,82 (0,51)	-0,71	0,48
GSI	0,56 (0,45)	0,67 (0,44)	-0,67	0,51
PST	28,69 (18,49)	35,39 (17,34)	-1,09	0,28
PSDI	1,59 (0,49)	1,56 (0,39)	0,19	0,85

## Groupe 2

	IgE normales (n=20)	IgE augmentées (n=15)	Valeur t	p
SOMAT	0,31 (0,28)	0,27 (0,32)	0,41	0,68
OBSESS	0,47 (0,43)	0,50 (0,34)	-0,26	0,80
SENSIT	0,49 (0,66)	0,50 (0,38)	-0,05	0,96
DEPRESS	0,50 (0,60)	0,59 (0,51)	-0,46	0,65
ANXIETE	0,27 (0,33)	0,33 (0,29)	-0,59	0,56
HOSTILITE	0,32 (0,40)	0,35 (0,28)	-0,26	0,79
PHOBIE	0,27 (0,41)	0,12 (0,15)	1,32	0,20
PARANO	0,54 (0,74)	0,50 (0,37)	0,22	0,83
PSYCHOT	0,17 (0,35)	0,18 (0,26)	-0,09	0,93
DIVERS	0,46 (0,47)	0,46 (0,45)	0,04	0,97
GSI	0,33 (0,25)	0,39 (0,23)	-0,69	0,49
PST	23,25 (16,91)	23,20 (11,95)	0,01	0,99
<b>PSDI</b>	<b>1,23 (0,26)</b>	<b>1,44 (0,31)</b>	<b>-2,17</b>	<b>0,04</b>

Le score de dépression est augmenté lorsque les IgE sont augmentées uniquement dans les groupes 1+2 et 1. Le degré de malaise est augmenté chez les sujets avec IgE augmentées dans le groupe 2.

### Etude de corrélation entre le taux IgE rapporté à la norme et les scores à la SCL90 :

#### Groupe 1

SOMAT	OBSESS	<b>SENSIT</b>	<b>DEPRESS</b>	ANXIETE	HOSTILITE	PHOBIE
,0922	,1085	<b>,4178</b>	<b>,4967</b>	,1790	,2499	,1147
p=,604	p=,541	<b>p=,014</b>	<b>p=,003</b>	p=,311	p=,154	p=,518

<b>PARANO</b>	PSYCHOT	DIVERS	<b>GSI</b>	<b>PST</b>	PSDI
<b>,4781</b>	,1244	,2435	<b>,3390</b>	<b>,3979</b>	,1925
<b>p=,004</b>	p=,483	p=,165	<b>p=,050</b>	<b>p=,020</b>	p=,275

#### Groupe 2

SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE	PHOBIE
-,1715	,0942	-,0079	-,0413	,0705	,1563	-,1078
p=,325	p=,590	p=,964	p=,814	p=,687	p=,370	p=,538

PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
,0163	-,1271	-,1322	,0349	,0220	,1255
p=,926	p=,467	p=,449	p=,842	p=,900	p=,473

Le taux d'IGE rapporté à la norme est corrélé avec la sensibilité interpersonnelle, la dépression, les traits paranoïaques, la gravité globale et la diversité des symptômes.

Il n'existe pas de corrélation au niveau du groupe 2

#### 4) Influence des IGE sur le WCC et la STAIY :

Comparaison du coping en fonction du taux des Ig E :

Groupe 1+2 (n=71)	IgE normales (n=33)	IgE augmentées (n=38)	Valeur t	p	Ecart-Type 1	Ecart-Type 2
WCCP	28,67	29,11	-0,32	0,75	6,76	4,86
<b>WCCE</b>	<b>20,06</b>	<b>23,13</b>	<b>-2,27</b>	<b>0,03</b>	<b>6,16</b>	<b>5,22</b>
WCCS	21,45	22,37	-0,76	0,45	5,66	4,51
STAIYA	35,06	40,08	-1,60	0,11	11,78	14,22
<b>STAIYB</b>	<b>39,64</b>	<b>44,61</b>	<b>-1,95</b>	<b>0,05</b>	<b>10,11</b>	<b>11,18</b>

Groupe 1 (n= 36)	IgE normales (n=13)	IgE augmentées (n=23)	Valeur t	p	Ecart-Type 1	Ecart-Type 2
WCCP	30,08	29,09	0,58	0,56	5,19	4,73
WCCE	21,08	24,00	-1,47	0,15	5,30	5,94
WCCS	23,38	23,13	0,16	0,87	5,62	3,92
STAIYA	36,62	43,35	-1,27	0,21	14,44	15,68
STAIYB	40,08	46,65	-1,61	0,12	10,11	12,62

Groupe 2 (n=35)	IgE normales (n=20)	IgE augmentées (n=15)	Valeur t	p	Ecart-Type 1	Ecart-Type 2
WCCP	27,75	29,13	-0,60	0,55	7,60	5,24
WCCE	19,40	21,80	-1,25	0,22	6,72	3,65
WCCS	20,20	21,20	-0,55	0,59	5,45	5,21
STAIYA	34,05	35,07	-0,30	0,77	9,96	10,16
STAIYB	39,35	41,47	-0,66	0,51	10,36	7,92

Le coping centré sur l'émotion et l'anxiété trait ont des scores plus élevés lorsque les IgE sont augmentées (effet d'échantillon pour groupe 1 et 2).

Etude de corrélation entre le taux d'IgE rapporté a la norme et les scores au WCC et à la STAIY :

Groupe 1+2	WCCP	<b>WCCE</b>	<b>WCCS</b>	<b>STAIYA</b>	<b>STAIYB</b>
	-,0036	<b>,3150</b>	<b>,2026</b>	<b>,3748</b>	<b>,4022</b>
	p=,977	<b>p=,008</b>	<b>p=,095</b>	<b>p=,002</b>	<b>p=,001</b>

Groupe 1	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
	-,1287	,3205	,1376	,3882	,4728
	p=,468	p=,065	p=,438	p=,023	p=,005

Groupe 2	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
	,0868	,2462	,0618	-,1071	,0001
	p=,620	p=,154	p=,724	p=,540	p=,999

Les patients du groupe 1 présentent une corrélation entre le taux d'IG E et le coping centré sur l'émotion, l'anxiété état et trait. Il n'existe pas de corrélation dans le groupe 2. Un effet taille de l'échantillon est possible pour le recours au soutien social.

**ANNEXE 18. CORRELATIONS ENTRE Q-SORT SELON KOBAK ET CAMIR :**

Groupe 1+2	SECAAI	DETAAI	PREAAI
cor Q SECCA	,3086	-,0551	-,6640
	p=,005	p=,627	p=,000
cor Q DETCA	-,1003	-,0396	,3218
	p=,376	p=,728	p=,004
cor Q PRECA	-,1698	-,0213	,5089
	p=,132	p=,851	p=,000
Ind.strat 2 camir	,0724	-,0127	-,1935
	p=,523	p=,911	p=,085
det+préoc camir	-,1097	-,0863	,4948
	p=,333	p=,447	p=,000

Groupe 1	SECAAI	DETAAI	PREAAI
cor Q SECCA	,3490	-,1273	-,6503
	p=,027	p=,434	p=,000
cor Q DETCA	-,2913	,1401	,4753
	p=,068	p=,389	p=,002
cor Q PRECA	-,2034	,0761	,4468
	p=,208	p=,641	p=,004
Ind.strat 2 camir	-,0365	,0450	-,0538
	p=,823	p=,783	p=,742
det+préoc camir	-,3104	,1335	,5898
	p=,051	p=,411	p=,000

Groupe 2	SECAAI	DETAI	PREAAI
cor Q SECCA	,3655	,0035	-,7148
	p=,020	p=,983	p=,000
cor Q DETCA	-,0408	-,1578	,2660
	p=,803	p=,331	p=,097
cor Q PRECA	-,2462	-,0886	,6198
	p=,126	p=,587	p=,000
Ind.strat 2 camir	,2039	-,0771	-,3166
	p=,207	p=,636	p=,047
det+préoc camir	-,0905	-,2249	,5138
	p=,579	p=,163	p=,001

### Groupe 1+2

L'état d'esprit sécuritaire au KOBAK est uniquement corrélé avec la sécurité du CAMIR.

L'état d'esprit détaché au KOBAK ne présente aucune corrélation avec les trois dimensions et les deux indices calculés du CAMIR.

L'état d'esprit insécure préoccupé est corrélé négativement avec la sécurité et l'indice de stratégie secondaire (t), et positivement avec le score de détachement, de préoccupation et l'indice de cumul des insécurités du CAMIR.

### Groupe 1

L'état d'esprit sécuritaire au KOBAK est corrélé positivement avec la sécurité du CAMIR, et négativement avec le détachement (t) et le cumul des insécurités.

L'état d'esprit détaché au KOBAK ne présente aucune corrélation avec les trois dimensions et les deux indices calculés du CAMIR..

L'état d'esprit préoccupé est corrélé négativement avec la sécurité, et positivement avec le détachement, la préoccupation et le cumul d'insécurité du CAMIR.

## Groupe 2 :

L'état d'esprit sécuritaire au KOBAK est corrélé positivement avec la sécurité du CAMIR.

L'état d'esprit détaché au KOBAK ne présente aucune corrélation avec les trois dimensions et les deux indices calculés du CAMIR.

L'état d'esprit insécure préoccupé est corrélé négativement avec la sécurité et l'indice de stratégie secondaire, et positivement avec le détachement (t), la préoccupation et le cumul des insécurités du CAMIR.

Le calcul de stratégie secondaire a été fait également pour le Q-sort selon KOBAK pour étudier sa corrélation avec l'indice de stratégie secondaire du CAMIR :

Groupe 1+2	STRAT 2 AAI
Ind.strat 2 camir	0,13
	p=,25

Groupe 1	STRAT 2 AAI
Ind.strat 2 camir	0,07
	p=,65

Groupe 2	STRAT 2 AAI
Ind.strat 2 camir	0
	p=,27

Cet indice n'est pas corrélé entre les deux tests.

## ANNEXE 19. CORRELATIONS ENTRE Q-SORT SELON KOBAK ET SCL 90 :

Groupe 1+2

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
SECAAI	-,3859	-,3258	-,3195	-,3175	-,3359	-,3120
	p=,001	p=,005	p=,006	p=,006	p=,003	p=,007
DETAAI	,3117	,2373	,2062	,2325	,2606	,2003
	p=,007	p=,042	p=,078	p=,046	p=,025	p=,087
PREAAI	,3188	,2537	,3538	,3155	,2078	,3544
	p=,006	p=,029	p=,002	p=,006	p=,076	p=,002

	PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
SECAAI	-,2867	-,3554	-,2934	-,3766	-,4347	-,4219	-,3477
	p=,013	p=,002	p=,011	p=,001	p=,000	p=,000	p=,002
DETAAI	,2141	,3130	,2285	,3394	,3312	,3163	,3166
	p=,067	p=,007	p=,050	p=,003	p=,004	p=,006	p=,006
PREAAI	,1475	,2337	,1879	,3358	,3516	,4053	,2250
	p=,210	p=,045	p=,109	p=,003	p=,002	p=,000	p=,054

L'état d'esprit d'attachement sécure mesuré au KOBAK est corrélé négativement avec la totalité des dimensions psychopathologiques évaluées par la SCL 90.

L'état d'esprit insécure détaché est corrélé positivement avec l'ensemble de ces dimensions psychopathologiques sauf en ce qui concerne la sensibilité interpersonnelle, l'hostilité et les phobies qui ne sont corrélées avec le détachement que de manière tendancielle.

L'état d'esprit insécure préoccupé est corrélé positivement avec l'ensemble des dimensions psychopathologiques sauf pour les phobies et les traits psychotiques.

Groupe 1

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
SECAAI	-,2868	-,1923	-,1315	-,2065	-,1536	-,1831
	p=,085	p=,254	p=,438	p=,220	p=,364	p=,278
DETAAI	,2288	,1985	,1237	,1259	,1628	,1585
	p=,173	p=,239	p=,466	p=,458	p=,336	p=,349
PREAAI	,2191	,0727	,2068	,2256	,0207	,2396
	p=,193	p=,669	p=,219	p=,179	p=,903	p=,153

	PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
SECAAI	-,2596	-,1544	-,1002	-,2012	-,2475	-,2146	-,2967
	p=,121	p=,362	p=,555	p=,232	p=,140	p=,202	p=,075
DETAAI	,1711	,1744	,1699	,1266	,2159	,1961	,3147
	p=,311	p=,302	p=,315	p=,455	p=,199	p=,245	p=,058
PREAAI	,0405	,0450	-,0387	,3190	,1803	,2563	,0674
	p=,812	p=,791	p=,820	p=,054	p=,285	p=,126	p=,692

Dans le groupe 1, la somatisation et le degré de malaise sont corrélés négativement de manière tendancielle avec l'état d'esprit sécure. Il n'existe pas d'autre corrélation entre sécurité et la SCL 90.

L'état d'esprit détaché est corrélé uniquement avec le degré de malaise.

L'état d'esprit insécure préoccupé est corrélé avec les symptômes divers

Groupe 2

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
SECAAI	-,2512	-,3643	-,3420	-,3622	-,3412	-,2914
	p=,134	p=,027	p=,038	p=,028	p=,039	p=,080
DETAI	,2411	,1561	,1476	,2703	,2148	,0851
	p=,151	p=,356	p=,383	p=,106	p=,202	p=,616
PREAAI	,2851	,4118	,4060	,3481	,3301	,4204
	p=,087	p=,011	p=,013	p=,035	p=,046	p=,010

	PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
SECAAI	-,1630	-,4165	-,4167	-,3784	-,4534	-,4695	-,1426
	p=,335	p=,010	p=,010	p=,021	p=,005	p=,003	p=,400
DETAI	,1585	,3458	,2071	,4540	,3119	,3012	,1429
	p=,349	p=,036	p=,219	p=,005	p=,060	p=,070	p=,399
PREAAI	,1935	,3100	,3543	,2127	,4553	,4516	,2379
	p=,251	p=,062	p=,031	p=,206	p=,005	p=,005	p=,156

Dans le groupe 2, les symptômes obsessionnels, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité (de manière tendancielle), les traits paranoïaques, les traits psychotiques, les symptômes divers, la gravité globale et la diversité des symptômes sont corrélés négativement avec l'état d'esprit sûr.

Les traits paranoïaques, les symptômes divers de manière significative, la gravité globale et la diversité des symptômes de manière tendancielle sont corrélés positivement avec l'état d'esprit détaché.

L'état d'esprit préoccupé est corrélée positivement avec toutes les échelles sauf en ce qui concerne les phobies, les symptômes divers et le degré de malaise. A noter que la corrélation de la somatisation et des traits paranoïaques est tendancielle.

## ANNEXE 20. CORRELATIONS ENTRE Q-sort selon KOBAK , STAY ET WCC :

Groupe 1+2

	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
SECAAI	,0665	-,2372	-,2082	-,2954	-,3004
	p=,574	p=,042	p=,075	p=,011	p=,009
DETAI	-,1578	,1446	,1225	,1974	,2528
	p=,179	p=,219	p=,298	p=,092	p=,030
PREAAI	-,0589	,1385	-,0717	,2974	,3444
	p=,618	p=,239	p=,544	p=,010	p=,003

Plus le score de sécurité est élevé, moins le patient aura recours à un coping centré sur l'émotion, et à une recherche de soutien (de manière tendancielle pour cette dernière) et moins il y aura d'anxiété état et trait.

Plus le score de détachement est élevé, plus il y aura d'anxiété trait et d'anxiété état (de manière tendancielle pour cette dernière). Le coping n'est pas corrélé avec l'état d'esprit détaché.

Plus le score de préoccupation est élevé, plus il y aura d'anxiété état et d'anxiété trait. Le coping n'est pas corrélé avec l'état d'esprit détaché.

Groupe 1 :

	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
SECAAI	,2009	-,0431	-,2610	-,2325	-,2154
	p=,233	p=,800	p=,119	p=,166	p=,200
DETAI	-,2901	,1113	,1441	,1935	,2071
	p=,082	p=,512	p=,395	p=,251	p=,219
PREAAI	-,1716	,0043	-,1898	,1790	,2159
	p=,310	p=,980	p=,261	p=,289	p=,199

Il n'existe pas de corrélation entre l'état d'esprit d'attachement et le coping, l'anxiété état et trait sauf en ce qui concerne le détachement qui est corrélé tendancielle de manière négative avec le coping centré sur le problème.

Groupe 2 :

	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
SECAAI	,0658	-,2868	,0386	-,2029	-,2837
	p=,699	p=,085	p=,821	p=,228	p=,089
DETAI	-,1245	,0645	-,0358	,0532	,2106
	p=,463	p=,704	p=,833	p=,754	p=,211
PREAAI	-,0264	,1614	-,1307	,3602	,4247
	p=,877	p=,340	p=,441	p=,029	p=,009

Plus le score de sécurité est élevé, moins le patient aura recours à un coping centré sur l'émotion et moins il y aura d'anxiété trait (significativité tendancielle pour les deux dimensions)..

L'état d'esprit détaché n'est corrélé ni avec le coping ni avec l'anxiété.

Plus le score de préoccupation est élevé, plus le niveau d'anxiété état et trait est élevé.

## ANNEXE 21. CORRELATIONS CAMIR –SCL 90 :

Groupe 1+2

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE	PHOBIE
SECCA	-,4059	-,2739	-,4473	-,5392	-,2423	-,3802	-,3019
	p=,000	p=,018	p=,000	p=,000	p=,038	p=,001	p=,009
DETACA	,0828	,0012	,1788	,2410	-,0646	,0479	-,0047
	p=,483	p=,992	p=,127	p=,039	p=,584	p=,685	p=,968
PRECA	,3518	,2593	,3351	,5344	,2422	,3853	,3343
	p=,002	p=,026	p=,004	p=,000	p=,038	p=,001	p=,004
Ind.strat 2	-,2078	-,2077	-,1547	-,2750	-,2312	-,2806	-,3045
	p=,076	p=,076	p=,188	p=,018	p=,047	p=,015	p=,008
det+préoc	,2615	,1532	,2917	,4558	,0857	,2464	,1844
	p=,024	p=,193	p=,012	p=,000	p=,468	p=,034	p=,116

	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
SECCA	-,4316	-,3689	-,2271	-,4221	-,5163	-,2131
	p=,000	p=,001	p=,052	p=,000	p=,000	p=,068
DETACA	,0486	,2598	,0672	,0393	,1283	-,0445
	p=,681	p=,025	p=,569	p=,739	p=,276	p=,707
PRECA	,3666	,1587	,1494	,3986	,4739	,1975
	p=,001	p=,177	p=,204	p=,000	p=,000	p=,092
Ind.strat 2	-,2800	,0273	-,0673	-,3026	-,2879	-,2108
	p=,016	p=,817	p=,569	p=,009	p=,013	p=,071
det+préoc	,2164	,2156	,1000	,2407	,3507	,0391
	p=,064	p=,065	p=,396	p=,039	p=,002	p=,741

La sécurité au CAMIR est corrélée négativement avec l'ensemble des échelles cliniques et les trois indices globaux de la SCL-90.

Le détachement n'est corrélé uniquement avec la dépression et les traits psychotiques (corrélations positives).

La préoccupation est corrélée positivement avec l'ensemble des échelles et indices sauf pour les traits psychotiques et symptômes divers (pas de corrélation).

L'indice de stratégie secondaire est corrélé négativement avec toutes les échelles sauf avec la sensibilité interpersonnelle, les traits psychotiques et les symptômes divers (pas de corrélation) : plus l'indice d'insécurité s'oriente du côté préoccupé, plus la symptomatologie psychopathologique est importante.

Le cumul d'insécurité n'est pas corrélé avec les traits obsessionnels, l'anxiété, les traits phobiques, les symptômes divers et le degré de malaise.

Groupe 1

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
SECCA	-,4255	-,2038	-,3989	-,5198	-,1991	-,3547
	p=,009	p=,226	p=,014	p=,001	p=,237	p=,031
DETACA	,0591	-,0263	,0249	,1393	-,1680	-,0848
	p=,728	p=,877	p=,884	p=,411	p=,320	p=,618
PRECA	,3900	,2484	,3938	,7299	,2848	,4721
	p=,017	p=,138	p=,016	p=,000	p=,088	p=,003
Ind.strat 2	-,2519	-,2208	-,3304	-,5043	-,3296	-,4624
	p=,133	p=,189	p=,046	p=,001	p=,046	p=,004
det+préoc	,3157	,1420	,2705	,5872	,1017	,2746
	p=,057	p=,402	p=,105	p=,000	p=,549	p=,100

	PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
SECCA	-,2888	-,2840	-,1400	-,1852	-,4132	-,5113	-,2128
	p=,083	p=,089	p=,408	p=,272	p=,011	p=,001	p=,206
DETACA	-,1541	-,2613	-,0028	,0228	-,0411	,0294	-,1035
	p=,362	p=,118	p=,987	p=,893	p=,809	p=,863	p=,542
PRECA	,4269	,3478	,1016	,2255	,5041	,5899	,2736
	p=,008	p=,035	p=,550	p=,180	p=,001	p=,000	p=,101
Ind.strat 2	-,5197	-,4783	-,1366	-,1523	-,4497	-,4396	-,3290
	p=,001	p=,003	p=,420	p=,368	p=,005	p=,006	p=,047
det+préoc	,2053	,0864	,0494	,1637	,3196	,4200	,1182
	p=,223	p=,611	p=,771	p=,333	p=,054	p=,010	p=,486

La sécurité au CAMIR est corrélée négativement avec l'ensemble des échelles cliniques et les indices globaux de la SCL-90 sauf pour les symptômes obsessionnels, l'anxiété, les traits psychotiques, les symptômes divers et le degré de malaise (pas de corrélation).

Le détachement n'est corrélé avec aucune des échelles cliniques et des indices globaux.

La préoccupation est corrélée positivement avec positivement avec toutes les échelles sauf avec les symptômes obsessionnels, les traits psychotiques, les symptômes divers et l'indice de degré de malaise.

L'indice de stratégie secondaire set corrélé négativement avec l'ensemble des échelles sauf la somatisation, les traits obsessionnels, les traits psychotiques et les symptômes divers.

Le cumul d'insécurité est corrélé avec la somatisation, la dépression, la gravité globale et la diversité des symptômes.

Groupe 2 :

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
SECCA	-,4206	-,4036	-,5199	-,5636	-,3833	-,4604
	p=,010	p=,013	p=,001	p=,000	p=,019	p=,004
DETACA	,1829	,0735	,3842	,3660	,1590	,2909
	p=,279	p=,665	p=,019	p=,026	p=,347	p=,081
PRECA	,3963	,3359	,3126	,3414	,2876	,3303
	p=,015	p=,042	p=,060	p=,039	p=,084	p=,046
Ind.strat 2	-,2024	-,2296	,0214	-,0464	-,1467	-,0532
	p=,230	p=,172	p=,900	p=,785	p=,386	p=,754
det+préoc	,3394	,2601	,4019	,3788	,2130	,3319
	p=,040	p=,120	p=,014	p=,021	p=,206	p=,045

	PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
SECCA	-,3576	-,6123	-,6408	-,2784	-,5327	-,4206	-,2129
	p=,030	p=,000	p=,000	p=,095	p=,001	p=,010	p=,206
DETACA	,2701	,3815	,5539	,1598	,2450	,2864	,0572
	p=,106	p=,020	p=,000	p=,345	p=,144	p=,086	p=,736
PRECA	,2411	,4333	,2447	,0938	,3773	,4100	,1508
	p=,151	p=,007	p=,144	p=,581	p=,021	p=,012	p=,373
Ind.strat 2	,0101	-,0951	,2035	,0147	-,1702	-,1571	-,1052
	p=,953	p=,575	p=,227	p=,931	p=,314	p=,353	p=,535
det+préoc	,2566	,4209	,4374	,1096	,3196	,3920	,0287
	p=,125	p=,009	p=,007	p=,519	p=,054	p=,016	p=,866

La sécurité au CAMIR est corrélée négativement avec l'ensemble des échelles cliniques et les indices globaux de la SCL-90 sauf pour le degré de malaise.

Le détachement est corrélé positivement avec la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'hostilité (t), les traits paranoïaques, les traits psychotiques et la diversité des symptômes (t).

La préoccupation est corrélée positivement avec l'ensemble des échelles sauf pour les phobies, les traits psychotiques, les symptômes divers et l'indice de degré de malaise pas de corrélation).

L'indice de stratégie secondaire n'est corrélé avec aucune des échelles.

Le cumul d'insécurité est corrélé avec l'ensemble des échelles sauf les traits obsessionnels, l'anxiété, les traits phobiques, les symptômes divers et le degré de malaise.

## ANNEXE 22. CORRELATIONS CAMIR – WCC et STAIY :

	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
SECCA	,1195	-,3058	,1144	-,3493	-,4711
	p=,310	p=,008	p=,332	p=,002	p=,000
DETACA	-,1648	,0963	-,2566	,0277	,0994
	p=,161	p=,414	p=,027	p=,815	p=,400
PRECA	-,0679	,4119	-,0646	,5218	,5461
	p=,566	p=,000	p=,584	p=,000	p=,000
Ind.strat 2	-,0945	-,2819	-,0874	-,3703	-,3840
	p=,423	p=,015	p=,459	p=,001	p=,001
det+préoc	-,1148	,2564	-,1455	,3255	,3549
	p=,330	p=,027	p=,216	p=,005	p=,002

La sécurité est corrélée négativement avec le coping centré sur l'émotion, l'anxiété état et trait.

Le détachement est corrélé négativement avec le recours au soutien social.

La préoccupation est corrélée positivement avec le coping centré sur l'émotion, l'anxiété état et trait.

Plus l'indice de stratégie secondaire est orienté du côté préoccupé, plus les scores de coping centré sur l'émotion, d'anxiété état et d'anxiété trait sont élevés.

De même plus le cumul d'insécurité est élevé, plus les scores de coping centré sur l'émotion, d'anxiété état et d'anxiété trait sont élevés.

### Groupe 1

	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
SECCA	,1660	-,3090	,0565	-,4186	-,4603
	p=,326	p=,063	p=,740	p=,010	p=,004
DETACA	-,1207	,1467	-,0982	-,0406	,0890
	p=,477	p=,386	p=,563	p=,812	p=,600
PRECA	-,2501	,4877	-,0622	,6618	,6475
	p=,135	p=,002	p=,715	p=,000	p=,000
Ind.strat 2	,0400	-,3354	,0893	-,4988	-,4610
	p=,814	p=,042	p=,599	p=,002	p=,004
det+préoc	-,2439	,4018	-,0775	,4506	,4900
	p=,146	p=,014	p=,649	p=,005	p=,002

Nous retrouvons les mêmes corrélations dans le groupe 1 comme dans le groupe 1+2 sauf en ce qui concerne la corrélation du détachement avec le soutien social.

#### Groupe 2

	WCCP	WCCE	WCCS	STAIYA	STAIYB
SECCA	,0927	-,2990	,1947	-,2553	-,4923
	p=,585	p=,072	p=,248	p=,127	p=,002
DETACA	-,1879	,0784	-,3690	,1542	,1412
	p=,265		p=,025	p=,362	p=,404
PRECA	,0736	,3650	-,0542	,3847	,4598
	p=,665	p=,026	p=,750	p=,019	p=,004
Ind.strat 2	-,1945	-,2480	-,2531	-,2393	-,3206
	p=,249	p=,139	p=,131	p=,154	p=,053
det+préoc	-,0173	,1769	-,1640	,2620	,2713
	p=,919	p=,295	p=,332	p=,117	p=,104

La sécurité est corrélée négativement avec le coping centré sur l'émotion (t), et l'anxiété trait.

Le détachement est corrélé négativement avec la recherche de soutien.entré sur l'émotion, l'anxiété état et trait.

Plus l'indice de stratégie secondaire est orienté du côté préoccupation, plus l'anxiété trait est élevée.

## ANNEXE 23. CORRELATIONS SCL 90 ET WCC, STAY :

Groupe 1+2

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
WCCP	-,1628	-,0434	-,0683	-,1834	-,0730	-,1140
	p=,166	p=,713	p=,563	p=,118	p=,537	p=,333
WCCE	,1707	,3805	,4432	,6310	,4622	,3998
	p=,146	p=,001	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000
WCCS	-,0127	,0008	-,0518	,1170	,0447	-,0276
	p=,914	p=,994	p=,661	p=,321	p=,705	p=,816
STAIYA	,5384	,4286	,4174	,6179	,6119	,5266
	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000
STAIYB	,3952	,5487	,5700	,7827	,6348	,6169
	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
-,0952	-,0175	-,0464	-,0313	-,1134	-,1094	-,1284
p=,420	p=,882	p=,695	p=,791	p=,336	p=,354	p=,276
,2889	,5234	,4243	,3483	,5163	,5866	,2995
p=,013	p=,000	p=,000	p=,002	p=,000	p=,000	p=,010
,0032	,0317	-,0103	,0625	,0331	,0042	,0124
p=,979	p=,789	p=,930	p=,597	p=,780	p=,972	p=,917
,3294	,4088	,3387	,4213	,6793	,6401	,5148
p=,004	p=,000	p=,003	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000
,3548	,5562	,4821	,5144	,7642	,7728	,5144
p=,002	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000

Les coping centré sur le problème et la recherche de soutien social ne sont corrélés avec aucune échelle de la SCL 90.

Par contre le recours à un coping centré sur l'émotion est corrélé positivement avec les symptômes obsessionnels, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, les phobies, les traits paranoïaques, les traits psychotiques, les symptômes divers, la gravité globale, la diversité des symptômes, le degré de malaise. Seule la somatisation n'est pas corrélée avec ce coping centré sur l'émotion.

Les niveaux d'anxiété état et trait sont corrélés de manière positive avec la totalité des échelles cliniques ainsi que les trois indices globaux.

Groupe 1 :

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
WCCP	-,0630	-,0336	-,1539	-,2368	-,0429	-,1936
	p=,711	p=,844	p=,363	p=,158	p=,801	p=,251
WCCE	,0576	,3741	,3595	,6795	,4802	,4084
	p=,735	p=,023	p=,029	p=,000	p=,003	p=,012
WCCS	,0014	-,0637	-,3032	,0780	,0281	-,0882
	p=,993	p=,708	p=,068	p=,646	p=,869	p=,604
STAIYA	,4953	,5030	,4452	,7351	,6019	,6255
	p=,002	p=,002	p=,006	p=,000	p=,000	p=,000
STAIYB	,2813	,6097	,6434	,8737	,6658	,7312
	p=,092	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
,0407	-,0180	-,0131	-,0454	-,1187	-,1593	-,0887
p=,811	p=,916	p=,939	p=,790	p=,484	p=,346	p=,602
,3336	,5409	,4614	,2238	,5323	,6188	,2557
p=,044	p=,001	p=,004	p=,183	p=,001	p=,000	p=,127
,1415	-,1279	-,1111	-,0786	-,0586	-,1066	-,0923
p=,404	p=,451	p=,513	p=,644	p=,730	p=,530	p=,587
,4175	,5037	,3932	,3914	,6955	,7028	,5285
p=,010	p=,001	p=,016	p=,017	p=,000	p=,000	p=,001
,3982	,6807	,5456	,5072	,7985	,8742	,4785
p=,015	p=,000	p=,000	p=,001	p=,000	p=,000	p=,003

Les coping centré sur le problème et la recherche de soutien social ne sont corrélés avec aucune échelle de la SCL 90. Seule la sensibilité interpersonnelle est corrélée négativement et tendancielle avec le recours au soutien social.

Le coping centré sur l'émotion est corrélé positivement avec toutes les échelles sauf la somatisation, les symptômes divers et l'indice de degré de malaise.

Les niveaux d'anxiété état et trait sont corrélés de manière positive avec la totalité des échelles cliniques ainsi que les trois indices globaux.

Groupe 2 :

	SOMAT	OBSESS	SENSIT	DEPRESS	ANXIETE	HOSTILITE
WCCP	-,3810	-,1062	-,0397	-,1733	-,2368	-,0948
	p=,020	p=,531	p=,815	p=,305	p=,158	p=,577
WCCE	,2113	,3434	,4837	,5563	,4083	,3356
	p=,209	p=,037	p=,002	p=,000	p=,012	p=,042
WCCS	-,2435	-,0483	,0739	,0899	-,1724	-,1130
	p=,146	p=,777	p=,664	p=,597	p=,307	p=,505
STAIYA	,5291	,1407	,2785	,4082	,5543	,1744
	p=,001	p=,406	p=,095	p=,012	p=,000	p=,302
STAIYB	,5174	,3793	,4137	,6465	,5574	,3408
	p=,001	p=,021	p=,011	p=,000	p=,000	p=,039

PHOBIE	PARANO	PSYCHOT	DIVERS	GSI	PST	PSDI
-,3554	-,0539	-,1021	-,0673	-,2329	-,1272	-,2431
p=,031	p=,752	p=,548	p=,692	p=,165	p=,453	p=,147
,1565	,4574	,3434	,4238	,4662	,5056	,2635
p=,355	p=,004	p=,037	p=,009	p=,004	p=,001	p=,115
-,3731	,0741	,0091	,0758	-,0696	-,0342	-,0381
p=,023	p=,663	p=,958	p=,656	p=,682	p=,841	p=,823
-,0402	,1663	,1825	,3721	,5656	,4681	,3882
p=,813	p=,325	p=,280	p=,023	p=,000	p=,003	p=,018
,1883	,3360	,3519	,4641	,7170	,6004	,5078
p=,264	p=,042	p=,033	p=,004	p=,000	p=,000	p=,001

Plus le score au coping centré sur le problème est élevé, moins la somatisation et les phobies sont importantes.

Le coping centré sur l'émotion est corrélé positivement avec l'ensemble des dimensions cliniques sauf la somatisation, les phobies et le degré de malaise.

La recherche de soutien social n'est corrélé avec aucune dimension clinique sauf pour les phobies (corrélacion négative).

L'anxiété état est corrélée positivement avec la somatisation, la sensibilité interpersonnelle (tendancielle), la dépression, l'anxiété, les symptômes divers, la gravité globale, la diversité des symptômes et le degré de malaise.

L'anxiété trait est corrélée avec l'ensemble des échelles sauf en ce qui concerne les phobies.

## ANNEXE 24. CORRELATIONS WCC ET STAY :

Groupe 1+2 :

	STAIYA	STAIYB
WCCP	-,1764	-,1212
	p=,133	p=,304
WCCE	<b>,4185</b>	<b>,6084</b>
	<b>p=,000</b>	<b>p=,000</b>
WCCS	,0847	,0441
	p=,473	p=,709

Les sujets ayant un score d'anxiété état et trait élevé ont un score de recours au coping centré sur l'émotion élevé. Il n'existe pas de corrélation entre niveau d'anxiété état et trait avec le coping centré sur le problème et le recours au soutien social.

Groupe 1 :

	STAIYA	STAIYB
WCCP	<b>-,3445</b>	-,1704
	<b>p=,037</b>	p=,313
WCCE	<b>,4434</b>	<b>,7384</b>
	<b>p=,006</b>	<b>p=,000</b>
WCCS	,0408	,0140
	p=,810	p=,934

L'augmentation de l'anxiété état abaisse le score de recours au coping centré sur le problème. Le recours au coping centré sur l'émotion est favorisé par un score d'anxiété état et trait élevé.

Groupe 2 :

	STAIYA	STAIYB
WCCP	-,0607	-,1161
	p=,721	p=,494
WCCE	<b>,3372</b>	<b>,4223</b>
	<b>p=,041</b>	<b>p=,009</b>
WCCS	,0280	-,0138
	p=,869	p=,935

Le recours au coping centré sur l'émotion est favorisé par un niveau d'anxiété état et trait élevé.

# ***ANNEXES METHODOLOGIQUES***

**INFORMATIONS AUX PARTICIPANTS DE**  
**« L'étude sur la structure d'attachement chez l'adulte présentant,**  
**ou ayant présenté un eczéma atopique »**

La structure d'attachement de l'adulte détermine la relation que celui-ci a avec le monde extérieur

(relations sociales, affectives ...), et avec lui-même (estime de soi par exemple).

Cette structure s'inscrit chez tout adulte en fonction de la qualité de la relation d'attachement dans l'enfance précoce (avant 1 an). Cette théorie de l'attachement provient des observations faites chez l'animal (éthologie) avec un apport important également de la psychanalyse.

Les résultats d'observations expérimentales chez l'homme sont fiables, reproductibles et font de cette théorie un important outil scientifique d'observation.

Le but de cette étude est de rechercher une valeur prédictive de la structure d'attachement dans l'évolution de l'eczéma atopique. Autrement dit, l'adulte ne guérissant pas de son eczéma atopique présente-t-il une structure d'attachement spécifique ?

L'étude sera faite chez 15 adultes ayant guéri de leur eczéma atopique et 15 adultes avec la persistance de celui-ci.

Un entretien préliminaire avec le Docteur Thierry SAGE sera réalisé dans un premier temps pour vous expliquer le but de cette étude, une fiche médicale sera remplie. Avec la fiche présente, un formulaire de consentement vous sera donné à cette occasion, à remplir et à ramener signé pour le 2<sup>ème</sup> entretien si vous acceptez les termes de cette étude. De même, un questionnaire sur les événements marquants de vie vous sera donné pour être rempli à domicile.

Le deuxième entretien d'1h30 environ sera structuré de la manière suivante :

- Des questions sur votre enfance, la perception actuelle que vous en avez et les souhaits éventuels pour l'avenir de vos enfants vous seront posés. Cet entretien sera enregistré pour les besoins du codage.
- Remplissage de 2 auto-questionnaires (échelle de Bartholomew et Camir).
- L'inventaire SCL90R vous permettra de décrire les problèmes ou symptômes que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.
- Le questionnaire WCC nous permettra d'avoir une approche de vos stratégies adaptatives (coping) aux éléments extérieurs. Il sera rempli à domicile.
- Un questionnaire de personnalités (de HYLER) vous sera donné pour également être rempli à domicile.

Un 3<sup>ème</sup> entretien d'1h environ nous permettra de vous restituer les renseignements que les différents questionnaires et entretiens nous ont permis d'obtenir.

Vous ne participez à cette recherche que si vous acceptez de donner votre accord écrit.

Vous pouvez poser toutes les questions nécessaires avant de donner votre accord, et vous avez toujours le droit de demander des suppléments d'informations pendant l'étude, ou de vous en retirer à tout moment.

Toutes les informations recueillies au cours de l'étude seront traitées dans le respect de la plus stricte confidentialité et utilisées uniquement pour la recherche médicale.

Il vous sera possible, si vous le désirez, d'être informé sur les résultats globaux de cette recherche.

# FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

## Participation à une recherche biomédicale

### SANS Bénéfice Individuel Direct

Consentement de participation

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)

De M., Mme, Melle :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Le Docteur SAGE Thierry, médecin investigateur m'a proposé de participer à une recherche intitulée : Etude de la structure d'attachement chez l'adulte présentant ou ayant présenté un eczéma atopique.

Il m'a clairement précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai reçu une note d'information écrite précisant les modalités de déroulement de cette étude clinique .

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissent utiles pour la bonne compréhension de la note d'information et de recevoir des réponses claires et précises.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

### *J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche ci-dessus.*

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je suis conscient que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette recherche sans supporter de responsabilité et sans que cela porte atteinte à la qualité des soins qui me sont dispensés. J'en informerai alors le Docteur SAGE Thierry.

J'ai été informé que conformément à la réglementation sur les études cliniques, le CCPPRB de Bourgogne(Comité Consultatif de Protection des Personnes participant à une recherche biomédicale) estime que ce travail ne présentant pas d'intervention directe , ne relève donc pas de la loi HURIET.

Conformément à la réglementation sur les études cliniques, je serai tenu informé des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant et qui sont traitées de manière automatisée. Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi « Informatique et Liberté » s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude.

Toutes les données et informations qui me concernent resteront STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. Je n'autorise leur consultation que par des personnes désignées par le Docteur SAGE Thierry et éventuellement par un représentant des autorités de santé. Ces données pourront sous anonymat être intégrées à une publication scientifique.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au Docteur SAGE Thierry, tél : 03.80.70.38.50.

Fait à .....

Le.....

Nom de l'investigateur  
Et Signature

Nom de la personne donnant son consentement  
Et Signature

Nom du Patient :

Date  
N°Observation

## FICHE MEDICALE

### ANTECEDENTS

FAMILIAUX

Atopique (eczéma, rhinite ou asthme)

Autres :

PERSONNELS

Atopique    ....    Eczéma  
                 ....    Rhinite  
                 ....    Asthme

Autres :

**BILAN** allergologique :

Patch test :

Prick test :

IgE totales :

RAST:

**ELEMENT DECLANCHANT EVENTUEL** des poussées :

**EVOLUTION**

Nombre de crises / an initial :

Nombre de crises / an actuellement :

**SCORAD**

**LOCALISATION**



### AUTOQUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE

**18 - Evénement marquant de votre existence. Cocher, à chaque ligne, la réponse exacte:** oui  ou non  Si la réponse est oui, c'est-à-dire si l'événement s'applique à vous, indiquer alors à quel âge il est survenu en cochant une des six cases possibles.

	entre l'âge de	0-5	6-15	16-26	26-45	46-60	>60
Mort du père	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Mort de la mère	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Séparation d'avec les parents ayant durée plus d'un an	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Séparation ou divorce des parents	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Placement plus d'un an ou adoption	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Obligations militaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Mariage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Séparation / divorce	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Mort du partenaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Nouvelle union	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Avortement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Viol	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Naissance des enfants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Mariage des enfants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Mort des enfants	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Interruption de la scolarité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Arrêt de la scolarité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Interruption de la formation professionnelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Arrêt de la formation professionnelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Changement d'emploi	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Promotion professionnelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Rétrogradation professionnelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Incarcération	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Déménagement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Transplantation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Accident, catastrophe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Tentative de suicide	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Autres, précisez lesquels	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>					
Sans objet	<input type="checkbox"/>						
						Sans réponse	<input type="checkbox"/>

## ADULT ATTACHEMENT INTERVIEW

1° Décrivez-moi la situation familiale dans l'enfance : (2 à 3 minutes au plus )

- Où vivait votre famille, ses déplacements, ses activités...
- Vos grands parents sont-ils connus ? étaient-ils décédés avant votre naissance ? si oui, votre mère (père) avait quel âge ? A-t-elle (il) parlé de ces grands-parents ?
- Avez-vous des frères et sœurs ? d'autres personnes vivaient-elles sous le même toit que vous ?
- Actuellement, cette famille vit-elle aux alentours ? est-elle dispersée ?

2° Pouvez-vous me décrire les relations que vous aviez avec vos parents dans l'enfance, en remontant le plus loin possible.

3° Pourriez-vous me décrire en cinq adjectifs, la relation que vous aviez avec votre mère ?

- Avez-vous un souvenir spécifique, une anecdote pour X ?, Y ?,

4° Pourriez-vous décrire en cinq adjectifs la relation que vous aviez avec votre père ?

- Avez-vous un souvenir spécifique, une anecdote pour X ?, Y ?

5° De quel parent vous sentiez-vous le plus proche ? pourquoi n'aviez-vous pas les mêmes sentiments à l'égard de l'autre ?

6° Quand vous étiez troublé (bouleversé, troublé...), que faisiez-vous ?

- Notamment, lors d'une perturbation émotionnelle ?  
(Y a-t-il des événements spécifiques auxquels vous pensez ?)
- Autre exemple, lors d'une blessure ou d'une douleur physique ?  
(Y a-t-il des événements spécifiques auxquels vous pensez ?)
- Autre exemple, quand vous étiez malade, que se passait-il ?  
(Y a-t-il des événements spécifiques auxquels vous pensez ?)

7° Quelle est la première séparation dont vous vous souvenez ? Comment avez-vous réagi ? Y a-t-il d'autres séparations ?

8° Vous êtes-vous senti rejeté comme enfant ? A quel âge ? Que ressentiez-vous ? Comment avez-vous réagi ?

Pourquoi votre parent avait cette attitude ? Réalisait-il qu'il vous rejetait ?

9° Il arrive que les parents interrogés aient des souvenirs de menaces d'abandon ou d'éloignement, il arrive aussi qu'ils aient des souvenirs de mauvais traitements. Est-ce arrivé dans la famille ?

Est-il arrivé que vos parents vous menacent (peut-être pour la discipline ? ou en plaisantant ?)

- à quel âge ?
- de quelle gravité ?
- à quelle fréquence ?

➤ Etes-vous affecté comme adulte par cette expérience ? Est-ce que cela affecte vos attitudes avec vos propres enfants ?

- Etiez-vous parfois inquiet, préoccupé comme enfant ?
  - lors de quel événement ?

10° Pensez-vous que ces expériences ont un effet sur la personnalité adulte ?

Avez-vous eu quelque expérience ayant influencé négativement le développement de celle-ci ?

**11°** Comprenez-vous l'attitude de vos parents durant votre enfance ?  
Pourquoi pensez-vous qu'ils se soient comportés de telle ou telle façon ?

**12°** D'autres adultes vous ont-ils été proches ou particulièrement important durant votre enfance ?  
(Même si ils ne sont pas de votre parenté).

- Quel âge avaient-ils (s) ?
- Vivaient-ils dans le ménage ?
- Avaient-ils des responsabilités éducatives ?
- Pourquoi étaient-ils importants pour vous ?

**13°** Avez-vous perdu un parent ou d'autres proches durant votre enfance ?

- A quel âge ? dans quelles circonstances ?
- Comment avez-vous réagi à l'époque ? s'agissait-il d'un événement soudain ou attendu ?
- Avez-vous souvenir des sentiments que vous aviez à l'époque ?
- Ces sentiments face à ce départ, ont-ils changé par la suite ?
- Avez-vous des souvenirs de funérailles ?
- Y a-t-il eu un effet sur le (s) parent (s) restant (s) ?
- Y a-t-il eu un effet sur votre personnalité d'adulte ?
- Y a-t-il eu un effet sur votre attitude envers vos propres enfants ?

**13a)** mêmes questions pour le décès de personnes importantes durant l'enfance.

**13b)** mêmes questions pour le décès de personnes importantes durant l'âge adulte.

**14°** Est-il survenu beaucoup de changements dans votre relation avec vos parents depuis l'enfance ?

**15°** Quel est le genre de votre relation avec vos parents actuellement, à l'âge adulte ?

**16°** Quels sont vos sentiments actuellement, lorsque vous êtes séparé de votre propre enfant ? vous sentez-vous parfois préoccupé relativement à votre enfant ?

**17°** Exprimez trois désirs pour votre (vos) enfant (s) dans 20 ans. Quelle sorte de futur souhaitez-vous à votre (vos) enfant (s) ?

(Laisser temps de réflexion)

**18°** Existe-il une chose particulière tirée de votre propre expérience comme enfant ?  
Que souhaiteriez-vous que votre enfant tire de sa relation avec ses parents ?

## CAMIR

### FEUILLE DE CODAGE POUR LE CAMIR (version HOMMES ou FEMMES)

No	Item	PROTOTYPES (NE PAS MODIFIER)			Exemple : no 409 (homme toxico.)	
		Secure	Détaché	Préoccupé	étape 1	étape 2
					(notes entre 1 et 5)	
1	Dans notre famille, les expériences que chacun fait à l'extérieur sont une source de discussion et d'enrichissement pour tous	4	1	1	2	2
2	Enfant, on me laissait peu d'occasions pour faire mes expériences	2	3	4	3	3
3	Les menaces de séparation, de placement ou de rupture des liens familiaux sont une composante de mes souvenirs d'enfance	2	4	3	2	2
4	Dans ma famille, chacun exprime ses émotions sans craindre les réactions des autres	4	2	1	3	3
5	Mes parents étaient incapables d'avoir de l'autorité quand il le fallait	1	3	3	3	4
6	En cas de besoin, je suis sûr(e) que je peux compter sur mes proches pour trouver un réconfort	5	1	1	1	1
7	J'aimerais avoir des enfants plus autonomes que je ne l'ai été	3	4	5	2	2
8	Dans la vie de famille, le respect des parents est très important	5	4	2	3	4
9	Enfant, je savais que je trouverais toujours un réconfort auprès de mes proches	5	2	1	1	2
10	Je pense avoir su rendre à mes parents l'amour qu'ils m'ont donné	4	3	2	2	2
11	Les relations avec mes proches durant mon enfance m'apparaissent comme globalement positives	5	5	2	3	3
12	Je déteste le sentiment de dépendre des autres	4	5	2	5	5
13	Même si c'est parfois difficile à admettre, j'éprouve une certaine rancune à l'égard de mes parents	2	2	5	4	4
14	Je ne compte que sur moi pour résoudre mes problèmes	3	5	1	5	5
15	Lorsque j'étais enfant, mes proches se montraient souvent impatients et irritables	2	4	3	4	4
16	Quand j'étais enfant, mes parents avaient démissionné de leur rôle de parents	1	3	3	3	4
17	Il vaut mieux ne pas trop se lamenter autour d'un deuil pour pouvoir le dépasser	3	5	1	3	4
18	Je passe souvent du temps à discuter avec mes proches	4	1	3	1	1
19	Mes proches ont toujours donné le meilleur d'eux-mêmes pour moi	5	5	2	1	1
20	Je ne peux pas me concentrer sur autre chose, si je sais que l'un de mes proches a des problèmes	3	1	5	1	2
21	Enfant, j'ai trouvé suffisamment d'amour auprès de mes proches pour ne pas en chercher ailleurs	4	3	2	3	3
22	Je suis toujours inquiet(e) de la peine que je peux faire à mes proches en les quittant	4	1	5	2	2
23	Enfant, on avait une attitude de "laissez-faire" avec moi	3	4	2	3	3
24	Les adultes doivent contrôler leurs émotions envers l'enfant, qu'il s'agisse de plaisir, d'amour ou de colère	3	5	1	3	4
25	J'aime penser à mon enfance	4	2	2	1	1
26	A l'adolescence, personne dans mon entourage n'a jamais vraiment compris mes soucis	3	4	4	5	5
27	En famille, lorsque l'un de nous a un problème, les autres se sentent concernés	5	1	5	1	2
28	Actuellement, je pense comprendre les attitudes de mes parents durant mon enfance	4	2	2	3	3
29	Mes désirs d'enfant comptaient peu pour les adultes de mon entourage	2	4	4	3	3
30	Enfant, les adultes me paraissaient comme des personnes préoccupées avant tout par leurs propres problèmes	3	4	4	4	4
31	Lorsque j'étais enfant, nous avions beaucoup de peine à prendre des décisions en famille	3	4	4	3	3
32	J'ai le sentiment que je ne surmonterais jamais le décès d'un de mes proches	4	1	5	3	4
33	Enfant, j'avais peur de mes parents	2	3	3	1	1
34	Les enfants doivent sentir l'existence d'une autorité respectée, dans la famille	4	4	3	3	3
35	Mes parents n'ont pas bien réalisé qu'un enfant qui grandit a besoin d'avoir sa vie à soi	3	5	4	3	4
36	Je me sens en confiance avec mes proches	5	2	1	3	3
37	Je ne me souviens pas vraiment de la façon dont je voyais les choses lorsque j'étais enfant	3	5	2	4	5
38	Dans ma famille d'origine, on discutait des autres plutôt que de nous-mêmes	3	5	3	3	3
39	Enfant, j'étais inquiet(e) d'être abandonné(e)	2	2	5	1	1
40	Enfant, on m'a encouragé(e) à partager mes sentiments	4	1	2	1	2
41	On ne m'a pas suffisamment préparé(e) psychologiquement aux réalités de la vie	3	2	5	3	3
42	Mes parents m'ont laissé(e) trop libre de faire tout ce que je voulais	2	3	3	3	4
43	Les parents doivent montrer à l'enfant qu'ils s'aiment	5	2	3	3	4
44	Enfant, je montais les adultes les uns contre les autres, pour obtenir ce que je voulais	1	3	3	1	1
45	Enfant, j'ai dû faire face à la violence d'un de mes proches	1	3	3	5	5

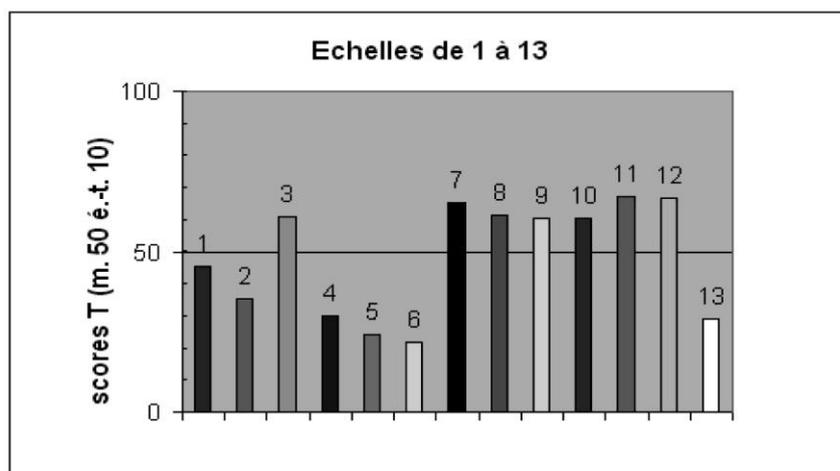
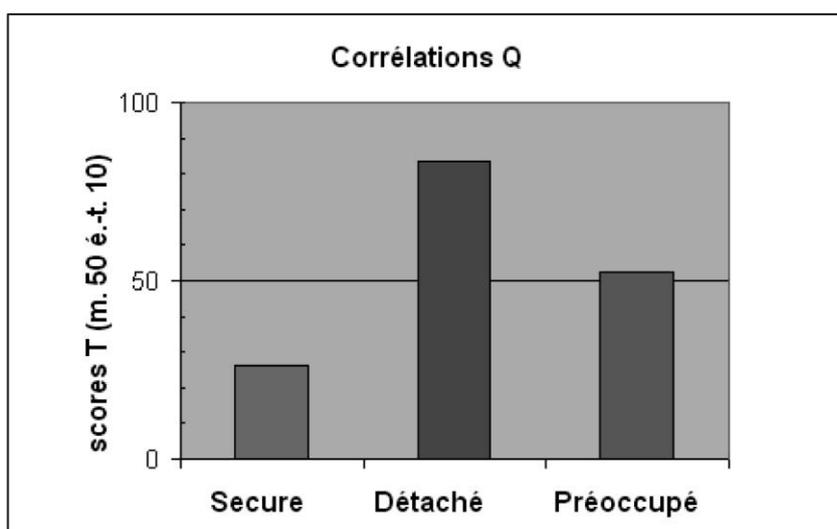
46	Je n'arrive pas à me faire une idée claire de mes parents et de la relation que j'avais avec eux	3	4	4	4	5
47	On ne m'a pas laissé profiter de mon enfance	1	2	3	3	3
48	J'étais un enfant peureux	2	1	4	1	1
49	Il est essentiel de transmettre à l'enfant le sens de la famille	5	2	4	1	1
50	De mon expérience d'enfant, j'ai compris qu'on n'est jamais assez bien pour ses parents	2	3	4	1	2
51	J'ai de la peine à me remémorer précisément les événements de mon enfance	3	5	1	5	5
52	J'ai le sentiment de n'avoir pas pu m'affirmer dans le milieu où j'ai grandi	2	2	5	5	5
53	Même si ce n'est pas la réalité, j'ai le sentiment d'avoir eu les meilleurs parents du monde	5	4	1	1	1
54	Enfant, on a été tellement soucieux de ma santé et de ma sécurité, que je me sentais emprisonné(e)	2	3	4	3	3
55	Enfant, on m'a inculqué la crainte d'exprimer son opinion personnelle	1	3	4	2	2
56	Lorsque je m'éloigne de mes proches, je ne me sens pas bien dans ma peau	3	1	5	1	2
57	Je n'ai jamais eu une vraie relation avec mes parents	1	5	2	5	5
58	Mes parents m'ont toujours fait confiance	5	3	1	4	4
59	Quand j'étais enfant, mes parents abusaient de leur autorité	1	4	3	3	3
60	Chaque fois que j'essaie de penser aux bons côtés de mes parents, ce sont leurs mauvais côtés qui me reviennent	1	2	4	2	3
61	J'ai le sentiment d'avoir été un enfant rejeté	1	2	2	1	2
62	Mes parents ne pouvaient pas s'empêcher de tout contrôler, mon apparence, mes résultats scolaires ou encore mes amis	2	4	4	2	4
63	Quand j'étais enfant, il y avait des disputes insupportables à la maison	2	3	3	5	5
64	Dans ma famille, on vivait en vase clos	2	3	4	3	3
65	Il est important que l'enfant apprenne l'obéissance	4	4	3	4	5
66	Enfant, mes proches me faisaient sentir qu'ils avaient du plaisir à partager du temps avec moi	5	2	3	1	2
67	Quand je me remémore mon enfance, j'éprouve un vide affectif	1	5	1	3	3
68	La perspective d'une séparation momentanée d'un proche me laisse un sentiment diffus d'inquiétude	3	1	5	1	2
69	Il y a une bonne entente entre les membres de ma famille	4	3	2	1	1
70	Enfant, j'avais souvent le sentiment que mes proches n'étaient pas sûrs du bien-fondé de leurs exigences	3	3	3	3	4
71	Dans mon enfance, j'ai souffert de l'indifférence de mes proches	1	3	2	5	5
72	Souvent, je me sens préoccupé(e) sans raison par la santé de mes proches	3	1	5	1	1

	Séure	Détaché	Préoccupé
Scores Q brut (corrélations Q du sujet avec les 3 prototypes)	-0.23	0.48	-0.10
Etude de validation de n=682 sujets non cliniques, scores Q moyens	0.53	-0.04	-0.15
écart-types	0.32	0.16	0.18
Scores Q (exprimés en format T: moy. = 50, é.-t.=10)	26.4	83.3	52.6

Echelles	moyenne du	Etude n=682		Scores T
	sujet	Moy	S.D.	du sujet
1. Interférence parentale (préoccupation passé)	2.00	2.39	0.82	45.2
2. Préoccupation familiale (préoccupation présent)	1.50	2.73	0.84	35.4
3. Rancune d'infantilisation (état d'esprit préoccupé)	3.50	2.46	0.96	60.8
4. Support parental (sécurité/autonomie passé)	1.83	3.63	0.90	30.0
5. Support familial (sécurité/autonomie présent)	1.83	3.86	0.79	24.3
6. Reconnaissance de soutien (état d'esprit sécuritaire/autonome)	1.83	3.96	0.75	21.6
7. Indisponibilité parentale (détachement passé)	3.67	2.38	0.85	65.1
8. Distance familiale (détachement présent)	4.33	3.35	0.88	61.2
9. Rancune de rejet (état d'esprit détaché)	3.00	2.06	0.92	60.2
10. Traumatisme parental	2.83	1.88	0.90	60.6
11. Blocage du souvenir	4.33	2.64	0.99	67.1
12. Démission parentale	2.67	1.66	0.61	66.5
13. Valorisation de la hiérarchie	2.83	4.10	0.60	28.9

Représentation graphique des résultats pour le sujet ci-dessus, donnés en scores T

Ces scores T sont calculés à partir de la population de référence de 682 sujets (moyenne=50; écart-type=10)



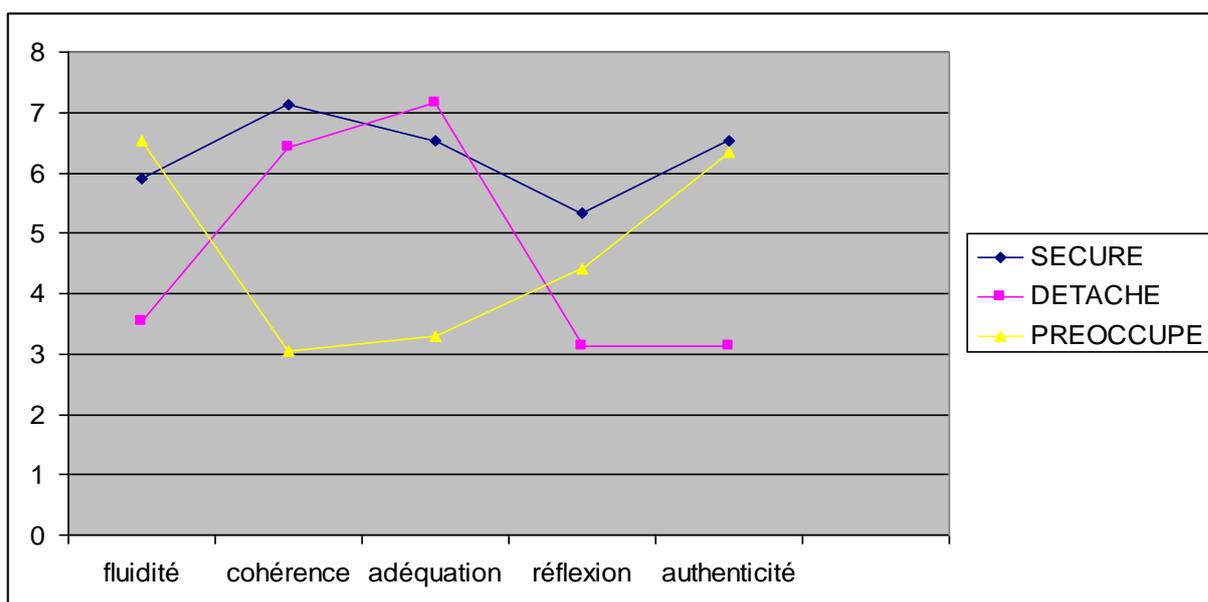
## EDICODE (v.4)

Blaise Pierrehumbert & al. (1997) SUPEA, Lausanne

1	blocage(s)	[_____]	Discours non interrompu difficile à suivre (i)
2	aisé à suivre	[_____]	
3	envahissement émotionnel	[_____]	recul adéquat
4	attribue, motivations, désirs, émotions	[_____]	peu d'attributions subjectives(i)
5	clichés, lieux communs	[_____]	discours authentique
6	commentaires abondants	[_____]	commentaires restreints (i)
7	discours désorganisé	[_____]	discours structuré
8	reconnaît sa subjectivité	[_____]	ignore sa subjectivité (i)
9	hors sujet	[_____]	réponses appropriées
10	facilité d'évocation spontanée	[_____]	manque d'évocation (i) persistant
11	labilité des thèmes	[_____]	thèmes suivis
12	implication émotionnelle	[_____]	retrait émotionnel, (i) froid
13	perd le fil	[_____]	focalisé
14	évaluation globale positive	[_____]	évaluation globale (i) négative
15	se voit passif dans relation dans les relations	[_____]	se reconnaît un rôle
16	discours élaboré	[_____]	discours superficiel (i)
17	absence souvenirs ou souvenirs globalisants	[_____]	souvenirs précis
18	une idée générale se détache	[_____]	difficile de dégager une idée globale (i)
19	avidité relationnelle	[_____]	satisfait des relations
20	variété des sentiments attribués	[_____]	attributions peu variées (i)
21	excessivement factuel	[_____]	vivant

- Fluidité (1, 6, 10, 12,17) :
- Cohérence (2, 7, 9, 11, 13,18) :
- Adéquation (3, 14,19) :
- Réflexion (4, 8, 15,20) :
- Authenticité (5, 16,21) :

**Analyse visuelle selon les 3 prototypes (sécure, détaché et préoccupé) à l'édicode**



**Exemples d'items du Q.SORT selon KOBAK**  
**(100 items)**

- Item 3 : Est insatisfait de la disponibilité parentale (*versus* minimise l'importance de la disponibilité parentale)
  
- Item 27 : Est préoccupé par la perte d'un proche (*versus* ne manifeste aucun chagrin)
  
- Item 58 : A connu des conflits conjugaux considérables entre les parents (*versus* a vécu dans une atmosphère maritale harmonieuse)
  
- Item 92 : Est pris dans l'analyse des erreurs parentales (*versus* la réflexion a mené à l'acceptation de soi et des parents)
  
- Item 100 : Présente des descriptions contradictoires des parents (*versus* présente une image des parents qui se tient et qui intègre bien les souvenirs spécifiques)
  
- ...

## Questionnaire de perception des relations

**Consigne : Laquelle des quatre descriptions suivantes vous décrit le mieux. Nous vous demandons de choisir une seule description.**

1.  Il est facile pour moi de me rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seul(e) ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter.
2.  Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e) et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi.
3.  Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupé(e) par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie.
4.  Je me sens embarrassé(e) lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres.

**Consigne : Répondez à chacun des énoncés en indiquant à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre choix :**

1. Il est facile pour moi de me rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seul(e) ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter.

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

2. Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e) et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi.

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

3. Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupé(e) par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie.

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

4. Je me sens embarrassé(e) lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres.

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

**LA SYMPTOM CHECK-LIST**

**SCL-90 R**

**L.R. DEROGATIS, 1977**

Traduction française : J.D. GUELFY et J.-F. DREYFUS, 1984



NOM:

PRENOM:

SEXE:

AGE:

DATE:

Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des problèmes et des symptômes que l'on peut éprouver. Nous vous demandons de lire attentivement chaque phrase. Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher à l'aide d'une croix, une, et une seule, des cinq cases qui se trouvent à droite, c'est-à-dire celle qui donne la meilleure description de ce qui vous a ennuyé ou préoccupé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler, y compris aujourd'hui.**

Suivant que le symptôme est très important, important, moyen, ou relativement léger, vous mettez une croix à OUI extrêmement, OUI beaucoup, OUI moyennement, OUI un peu. Si vous estimez que vous ne pourriez pas prononcer la phrase qui constitue la proposition, vous mettez une croix à NON, pas du tout.

Répondez à **toutes** les questions sans exception, ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

	Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
	0	1	2	3	4
1. J'ai des maux de tête	<input type="checkbox"/>				
2. Je me sens nerveux(se) et/ou je sens comme un tremblement intérieur	<input type="checkbox"/>				
3. J'ai des pensées, des mots ou des idées que je ne voudrais pas avoir et qui ne veulent pas quitter mon esprit	<input type="checkbox"/>				
4. J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges	<input type="checkbox"/>				
5. J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais pour les choses sexuelles	<input type="checkbox"/>				
6. J'ai l'impression d'être critiqué à l'égard des autres	<input type="checkbox"/>				
7. J'ai l'idée que quelqu'un d'autre peut contrôler mes pensées	<input type="checkbox"/>				
8. J'ai le sentiment que les autres sont responsables de la plupart de mes troubles	<input type="checkbox"/>				
9. J'ai des difficultés à me rappeler des choses	<input type="checkbox"/>				
10. Je suis ennuyé(e) par ma négligence et mon manque de soin	<input type="checkbox"/>				
11. Je suis facilement contrarié(e) ou irrité(e)	<input type="checkbox"/>				
12. J'ai des douleurs au coeur ou dans la poitrine	<input type="checkbox"/>				
13. Je suis pris(e) de peur dans les espaces découverts ou dans les rues	<input type="checkbox"/>				
14. Je me sens sans énergie ou ralenti(e)	<input type="checkbox"/>				
15. Je pense en finir avec la vie	<input type="checkbox"/>				
16. J'entends des voix que les autres n'entendent pas	<input type="checkbox"/>				
17. J'ai des tremblements	<input type="checkbox"/>				
18. J'ai l'impression qu'on ne peut avoir confiance dans la plupart des gens	<input type="checkbox"/>				
19. J'ai un mauvais appétit	<input type="checkbox"/>				
20. Je pleure facilement	<input type="checkbox"/>				
21. Je me sens timide et mal à l'aise avec une personne du sexe opposé	<input type="checkbox"/>				
22. J'ai l'impression d'être "coincé(e)" ou pris(e) au piège	<input type="checkbox"/>				
23. Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison	<input type="checkbox"/>				
24. J'ai des explosions de colère que je ne peux contrôler	<input type="checkbox"/>				
25. J'ai peur de sortir seul(e) de chez moi	<input type="checkbox"/>				
26. Je me reproche des choses	<input type="checkbox"/>				
27. J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos	<input type="checkbox"/>				
28. Je me sens bloqué(e) devant la moindre chose à faire	<input type="checkbox"/>				
29. J'ai un sentiment de solitude	<input type="checkbox"/>				
30. J'ai le cafard	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

	Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
	0	1	2	3	4
31. Des choses me tracassent ou me tourmentent trop	<input type="checkbox"/>				
32. Je ne m'intéresse à rien	<input type="checkbox"/>				
33. Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur	<input type="checkbox"/>				
34. Je suis facilement blessé(e) ou offensé(e)	<input type="checkbox"/>				
35. J'ai le sentiment que d'autres savent quelles sont mes pensées intimes	<input type="checkbox"/>				
36. J'ai l'impression que les autres ne me comprennent pas, ou qu'ils ne me montrent pas de sympathie	<input type="checkbox"/>				
37. J'ai l'impression que les gens sont inamicaux envers moi ou ne m'aiment pas	<input type="checkbox"/>				
38. Je suis obligé(e) de faire les choses très lentement pour être certain(e) de bien les faire	<input type="checkbox"/>				
39. J'ai l'impression que mon coeur bat très fort ou qu'il s'emballé	<input type="checkbox"/>				
40. J'ai des nausées ou envie de vomir	<input type="checkbox"/>				
41. Je me sens inférieur(e) aux autres	<input type="checkbox"/>				
42. J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris	<input type="checkbox"/>				
43. J'ai l'impression d'être observé(e) par les autres et qu'on parle de moi	<input type="checkbox"/>				
44. J'ai du mal à m'endormir	<input type="checkbox"/>				
45. Je suis obligé(e) de vérifier et de revérifier ce que je fais	<input type="checkbox"/>				
46. J'ai des difficultés à prendre des décisions	<input type="checkbox"/>				
47. J'ai peur de voyager en autobus, en train ou en métro	<input type="checkbox"/>				
48. J'ai des difficultés à respire	<input type="checkbox"/>				
49. J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid	<input type="checkbox"/>				
50. Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car ils m'effrayent	<input type="checkbox"/>				
51. J'ai l'impression que mon esprit se vide	<input type="checkbox"/>				
52. J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps	<input type="checkbox"/>				
53. J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge	<input type="checkbox"/>				
54. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir	<input type="checkbox"/>				
55. J'ai des difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>				
56. J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps	<input type="checkbox"/>				
57. J'ai l'impression d'être tendu(e)	<input type="checkbox"/>				
58. J'ai une impression de pesanteur dans les bras ou dans les jambes	<input type="checkbox"/>				
59. J'ai des idées de mort ou l'idée de mourir	<input type="checkbox"/>				
60. Je mange trop	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

	Non pas du tout	Oui un peu	Oui moyennement	Oui beaucoup	Oui extrêmement
	0	1	2	3	4
61. Je me sens mal à l'aise quand on me regarde ou qu'on parle de moi	<input type="checkbox"/>				
62. Il me vient des pensées qui ne sont pas les miennes	<input type="checkbox"/>				
63. J'ai envie de battre, de blesser ou de faire du mal aux gens	<input type="checkbox"/>				
64. Je me réveille tôt le matin	<input type="checkbox"/>				
65. Je dois recommencer certains actes tels que toucher, compter, nettoyer	<input type="checkbox"/>				
66. Mon sommeil est agité ou troublé	<input type="checkbox"/>				
67. J'ai des envies de mettre en pièces ou de casser des objets	<input type="checkbox"/>				
68. J'ai des idées ou des croyances que les autres ne partagent pas	<input type="checkbox"/>				
69. Je me sens très gêné(e) vis-à-vis des autres	<input type="checkbox"/>				
70. Je me sens mal à l'aise dans la foule, par exemple dans les magasins ou au cinéma	<input type="checkbox"/>				
71. Tout représente un effort pour moi	<input type="checkbox"/>				
72. J'ai des bouffées de terreur ou de panique	<input type="checkbox"/>				
73. Je suis mal à l'aise si je dois manger ou boire en public	<input type="checkbox"/>				
74. Je me dispute fréquemment	<input type="checkbox"/>				
75. Je me sens nerveux(se) quand on me laisse seul(e)	<input type="checkbox"/>				
76. J'ai l'impression que les autres n'apprécient pas à sa juste valeur ce que je fais	<input type="checkbox"/>				
77. Je me sens seul(e), même quand je suis avec d'autres gens	<input type="checkbox"/>				
78. Je me sens si énervé(e) que je ne peux pas rester assis(e)	<input type="checkbox"/>				
79. Je me sens bon(ne) à rien	<input type="checkbox"/>				
80. J'ai l'impression que des choses familières sont étranges ou n'ont pas l'air réelles	<input type="checkbox"/>				
81. Je crie ou je lance des objets	<input type="checkbox"/>				
82. J'ai peur de m'évanouir en public	<input type="checkbox"/>				
83. Je pense que les gens profiteraient de moi si je les laissais faire	<input type="checkbox"/>				
84. J'ai des pensées liées au sexe qui me préoccupent beaucoup	<input type="checkbox"/>				
85. Je pense que je devrais être puni(e) pour mes péchés	<input type="checkbox"/>				
86. J'ai le sentiment d'être contraint(e) à faire des choses	<input type="checkbox"/>				
87. Je pense que mon corps est atteint de quelque chose de grave	<input type="checkbox"/>				
88. Je ne me sens jamais proche de quelqu'un	<input type="checkbox"/>				
89. Je me sens coupable	<input type="checkbox"/>				
90. Je pense que quelque chose va mal dans mon esprit	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

# ***ANNEXES CAS CLINIQUES***

### CAS CLINIQUE PATIENTE X 018

Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, célibataire, sans enfant, étudiante à l'école normale, qui a présenté un eczéma dans l'enfance, avec guérison vers l'âge de 10 ans, puis rechute de poussées importantes, généralisées à partir de l'âge de 19 ans, après le décès de son père d'un cancer du colon.

### RESULTATS :

	X 018	Population standart
SECAAI	-0,048	0,07 (0,488)
DETAI	-0,07	0,001 (0,457)
PREAAI	0,161	-0,05 (0,293)
SECCA	50,7	50
cor Q SECCA	0,55	0,53
DETACA	58,6	50
PRECA	50	50
Ind.strat 2 camir	0,25	0,11
det+préoc camir	-0,05	-0,19
somatisation:	0,33	0,343 (0,33)
symptômes obsessionnels:	0,2	0,365 (0,39)
sensitivité interpersonnelle:	0,22	0,393 (0,377)
dépression:	0,61	0,263 (0,311)
anxiété:	1,1	0,259 (0,305)
hostilité:	0,16	0,347 (0,372)
phobies;	0,14	0,148 (0,233)
traits paranoïaques:	0,5	0,297 (0,355)
traits psychotiques:	0	0,1 (0,179)
symptômes divers:	1,14	0,306 (0,256)
GSI:	0,44	0,292 (0,245)
PST:	29	19,62 (14,16)
PSDI:	1,37	1,33 (0,285)
Anxiété état	38	40,75 (10,32)
Anxiété trait	46	45,09 (11,11)
coping problème	33	27,79 (6,78)
coping émotion	31	21,7 (5,60)
coping soutien social	22	20,2 (4,76)

## FICHE MEDICALE

Il n'existe pas d'antécédent atopique familial. Une grand-mère paternelle est décédée d'un cancer du colon, suggérant une hérédité à ce niveau.

Sa mère présente comme seul antécédent une thyroïdite auto-immune. Elle a une sœur 2 ans plus jeune en parfait état de santé.

La patiente présente également un asthme qui s'est associé à son eczéma à l'âge de 4 à 5 ans.

Sur le plan allergologique, elle présente une polysensibilisation notamment aux pneumallergènes (pollens, poils de chat).

Les IgE totales sont très augmentées à 1344 (normale inférieure à 90), avec un rapport IgE / N à 14,93.

Cette polysensibilisation et ces IgE totales augmentées suggèrent une dermatite atopique extrinsèque.

Son eczéma est actuellement quotidien et touche essentiellement le tronc, les membres inférieurs, épargnant le visage. Les éléments déclenchants évoqués par la patiente pour les poussées d'eczéma sont le stress et la maladie du père.

Le SCORAD calculé le jour de l'évaluation est de 55 (eczéma très significatif).

L'auto questionnaire anamnestique ne montre pas d'autre événement marquant que la mort de son père à l'âge de 19 ans.

Le questionnaire de santé GHQ 2 (GOLDBERG) montre un état de fatigue récent, plus marqué le jour de l'évaluation, avec un état de tension interne perçu un peu plus que d'habitude lié à des examens scolaires récents, avec une période de révision éprouvante.

## ENTRETIEN

Le contact immédiat est aisé, la patiente étant suivie régulièrement depuis quelques temps par le dermatologue.

Il n'en a pas été toujours ainsi avec une distance relationnelle importante lors des consultations initiales.

Le discours est aisé, fluide.

Les adjectifs pour décrire les relations aux parents sont rapidement trouvés.

Par contre, il existe très peu de souvenirs précis associés aux adjectifs. Les souvenirs d'avant 10 ans sont rares et sont en général des généralisations sémantiques.

La discordance entre les adjectifs et les souvenirs précis est moins importante concernant la relation avec le père, avec qui la patiente était plus proche.

Le comportement de détachement est privilégié en cas de perturbation émotionnelle.

Les angoisses de séparation sont réactivées de manière importante par les situations d'éloignement, comme par exemple les colonies de vacances...

Il existe également une revendication d'indépendance précoce lors des départs en vacances.

La qualité de la relation à la mère est assez altérée, avec sensation de rejet par celle-ci et un ressentiment important vis-à-vis de celle-ci et une colère qui n'est pas toujours clairement exprimée.

Paradoxalement, les adjectifs utilisés pour la description de cette relation sont assez neutres et normalisés : *autoritaire, affectueux, éducative, très présente*, ce qui témoigne de mécanismes de défense par rapport aux affects négatifs ressentis pour la mère.

Les adjectifs *très affectueux, parfois autoritaire, très sportif, peu présent, échange profond*, sont utilisés pour la relation au père. L'utilisation d'items affectifs est un peu plus fréquente mais reste pauvre.

Les expériences de l'enfance sont peu reconnues comme facteurs influents de la personnalité d'adulte sauf en ce qui concerne le décès du père. Il existe des difficultés à l'introspection, avec des capacités réflexives pauvres et généralisées.

Les souhaits pour ses enfants futurs ne font pas référence à des items affectifs : *pas de problème pour trouver du travail, être heureux, pas de problème de santé*.

De même, la leçon tirée de l'enfance consiste au fait de ne pas être matérialiste comme sa mère. La relation d'attachement ne semble pas privilégiée, l'aspect d'étayage de la relation parent - enfant étant privilégié à l'aspect affectif (« *l'enfant doit pouvoir s'appuyer, se reposer sur ses parents* »). Cette « exclusion défensive » des affects implique la rupture de 2 maximes de GRICE : qualité (sincérité) et manière (communication ambiguë). Par contre, les 2 autres maximes (quantité d'informations et relation traduisant la pertinence des propos par rapport à l'interlocuteur) sont respectées. La dermatite atopique s'est aggravée le jour où le père est tombé malade. L'eczéma est alors perçu comme différent de celui de l'enfance où le rôle des allergies est ressenti comme prépondérant (« *ce n'est plus le même style d'eczéma* »). Les poussées d'eczéma sont quotidiennes et clairement établies comme psychosomatiques par la patiente. Le jour où cette reconnaissance a été faite (depuis 3 ans environ), la gêne sociale semble s'être bien améliorée (« *ça ne me gêne plus d'en parler..., si je dois le montrer aux gens autour de moi ; je le montre y a pas de souci...* »). Notre sensation clinique après cet entretien est celle d'une patiente présentant une insécurité d'attachement avec des stratégies secondaires détachées et préoccupées.

### **EDICODE**

Les scores de fluidité (5,14), cohérence (7,37) et adéquation (6,1) sont supérieurs à ceux de réflexion (3,45) et authenticité (4,7).

La courbe de la patiente se rapproche ainsi de celle du sujet détaché sauf en ce qui concerne la fluidité. Le score à cette échelle de fluidité peut témoigner soit d'un aspect préoccupé, par recherche anxieuse du lien à l'autre, soit d'un aspect sûr par une mise en sens de l'histoire personnelle et une expression plus aisée de celle-ci.

Le score bas en réflexion témoigne de l'exclusion défensive évoquée dans l'interprétation de l'A.A.I. et peut participer à une authenticité abaissée.

### **Q.SORT de KOBAK**

La patiente ne présente pas de corrélation significative avec l'un des 3 prototypes sûr, détaché et préoccupé.

Elle semble néanmoins plus proche du prototype préoccupé ( $r = 0,161$ ) avec une corrélation négative pour le type sûr ( $r = -0,048$ ) et détaché ( $r = -0,07$ ). Par rapport à la population standard de PIERREHUMBERT, la patiente est moins sûre, moins détachée et plus préoccupée (les différences n'atteignent néanmoins pas un écart-type).

Une catégorisation insécure peut être retenue.

Néanmoins la corrélation négative avec le type détaché est en contradiction avec l'Edicode et ce qui ressort de l'A.A.I.

### **CAMIR**

La patiente présente un score Q de sécurité (stratégie primaire) de 0,55, ce qui la classe en sûr moyen selon les chiffres de l'étude de PIERREHUMBERT 1996. Par contre nous observons un score T de détachement à 58,6, supérieur au score du prototype sûr (50,7) et préoccupé (50).

Cette augmentation de score est inférieure à un écart type ( $t = 10$ ).

Son indice de stratégie secondaire est calculé à 0,25, soit nettement détaché. Son cumul d'insécurité (-0,05) est plus élevé que la moyenne de son groupe (-0,139) mais inférieur à celui de la population standard (0,51).

La patiente présente donc des stratégies d'insécurité d'attachement appartenant aux 2 prototypes avec une prédominance pour le détachement.

Néanmoins, l'analyse des échelles cliniques nous montre des scores T inférieurs (différence d'un écart type) pour les 3 échelles de sécurité (support parental, support familial et reconnaissance de soutien).

Deux échelles de détachement (indisponibilité parentale, distance familiale) sont supérieures à la moyenne de plus d'un écart type (respectivement 61,2 ; 65).

Une dernière échelle montre une augmentation de score T supérieur à un écart type : le blocage de souvenirs (63,7), qui est souvent retrouvé dans les mécanismes de défense de type insécure.

Il semble donc légitime d'opter pour une catégorisation insécure de type détaché selon ce test.

## **BARTHOLOMEW**

La patiente choisit l'item relatif au prototype détaché. Sur l'échelle de LICKERT, elle donne un score équivalent à la stratégie relationnelle sécuritaire et détachée (5) et est en désaccord avec les stratégies relationnelles préoccupées et désorganisées.

La catégorisation insécure détaché peut être choisie pour ce questionnaire.

## **SCL90 :**

La patiente manifeste une anxiété importante (+ 3 écart-types), un syndrome dépressif (+1 écart-type), et des symptômes divers (+3 écart-type) à savoir essentiellement troubles du sommeil. Les indices de gravité globale et de degré de malaise ne sont par contre pas augmentés.

## **STAIY :**

L'anxiété décrite à la SCL90 n'est paradoxalement pas retrouvée dans ce test.

## **WCC :**

Il existe une augmentation à 2 écart-types du coping centré sur l'émotion.

## **Conclusion**

Ce cas clinique montre la difficulté de la catégorisation dans l'attachement avec participation dans les stratégies comportementales des 3 prototypes sécuritaire, insécure détaché, insécure préoccupé.

Néanmoins, la prédominance d'un prototype peut être observée, en l'occurrence pour notre patiente le prototype insécure détaché.

Cette participation des 3 types d'attachement dans les stratégies relationnelles explique en partie la difficulté à avoir une interprétation statistique univoque.

Pour le cas présent, le Q-SORT de *KOBAK* semble discordant avec les 3 autres tests concernant le score de détachement. Par contre il « capte » bien le caractère insécure de la patiente, ce qui n'est pas le cas du CAMIR.

Il conviendra également d'évaluer l'influence d'un état de fatigue passager, ce qui est le cas pour notre patiente dont les tests ont été faits en période d'examen, sur les scores notamment de préoccupation et de la SCL90.

Sur un plan clinique, l'aspect démonstratif de ce cas réside dans la résurgence à 19 ans après le décès du père de la dermatite atopique que nous pouvons qualifier d'extrinsèque (Ig E augmentées, importance des allergies observées).

La perte du père semble avoir réactivé une angoisse archaïque d'abandon et se manifeste par un eczéma car le terrain biologique de la patiente le permet (diathèse atopique présente). Le mécanisme d'exclusion défensive des affects semble être le mécanisme de défense prépondérant utilisé par la patiente avec une répercussion sur ses capacités réflexives.

Durant l'enfance, la relation à la mère a été très conflictuelle, avec comme conséquence un étayage au père. Ceci explique l'angoisse de la perte de celui-ci dans l'enfance. Cette angoisse, devenue réalité est venue décompenser une structure probablement insécure avec manifestation des symptômes dermatologiques.

**A .A.I. patiente X 018 :**

Mr S : Alors est-ce que vous pouvez me décrire votre situation familiale dans l'enfance ? Où vivait votre famille ? Quels étaient ses déplacements ? Ses activités ?

Mlle X : Euh bah j'avais mon papa ma maman une petite sœur qui a deux ans et demi de moins qu' moi... euh... j'habite à la campagne... fin j'habitais à la campagne... une p'tite ville quoi... de 2000 habitants... euh... j'habite à côté de chez ma grand-mère maternelle... qui m gardait assez souvent... donc voilà et puis euh... c'est tout...

Mr S : D'accord, vos grands-parents vous étaient connus ?

Mlle X : Euh oui ! Mais mon grand-père maternel est mort en 92 donc j'avais 12 ans...

Mr S : D'accord, et donc vous aviez des frères et sœurs ?

Mlle : J'ai une sœur...

Mr S : Une sœur...

Mr S : Et d'autres personnes vivaient sous le même toit que vous ?

Mlle X : Non !...

Mr S : Et actuellement cette famille vit aux alentours ?

Mlle X : Euh... ma maman vit toujours au même endroit mon papa est décédé... et euh ma p'tite sœur rentre tous les week-ends mais elle est sur Dijon l reste du temps elle est étudiante...

Mr S : D'accord, donc votre maman vit toujours...

Mlle X : Hum, hum... Dans la même maison oui...

Mr S : dans la même maison donc en Bourgogne ?

Mlle X : Euh c'est en Haute-Marne... en Champagne Ardenne...

Mr S : D'accord, alors est-ce que vous pourriez me décrire les relations que vous aviez avec vos parents dans l'enfance en essayant de remonter le plus loin possible ?

Mlle X : Hum, hum... Et bah euh... avec mon papa ça s'est toujours très bien passé euh... hum... j'étais un peu une fille à papa donc beaucoup d' câlins et euh... voilà !et avec ma maman bah c'était pas forcément évident mais papa était pas trop là vu que vu que il avait euh un travail qui lui prenait quand même pas mal de temps et il était très sportif à côté... donc euh donc en fait c'est un peu elle qui, qui faisait notre éducation et j' pense qu'elle avait p't être un peu l' mauvais rôle donc euh donc ça s passait pas forcément toujours bien euh elle est très autoritaire... donc voilà !...

Mr : D'accord. Pourriez-vous me décrire en cinq adjectifs la relation que vous aviez avec votre mère ?

Mlle X : ...Euh hum !... (Rire) cinq ça fait beaucoup... euh... donc j'ai dit elle était autoritaire... euh j' vais dire que c'était pas très... pas affectif... donc le contraire (rires) c'était pas l' style euh à faire des câlins comme avec mon père donc voilà... euh... c'était on va dire éducatif si on peut dire ça parce que c'était elle qui nous faisait faire nos devoirs et qui nous forçait beaucoup... aussi à les

faire... euh... bah j' peux dire qu'elle était très présente... parce qu'on la voyait quand même euh... elle travaillait à mi temps donc euh... au début à mi temps donc euh en fait euh elle était quand même euh... quand même assez souvent là... y m'en manque un... euh... chais pas maternelle (Rire) vu que c'était ma mère je sais pas... logiquement... oui aucune idée sinon... non faut qu' j'en trouve un autre ? (Rires)

Mr S : On en a déjà quatre...

Mlle X : Ouais... Bah je, j' sais pas sinon... ça fait déjà pas mal...

Mr S : D'accord, alors donc j'ai autoritaire, affectueuse, éducatif, mère très présente...

Mlle X : Ouais... (Rire) euh... Hum... euh bah pff non j' pourrais pas dire euh... non... j' sais pas...

Mr S : D'accord, alors pour autoritaire est-ce que vous pouvez me donner un souvenir spécifique pour nous donner un exemple où votre mère était autoritaire ?

Mlle X : Ah bah... tout l' temps... (Rires) euh...un exemple précis euh... un exemple précis bah... pff pas spécialement mais euh ce qu'elle nous obligeait à faire donc euh... bah elle était souvent en train d' crier et euh... et euh... bah j' sais pas j' me suis ramassée plein d' punitions donc euh... euh... un exemple précis... bah quand elle m'envoyait dans ma chambre sans manger euh pour me punir... parce que j' l'avais pas écoutée... c'était pas trop d' ma faute...

Mr S : Et vous en avez un souvenir précis ?

Mlle X : Euh oui... bon c'était, c'était quand j'étais au lycée donc euh... quand j'étais au lycée elle devait venir nous chercher quand on sortait d' la danse et puis en fait euh... et puis en fait s'est pas on s'est pas vu au rendez-vous donc quand chuis rentrée j' me suis j'me suis bien fait euh disputée... et donc euh voilà et j'devais avoir 17 ans et... et elle trouvait ça marrant d' m'envoyer dans ma chambre sans manger encore...

Mr S : Et est-ce que vous avez des souvenirs beaucoup plus précoces dans votre enfance ?

Mlle X : Euh... bah j dirais qu c'était un peu tout l'temps comme ça quoi donc euh...

Mr S : Un souvenir quand vous aviez cinq, six ans par exemple ?

Mlle X : Ouais... bah pas d' souvenir spécial en fait euh c'est plus général quoi... c'est plus général parce qu'en fait euh ouais !... les disputes que j' me rappelle ça serait plus euh celles qu'étaient rares euh... et avec elle c'était pas rare donc euh (Rires) euh... bah ça pouvait être quand j' ramenais d' mauvaises notes à l'école ou... mais euh... rien de précis... non rien d précis euh... franchement non...

Mr S : D'accord, alors pour l'adjectif affectueuse est-ce que vous avez une anecdote dans la petite enfance ?

Mlle X : Euh... bah pas précisément parce qu'en fait euh... c'est, c'est pareil c'est un trait d' caractère général donc euh... donc euh j'ai rien de spécial... j' me rappelle de... de la p'tite copine à ma sœur fin qu'on voyait tout l' temps et en fait euh pareil elle supportait pas ma mère et euh et euh un jour ma mère l'a engueulée et... et donc elle lui a tiré la langue... et euh j' me rappellerai toujours de ma mère qu'a été cafardée et qu'a fait tout un cinéma à cause de ça alors que voilà !... c'était pas son rôle...

Mr S : Et vous aviez quel âge ?

Mlle X : J'avais euh... bah moi j'étais plus âgée mais euh... j'étais p't être au collège j' devais avoir 15 ans...

Mr S : ... et dans l'enfance vous n'avez pas de souvenir précis ?

Mlle X : Bah... non mai fin ouais c'est vrai qu' c'est pas euh... non puis ouais c'est très, très général donc euh... hum...

Mr S : D'accord... Pour l'adjectif éducatif...

Mlle X : Oh bah ça tous les étés j'me tapais des... des devoirs de vacances non stop et tous les jours elle me faisait faire une dictée donc ça j m'en rappelle quoi... (Rire)

Mr S : Vous aviez quel âge ?

Mlle X : Euh quand j'étais en primaire...

Mr S : En primaire...

Mlle X : Hum à partir de la primaire donc euh ouais tous les jours j'avais l' droit à ma dictée et... et voilà et puis... j' me... ouais j' me rappelle bien quoi... j' me rappelle aussi des jours où j'me tapais une mauvaise et euh... elle venait m' chercher chez ma grand-mère et puis euh j' comptais tous les pas euh j'com donc je sais exactement combien y a de pas pour aller jusqu'à chez ma grand-mère euh sur le trottoir fin... d'un bout à l'autre de la rue... parce que j les comptais j'avais pas envie d rentrer... donc euh voilà... mais euh ouais niveau éducatif ouais euh... j m'en souviens bien...

Mr S : D'accord, et mère très présente vous avez un souvenir précis ?

Mlle X : Euh... non mais bah elle venait elle nous emmenait à l'école elle venait nous chercher... donc à part donc elle était elle travaillait pas l' matin... donc euh... si j me souviens d'elle qui venait m chercher à l'école... et puis euh... et puis le midi elle nous posait chez ma grand-mère et euh fin après manger et puis elle venait nous rechercher euh... Ah si autoritaire j'me rappelle !... Parce qu'en fait quand j'étais petite (Rires) euh puis encore maintenant chuis assez difficile et en fait euh j' mangeais pas grand-chose... j'vomissais tout l' temps et euh... et en fait quand euh quand j'aimais pas quelque chose elle me forçait à l' manger à tout prix... mais euh c'était pas très diversifié l'alimentation chez nous donc maintenant y a plein d' trucs que j'aime que maintenant... et euh... et en fait elle me forçait à manger les choses que j'aimais vraiment pas... et euh elle me disait que si j finissais pas en fait euh... mon voisin il est handicapé elle m'emmènerait mon assiette chez le voisin et qu' j'irai la manger chez lui... et donc j' me forçais et j'finissais en vomissant au dessus des toilettes euh... ça j' m'en rappelle...

Mr S : D'accord, c'est un exemple précis ou c'est plusieurs exemples ?

Mlle X : Euh... c'est plusieurs ouais... ça arrivait ça arrivait assez souvent quoi... j'ai pas d'exemple d'aliments précis mais euh...

Mr S : D'accord et pour mère très présente ?

Mlle X : Bah je... pff j me rappelle quand euh fin j'ai des souvenirs quand elle venait m' chercher à l'école primaire euh le midi quoi mais euh... et puis tous les soirs... mais euh c'est tout ce que j peux dire euh... ouais...

Mr S : D'accord, bien. Alors de la même manière est-ce que vous pourriez me décrire en cinq adjectifs la relation que vous aviez avec votre père ?

Mlle X : Hum, hum... euh... donc c'était euh très affectueux... j dirais... euh... des fois autoritaire mais quand y fallait hein... donc euh... euh... sportif... parce que comme il était très sportif euh fallait suivre... euh... bah lui il était euh assez peu présent en fait... ça on peut le mettre aussi... et euh... euh... bah c'était euh... c'était plus profond en fait euh quand on avait des discussions c'était intéressant quoi c'était une vraie relation pas comme avec ma mère... avec ma mère j'ai rarement eu de vraies relations en tout cas dans mon enfance et euh donc euh ouais !... voilà... j' dirais ça en dernier mais j'sais pas comment on peut dire...

Mr S : Donc des échanges profonds ?

Mlle X : Oui j dirais plus... plus intéressants plus riches quoi...

Mr S : d'accord, très bien. Alors pour très affectueux est-ce que vous avez une anecdote précise dans la petite enfance toujours ?

Mlle X : Euh... non précis non en fait c'était, c'était général quoi donc euh... j crois que même quand j'avais 17 ans j continuais à monter sur ses genoux et, et à aller lui faire des câlin donc euh... depuis toujours... après euh après j'ai un souvenir en fait euh quand j'étais petite donc j'étais un p'tit peu malade et euh j partais en cure euh à La Bourbouille c'était pas forcément facile pour mes parents de prendre trois semaines de congés... et euh y a une année où euh... en fait y z ont fait à tour de rôle avec ma mère et mon père est resté une semaine avec moi... et euh j'ai des souvenirs euh j'ai quelques souvenirs précis de ce qu'on a fait ensemble alors que euh... que les autres années pas du tout et avec ma mère pas du tout quoi... donc euh voilà !...

Mr S : D'accord, pour parfois autoritaire vous avez un souvenir précis ?

Mlle X : Ah oui ! Bah j me rappelle d'une baffe (Rires) donc voilà un jour j'ai cassé quelque chose et j me suis pris une baffe (Rire) mais j l'avais bien méritée (Rire) donc euh voilà !... mais euh ouais ! Des fois il était pas forcément tendre hein mais... donc j me rappelle de cette baffe précisément... et euh... et voilà... mais j devais être petite hein... pour l'âge euh...

Mr S : Vous aviez quel âge ?

Mlle X : J'étais en primaire voire euh moins... j pense... hum...

Mr S : D'accord, et vous vous rappelez de la situation ?

Mlle X : Oui j me rappelle quel vase euh j'ai cassé... en fait euh c'est ma mère elle aime bien les babioles donc elle avait mis un vase euh devant les livres euh devant les livres d'enfants... qui étaient rangés impeccablement dans la bibliothèque... donc j'ai pris un livre et j'ai fait tomber euh... j'ai fait tomber le vase... voilà...

Mr S : D'accord, sportif, il fallait le suivre vous m'avez dit...

Mlle X : Bah il avait fait des marathons en fait donc euh voilà... des triatlons fin tout quoi... et donc en fait euh le week-end euh bah l week-end généralement on il en profitait pour faire du vélo

pour courir donc euh... donc on l suivait pour ses courses fin pas tout l temps même rarement puisqu'il allait avec ses amis mais j me souviens donc on le suivait pour des triathlons marathon jamais fait... euh triathlon course à pieds euh... courir avec lui aussi pace que euh... au lycée j me débrouillais pas mal en course donc euh donc euh ça nous arrivait quelque fois d'aller courir ensemble... et puis euh et puis quand j'étais toute petite euh tous les dimanches j'avais la p'tite ballade euh à pieds... donc voilà...

Mr S : Donc vous vous rappelez précisément d'une journée, par exemple d'une journée particulière ?

Mlle X : Pas une journée précise mais euh mais c'était assez souvent comme ça donc le dimanche après le repas de famille chez ma grand-mère par exemple et euh... et euh bah j me souviens d la ballade parce que c'était toujours la même euh... donc en fait euh dans mon village y a beaucoup d trains... une grosse gare... et donc en fait euh quand on passait euh on passait le long de la voie ferrée on faisait un tour par là donc j me souviens au dessus du pont quand on voyait des locomotives on faisait coucou pour que pour qu'elles klaxonnent euh... des trucs comme ça... c'est pas une ballade précise mais euh... c'est un peu tout le temps...

Mr S : D'accord, bien. Alors pour l'adjectif peu présent...

Mlle X : Euh bah en fait son travail lui prenait lui prenait beaucoup de temps donc voilà y partait à sept heures le matin et y rentrait à sept heures le soir... et euh le midi bah il avait une heure pour manger et euh... donc on mangeait vite puis après on allait chez ma grand-mère donc euh boire le café là bas... fin... oui peu présent euh c'est au niveau du temps pas au niveau... du reste... c'est que euh... c'est que au niveau du temps... donc voilà... après euh non j' me souviens qu'le soir on l'attendait souvent quoi... surtout s'il allait courir après...

Mr S : D'accord, et vous avez un souvenir d'échange profond ?

Mlle X : Hum, hum...

Mr S : Donc un souvenir précis ?

Mlle X : Euh ouais...

Mr S : Dans votre enfance ?

Mlle X : Hum... bah c'est p't être plus tardif mais euh... au collège j' me suis euh... j'ai dû m disputer encore une fois avec ma mère... et en fait euh j' me souviens d' mon papa qu'était venu m' voir qui m'avait réconfortée et euh donc ça avait dû être assez violent quand même cette fois là j' m'en je sais pas pour quoi c'était... et euh qu'était venu dans ma chambre et qui m'avait dit euh qui m'aimait et euh voilà... voilà puis on avait plus de discussions euh de... euh fin... où y s'intéressait plus à ce que je ressentais où à ma vie quoi... c'est plus le lycée ça...

Mr S : D'accord, mais dans l'enfance pas de souvenirs particuliers ?

Mlle X : Bah... quand j'étais petite non... fin si quand j' me plaignais y m disant qu' c'était dur quand la vie d'enfant... voilà...

Mr S : D'accord, et de quel parent vous sentiez vous la plus proche ?

Mlle X : Mon père !...

Mr S : Oui, et pourquoi n'aviez vous pas les mêmes sentiments à l'égard de votre mère ?

Mlle X : Parce que z' ont pas du tout l' même caractère... y sont complètement opposés... donc voilà...

Mr S : A quels niveaux ?

Mlle X : Euh... bah à tous les niveaux quoi... (Rires) y sont extrêmement opposés sur tout donc euh c'était l' jour et la nuit... voilà...

Mr S : D'accord, alors quand vous étiez troublée, bouleversée lors d'une perturbation émotionnelle, qu'est-ce que vous faisiez ?

Mlle X : ...Hum... bah j' pense que j' m'enfermais dans ma chambre... puis voilà... j'étais un peu euh fin j'étais bien quand j'étais tranquille toute seule donc euh donc oui j' pense que je devais m'enfermer dans ma chambre et puis voilà...

Mr S : D'accord, y a-t-il des évènements spécifiques auxquels vous pensez à ce sujet ?

Mlle X : Non... non j'ai eu une enfance euh... pas eu de grands, grands malheurs donc euh j' pourrais pas dire quoi... au pire une contrariété parce que ma mère m'interdisait de sortir ou quelque chose comme ça donc c'était pas... c'est pas c'était pas la cata non plus...

Mr S : D'accord, et lors d'une blessure ou d'une douleur physique comment vous réagissiez qu'est-ce que vous faisiez ?

Mlle X : Hum... euh pff... je sais pas du tout... j'ai rien en tête parce que j'ai jamais euh j'ai jamais été hospitalisée ou quoique ce soit quand j'étais petite donc euh puis encore après... donc j' peux pas dire euh... mais j' pense que j'étais bien du style à me plaindre... pas mal...

Mr S : A vous plaindre...

Mlle X : Ouais...

Mr S : Donc vous alliez vers l'extérieur...

Mlle X : Ouais...

Mr S : Vers qui vous alliez ?

Mlle X : Bah j' pense vers mes parents quoi... mais euh... j'ai rien fin j'ai pas d'exemple précis euh...

Mr S : Oui, vous ne vous souvenez pas...

Mlle X : Non...

Mr S : D'accord, et quand vous étiez malade qu'est-ce qui se passait ?

Mlle X : Hum... bah j'étais rarement malade... j' crois qu' j'ai rarement manqué l'école... et euh... donc euh ouais c'était pas c'était pas très souvent... donc euh j'ai pas beaucoup de souvenirs...

Mr S : D'accord, alors quelle est la première séparation dont vous vous souvenez ?

Mlle X : (Silence) bah ça devait être... ça devait être ma première colonie d' vacances en fait...

Mr S : Oui... Vous aviez quel âge ?

Mlle X : Hum... j'étais jeune j'avais peut être huit ans... huit dix ans... mais euh j' devais p't être en CE2, CM1... CM1 p't être... et euh en fait euh bah c'était encore euh c'était un été où j' devais partir à la Bourboule et euh et donc mes parents m'avaient mis en colo parce que au bout d' la quatrième année c'était un peu long (Rire) et déjà qu moi j'aimais pas trop la ville alors eux (Rire) j'imagine... donc voilà...

Mr S : Et comment vous réagissiez alors ? Comment est-ce que vous avez réagi ?

Mlle X : Hum... bah au début c'était un peu d'appréhension l' premier jour pour euh pour se faire des amis puis arriver dans un endroit qu'on connaît pas et en fait euh je j'étais à un âge euh qui était intermédiaire entre deux... deux groupes d'enfants... donc en fait on m'a on m'avait demandé de choisir et j'avais été avec les plus jeunes parce que j' me sentais plus rassurée qu'avec euh ceux qu'avaient mon âge ou plus... donc voilà et après bah pas trop d' souvenirs des vacances... sauf que en petite fille gâtée euh mes grands-parents paternels euh comme on était les seuls petits enfants sont venus me voir là bas... donc voilà j'avais d' la chance (Rires) et euh j' me rappelle par contre très bien du dernier jour... parce que en fait euh donc euh on avait envoyé des lettres à nos parents et euh et dans la colo y z 'avaient mis une feuille à l'intérieur en disant aux parent qu' ça servait à rien d' venir dès l'matin qui fallait venir chercher les enfants qu'l'après midi... et mes parents avant d' recevoir la lettre m'avaient dit qui venaient l' matin et c'est vrai qu' j'avais euh j' me rappelle avoir angoissé... et j' pense que c'était assez souvent... euh quand mes parents arrivaient en retard même après quand j'étais petite euh d'être euh d'être angoissée de les perdre et euh qui soit arrivé quelque chose... donc voilà mais ça j' m'en souviens bien...

Mr S : D'accord, et il y a eu d'autres séparations dont vous vous rappelez ?

Mlle X : Euh... non bah celle-là c'était la première... l'année d'après chuis partie en vacances mais euh avec une copine de classe donc euh pff c'est pas très... non et après de toute façon euh quand j'étais euh... j' me rappelle très bien quand j'étais en CM2 j' prenais mon vélo j' partais toute seule j' partais loin... mes parent y z avaient rien à m'dire quoi... j'étais pas trop... j'étais quand même assez téméraire... ça m' posait pas de problème...

Mr S : d'accord, c'était à quel âge où vous partiez toute seule ?

Mlle X : En CM1 CM2... pareil dans ces âges ouais...

Mr S : D'accord, et est-ce que vous vous êtes sentie rejetée comme enfant ?

Mlle X : Euh... pff... pas par mon père déjà c'est sur... euh par ma mère ouais... mais après je sais pas si euh... les dernières années où j'ai vécu là joue pas sur le fait que... sur ce que je pense maintenant... mais euh... ouais j' pense quand j'étais petite par ma mère...

Mr S : Donc vous aviez quel âge ?

Mlle X : Euh pff... chais pas collègue voire primaire...

Mr S : D'accord, et qu'est-ce que vous ressentiez précisément ?

Mlle X : ...Hum... Bah pff... c'était surtout euh p't être de la jalousie parce que ma p'tite sœur était très euh... très couvée... et donc en fait euh tout ce qui z'ont fait pour ma fin... tout ce que ma mère surtout a fait pour tout pour ma p'tite sœur euh moi j'y ai jamais eu droit quoi... j' me suis souvent débrouillée toute seule déjà quand j'étais petite donc voilà et puis fin bon j'étais pas jalouse de ma sœur mais euh c'était un peu un peu d' l'injustice ouais j' pense... et euh... et voilà et puis euh des fois d' la c' des fois d' la colère de... parce que notre euh... nous faisait bien ressentir qu' on était des enfants et qu' on n'avait pas à décider ni à ni à ressentir quoique ce soit quoi que c'était elle qui décidait pour nous...

Mr S : D'accord, et quand vous aviez réagi ?

Mlle X : Hum... Bah je sais pas quand j'étais plus jeune mais maintenant euh... j' pense que c'était pareil quand j' réagi euh je crie quoi... j' crie et j' peux pas m'empêcher d' dire ce que j' pense donc euh généralement ça aggrave la situation... mais j' me gêne pas pour dire quoi...

Mr S : D'accord, et pourquoi votre mère avait cette attitude, pensez-vous ?

Mlle X : Euh... bah d'après ma grand-mère maternelle en fait euh mon grand-père paternel était pareil... donc voilà... donc ce serait ça pourrait être l'explication... (Rire)

Mr S : Et est-ce que votre mère réalisait qu'elle vous rejetait,

Mlle X : ...Non j' pense pas qu'elle réalise et puis euh encore maintenant fin bon d'après ce que je vois maintenant elle euh... en fait elle est complètement euh... elle est complètement dans l' déni... donc en fait euh... quoiqu'on lui dise euh déjà elle aura toujours raison et en fait elle nous... elle racontera euh... elle racontera l' contraire c'est ce qui fait du mal des fois quoi... parce que euh parce qu'elle nous rejette puis à côté elle va dire « oh bah non euh c'est pas vrai quoi ! »... donc euh... en gros c'est nous qui fuyons euh de nous même...

Mr S : D'accord... Alors autrement est-ce qu'il y a des souvenirs de menace d'abandon ou d'éloignement dans la famille ?

Mlle X : ...Euh bah depuis qu'on est petite ma mère nous a toujours dit qu'elle allait nous mettre dans un, un pensionnat... donc voilà (Rires) dès qu'y avait quelque chose qu'allait pas fin surtout moi pas ma sœur mais bon voilà... donc le pensionnat et puis euh... et puis pff... ça a continué jusqu'à maintenant donc euh donc maintenant c'est j' vais changer les serrures et vous reviendrez plus...

Mr S : D'accord, donc il arrivait que votre mère vous menace pour la discipline...

Mlle X : Hum... Hum, hum... Hum, hum... oui...

Mr S: D'accord.

Mlle X: De pensionnat de pas nous donner à manger euh donc elle nous privait de repas de... euh... pff... de nous envoyer chez le voisin manger nos plats... euh hum... oui fin c'est ce que je me souviens...

Mr S : C'était fréquent dans votre enfance ?

Mlle X : Ah ouais, ouais, ouais... ouais (Rire)

Mr S : D'accord et de la part de votre père...

Mlle X : Non (Rire)

Mr S : D'accord, et il n'y a pas eu de mauvais traitements physiques ?

Mlle X : Non bon on s'est reçu des baffes mais comme tout le monde quoi... puis euh tant mieux... hum...

Mr S : D'accord, alors est-ce que vous vous sentez affectée comme adulte par cette expérience ?

Mlle X : Oui...

Mr S : Oui...

Mlle X : Hum, hum...

Mr S : Donc vous avez la sensation que cela affecte vos attitudes avec votre entourage actuellement ou ?

Mlle X : Euh pff... ouais c'est possible ouais...

Mr S : D'accord. Alors est-ce que vous étiez une enfant inquiète préoccupée ?

Mlle X : (Silence) non pas trop... j' pense pas... y m'semble pas...

Mr S : D'accord...

Mlle X : ...Pas tout le temps quoi (Rires) pas souvent...

Mr S : D'accord, alors donc est-ce que vous pensez que toutes ces expériences infantiles ont un effet sur votre personnalité adulte actuelle ?

Mlle X: Hum, hum...

Mr S: Oui...

Mlle X : Oui...

Mr S : Et donc est-ce que vous avez souvenir de quelques expériences ayant influencé négativement le développement de cette personnalité ?

Mlle X : ...Non mais j' pense que euh... avec ma sœur euh la pire insulte euh quand on en a vraiment marre l'une de l'autre c'est euh... bah là t'es en train d ressembler à ta mère donc euh voilà... donc j' pense que euh... j' pense que des fin sans nous en rendre compte ou des fois en nous en en nous en rendant compte... on évite euh quand on voit qu'on a qu'on a le même caractère d' qu'elle on... on recadre direct et puis on évite euh... on évite de devenir pareil quoi... donc voilà... mais... donc j' pense que ça joue d' manière générale sur tout euh sur tout notre comportement quoi...

Mr S : D'accord, et est-ce que vous comprenez l'attitude de vos parents durant votre enfance ?

Mlle X : ...Euh bah d'ma mère non... mon père euh bah oui fin...

Mr S : D'accord.

Mlle X : Ouais tant mieux... mais euh non ma mère y a des fois non j' comprends pas tout et puis euh et puis j'ai arrêté d'essayer d' comprendre quoi... parce que parce qu'après on en vient à s' demander pourquoi elle a voulu des enfants et euh... et voilà quoi...

Mr S : Hum, hum... D'accord, et est-ce qu'il y a eu d'autres adultes qui vous ont été proches durant votre enfance ?

Mlle X : Hum bah ma grand-mère... fin d' t' façon m ma grand-mère maternelle donc bah elle était très proche parce qu'elle nous gardait l'après midi... euh proche dans le sens où c'était comme une euh une seconde mère donc en fait elle était aussi euh c'était pas que les bons côtés elle était aussi autoritaire fin... mais bon y avait pas d' soucis puis on est resté on a gardé des rapports très, très proches... euh... mes autres grands-parents paternels en fait euh... on les voyait moins souvent... et euh... bah en fait j'étais euh j'étais très proche aussi d' ma d' ma famille paternelle donc j'ai deux tantes... une qui vit en concubinage avec euh quelqu'un qui est comme si c'était mon oncle j' l'ai toujours connu... et donc mes deux grands-parents et en fait on est on était les seuls petits enfants donc on a des rappro des rapports euh... qui étaient à l'époque euh... fin on était très proche d'eux parce qu'en plus on les voyait rarement... et euh et ça a continué comme ça donc euh... donc du fait qu'on est qu'on était seul et qu'on s voit moins à cause de la distance donc euh... on était pourri gâté ça c'est sur... p't être un peu trop mais euh... mais du coup euh... bah ma mère était assez contente de s débarrasser un peu d nous euh une semaine ou deux pendant les vacances d'été... et euh et mes tantes s'occupaient tout l temps d nous quoi... dans ces cas là...

Mr S : D'accord, oui vous étiez souvent chez elles...

Mlle X : Bah pendant les vacances d'été on était bah en fait mes tantes euh venaient chez mes grands-parents une de mes tantes habitait chez mes grands-parents... donc en fait euh...

Mr S : Elles avaient des responsabilités éducatives vous concernant ?

Mlle X : Euh ouais elles sont elles sont profs de maths... donc en fait euh ma tante euh qui elle était célibataire à l'époque et qui euh venait pendant les vacances chez mes grands-parents euh donc euh oui elle nous faisait faire des exercices de math le matin... bon assez souvent quoi (Rire) pareil...

Mr S : D'accord, et pourquoi étaient-ils importants pour vous ? Que ce soit votre grand-mère, vos tantes...

Mlle X : ...Euh... bah en f bah pff... c'est pareil c'est encore maintenant elles sont très proches donc c'est p't être ça aussi qui joue... c'est p't être plus euh maintenant que j' le réalise... que avant en fait... parce que euh enfin avant quand on est p'tit on n'a pas forcément de point de vue euh... très objectif et c'est vrai que euh moi j'ai une mère qui euh... qui critique tout l' monde sans cesse... donc encore pire sa belle famille mais déjà sa famille elle s'entend pas avec... donc c'est vrai qu des fois j'avais des points de vue euh c'est j'ai déjà sorti au frère de ma mère qu'il était avare alors qui nous invitait au resto parce que j'avais entendu ma mère le dire quoi... donc euh maintenant quand j'y repense euh... et euh... et donc voilà et donc c'est vrai que ma mère était pas forcément sympa avec mes tantes et mes grands-parents... et c'est maintenant que j' me rends compte que c'est des gens euh qu'étaient formidables et euh... et donc voilà ! Qui nous aimaient euh qui nous aimaient vraiment beaucoup quoi...

Mr S : d'accord, autrement il n'y a pas eu de proches mais qui ne soient pas de votre parenté ?

Mlle X : Hum...

Mr S : Des personnes à qui vous étiez très attachées ?

Mlle X : Bah j'ai grandi euh... fin bon maintenant c'est plus pareil quoi mais j'ai grandi avec un garçon en fait ma grand-mère était nounou... fin elle nous gardait nous et elle gardait euh un garçon qu'avait cinq ans de plus que moi... donc que j voyais vraiment tout le temps et euh... et en fait y a les amis de mes parents parce que mes parents en fait tous les week-ends donc y nous emmenaient avec eux... euh donc euh... y faisaient du sport avec leurs amis... et donc euh y a ces gens là... qui avaient euh... des enfants euh qui étaient proches de nos âges avec ma sœur donc avec qui euh... j' continuais à m'entendre très bien et qui sont très proches aussi...

Mr S : D'accord, alors ensuite est-ce que vous avez perdu un parent ou d'autres proches durant votre enfance ?

Mlle X : ...Euh bon ça va jusqu'ou l'enfance ? Jusqu'à quel âge ? (Rire)

Mr S : Ca dépend à quel âge avez vous perdu cette personne de votre entourage ?

Mlle X : Donc alors en fait on va faire dans l'ordre en 92 donc j'ai perdu mon grand-père paternel... maternel pardon...

Mr S : Donc vous aviez quel âge ?

Mlle X : J'avais 12 ans...

Mr S : 12 ans ...

Mlle X: Donc voilà après euh quand euh j'étais euh... quand j'étais en seconde j'ai perdu euh une amie dans un accident d voiture euh qu'était au collège avec moi... mais bon euh... la vie avait fait que déjà au lycée fin les chemins s'étaient un peu séparés... mais euh c'était la première fois que ch perdais quelqu'un de mon âge en fait fin... voilà... les grands-parents c'est pas pareil je pense... fin c'est pas pareil... donc voilà... quand j'ai eu 19 ans en fait j'ai perdu mon papa... et euh quand j'ai eu euh bah tout de suite après... 20 ans... 20 ou 21 j'ai perdu mes deux grands-parents à un mois paternel à un mois d'écart...

Mr S : D'accord, alors à l'âge de 12 ans comment est-ce que vous avez réagi à la perte de votre grand-mère maternelle ?

Mlle X : Grand-père paternel... maternel ouais grand-père maternel...

Mr S: Grand-père maternel...

Mlle X: Voilà !... Euh bah... j'ai pleuré en fait mais euh... bah maintenant ça m' paraît pas... c'est vrai qu'il était dur fin comme ma mère... un peu donc voilà... mais euh j me rappelle plus trop... j'ai pleuré c'est sur... je me rappelle de quand on de quand on nous l'a annoncé en fait... quand ça s'est passé exactement... mais euh mais voilà...

Mr S : Vous avez des souvenirs de funérailles ?

Mlle X : Hum, hum... bah j'ai des souvenirs du jour où fin de quand on l'a su en fait... parce qu'on était bah justement on était parti pour un week-end chez mes grands-parents paternels et donc en fait j'me rappelle pendant la nuit euh donc euh qu'on a appelé ma mère que mes parents sont partis pour repartir à l'hôpital... et qu' justement ma tante euh la sœur de mon père s'est occupée d'

nous... donc euh j' me souviens très bien d' ça... j' me souviens chez ma grand-mère en fait parce qu'elle avait voulu que le corps euh soit installé chez elle... donc euh j' me souviens de la pièce où c'était je me souviens du curé qu'était un ami de la famille c'était un jeune... euh j' me souviens de lui à la maison... euh... pas des funérailles euh proprement dites mais je me souviens de la journée quoi...

Mr S : D'accord, et est-ce que vous pensez que ce décès a eu un effet sur votre personnalité d'adulte ?

Mlle X : Non je pense pas...

Mr S : Non...

Mlle X : Non...

Mr S : D'accord... et ensuite donc pour votre père vous l'avez perdu à 19 ans...

Mlle X : Hum, hum...

Mr S : donc dans quelles circonstances ?

Mlle X : Euh il a été malade il a eu un cancer du colon... et en fait euh... en fait euh ils l'ont découvert très tard... donc euh parce que parce que comme y faisait du sport euh les premiers signes on les a mis beaucoup sur le compte du sport... et donc en fait euh... on l'a su au mois de décembre et il est mort au mois de mai...

Mr S : D'accord, et comment vous avez réagi à l'époque ?

Mlle X : Bah très mal... très mal... donc euh donc voilà en fait j' pense fin quand vous me demandiez si j'avais euh si j'avais peur de perdre c'est vrai qu' euh la seule perte que fin j' m'en rappelle après parce que ça m'a marqué mais euh quand j' faisais des cauchemars quand j'étais petite c'est vrai que j'avais très peur de perdre mon papa quoi... je pensais que c'était euh c'était vraiment la chose euh la pire qui pouvait m'arriver et euh et c'est un peu arrivé (Rire) donc voilà... et euh ouais bah j'ai réagi très mal... donc c'est là que j'ai commencé à avoir de l'eczéma le jour où il a été malade... et en fait euh... bah en fait les, les, les pre fin les premiers temps où il a été malade je jusqu'à la veille jusqu'à sa mort en fait j'ai pas j'ai pas réagi parce que... c'était la première fois qu' euh je savais pas ce que c'était qu'un cancer je savais pas que c'était aussi grave je savais pas... je me rendais pas compte quoi...

Mr S : d'accord, et actuellement vous ressentez toujours...

Mlle X : Hum, hum (Silence)

Mr S : D'accord, est-ce que ce décès a eu un effet sur votre mère ?

Mlle X : ...Ouais elle est devenue encore pire qu'avant... (Rire)... non disons qu'avant j' pense que mon papa tempérait son, son comportement... et en fait euh p't être que aussi j' me rends plus compte maintenant qu'elle est qu'elle est un peu folle... mais euh... ouais c'est évident que comme mon père n'était pas là pour tempérer elle est euh... en fait euh... pour elle c'est le plus grand malheur euh qui puisse arriver euh même les gamins qui meurent de famine en Afrique euh... c'est pas pire... donc en fait tout le monde lui doit le respect à cause de ça euh... je pense qu'elle a perdu beaucoup d'amis à ce moment là parce que tout le monde euh... elle n'appelait personne... elle se plaignait tout le temps... elle critiquait tout le monde que personne l'appelait que personne

s'occupait d'elle mais en fait euh mais tout le monde devait l'appeler parce que c'était pas à elle de le faire et ça a duré des années comme ça quoi... donc euh voilà...

Mr S : D'accord, et le décès de votre père a eu un effet sur votre personnalité d'adulte ?

Mlle X : Bah j pense ouais... Hum... Ouais... Lequel euh ?... Euh j' sais pas ouais fin pff (Silence) ouais (Rire) mais j' pense que c'est un peu aussi euh le moment où j' suis sortie de l'enfance donc après euh est-ce que j'ai gagné en maturité à cause de ça ? Ou est-ce que de toute façon ça serait arrivé un jour euh ?... bon j' pense pas j' pense que j'ai été obligée de m' débrouiller donc euh... donc voilà...

Mr S : D'accord, alors est-il survenu beaucoup de changements dans votre relation avec vos parents depuis l'enfance ?

Mlle X : ...Euh bah en fait euh avec ma mère oui depuis euh... euh... depuis que papa est décédé oui la relation a changé parce que moi j'ai pris euh... elle a essayé d' me pourrir la vie ça a duré quelques années et puis maintenant moi j'ai pris le large quoi... je suis partie...

Mr S : D'accord, donc actuellement vous êtes plus indépendante par rapport...

Mlle X : Bah...

Mr S : à votre situation avec votre mère ?

Mlle X : Ah bah de t' façon j'ai pas eu le choix sinon elle me foutait à la porte donc euh... donc j'ai pas vraiment eu le choix... (Rires)

Mr S : A quel âge vous êtes partie ?

Mlle X : Bah à 19 ans de t' façon j'avais déjà commencé mes études à Dijon donc euh... donc voilà... après 2000 euh... en 2000 chuis partie habiter à Paris donc ça m'a fait du bien j'en avais besoin... donc là j' rentrais plus très souvent chez moi... et puis après chuis revenue sur Dijon et euh je rentre euh rarement, rarement chez moi...

Mr S : D'accord, vous la voyez rarement...

Mlle X : Une fois tous les... tous les mois... mais je on se on... fin je l'ai au téléphone mais comme ce n'est pas à elle d'appeler c'est toujours à moi d'appeler... et si j'appelle pas elle fait la gueule... (Rire)

Mr S : D'accord, bien. Donc vous n'avez pas d'enfant ?

Mlle X : Non...

Mr S : Est-ce que vous pourriez exprimer trois désirs pour vos enfants futurs dans 20 ans ? Quelle sorte de futur vous leur souhaitez ?

Mlle X : Hum... Bah j'espère que j' serai pas comme ma mère qui z 'auront pas à supporter ça déjà... (Rire) euh... pff... ouais voilà j'espère que... qui z 'auront pas de, de problèmes euh... euh... bah de galères à trouver du boulot des études euh ces choses là quoi... qui seront heureux... (Rire) et euh... et voilà et pas et pas de problèmes de santé non plus...

Mr S : D'accord, et est-ce qu'il existe une chose particulière tirée de votre propre expérience comme enfant ? Est-ce que vous avez retiré quelque chose de particulier de votre expérience comme enfant ?

Mlle X : Hum... bah maintenant je euh fin pff... ce que ce que j' pense que je ne fais pas et que j'espère que j' ne ferais pas c'est euh c'et être matérialiste en fait... parce que euh parce que j'ai vécu avec ça euh jusqu'à maintenant et euh... et c'est quelque chose que je n' veux pas être et j'pense être quelqu'un euh de généreux à ce niveau là et qui s' fait avoir parce que euh j' me fais presque voler des fois à cause de ça (Rire) mais vraiment... donc euh voilà mais euh... parce que ouais c'est déjà arrivé... mais euh ma mère est quelqu'un de très matérialiste et euh c'est quelque chose que euh... que je n' veux pas être...

Mr S : D'accord, et qu'est-ce que vous souhaiteriez que votre enfant tire de sa relation avec ses parents donc vous-même et puis votre futur mari ?

Mlle X : (Silence) Bah pff le fait euh le fait d' pouvoir euh de pouvoir s'appuyer sur quelqu'un quoiqu'il arrive quoi... de s' reposer euh d'savoir que bah on peut s' reposer sur ses parents et euh... si besoin est... la confiance quoi...

Mr S : D'accord, très bien, et enfin en dernier est-ce que vous pourriez me parler de votre eczéma ? Donc vous l'aviez eu dès votre enfance ?

Mlle X : Hum mouais fin mon enfance en fait euh j' pense que j'avais des allergies fin qui m' donnaient d' l'eczéma... et euh j' pense pas qu' ça avait avoir fin qu' c'était l même style d'eczéma qu' maintenant... mais euh... donc voilà donc...

Mr S : Nourrisson vous l'aviez ?

Mlle X : Non, non, non... quand j'étais p'tite euh quand j'étais au collège euh voire en primaire j' pense que j'avais des plaques sur les jambes qu'ont quand j me trimbalais dans les champs donc euh... donc voilà... j'en ai eu au collège euh derrière l'oreille mais je sais pas si c'était un champignon ou de l'eczéma en fait... qui revenait par contre quand j'étais stressée... et euh et donc voilà et là après maintenant j'ai de l'eczéma depuis euh depuis qu j'ai 19 ans... et...

Mr S : D'accord, donc ça s'est bien réactivé au décès de votre père ?

Mlle X : Ouais... euh depuis l' jour où en fait il a été malade parce que papa m'a connu avec de l'eczéma... et euh et en fait ça s'est jamais calmé depuis j'ai jamais été une s une seule journées sans en avoir...

Mr S : D'accord...

Mlle X : Hum... voilà (Rire)

Mr S : Et comment est-ce que vous vivez les poussées d'eczéma ?

Mlle X : Euh bien... non... avant pas bien parce que j'en ai eu beaucoup, beaucoup sur tout le corps... donc là c'était vraiment euh c'était vraiment impressionnant... et en fait euh maintenant non j'le vis bien parce que euh parce que ça m' gêne pas d'en parler euh... les gens autour de moi savent que j'ai d' l'eczéma... j' le cache quand même parce que j' trouve pas ça très, très beau mais euh mais euh si j' dois l' montrer aux gens autour de moi je l' montre y a pas d' soucis... voilà... pas depuis longtemps... depuis euh depuis trois ans j' dirais trois quatre ans... pas plus même un peu moins...

Mr S : Très bien, avant c'était quelque chose de honteux pour vous ?

Mlle X : Bah non mais disons que euh j'avais pas forcément envie d' le montrer parce que j'en ai quand même un peu partout donc euh voilà... et euh... p't être que euh fin si j' l'ai toujours plus ou moins expliqué mais p't être que maintenant j'ai j'accepte l'explication de l'eczéma et donc en fait euh quand on m' demande parce que si on m' demande pourquoi j'en ai... euh ça m' gêne pas d'expliquer pourquoi j'en ai et... fin ! ce que j' pense... les raisons que j' que j'crois... (Rires) être...

Mr S : C'est-à-dire...

Mlle X : Bah d' dire que c'est psychosomatique que c'est pas une allergie que c'est pas euh... que j'ai essayé tous les traitements y m'semble et que ça s' calme pas (Rire) donc voilà... et qu'c'est dans ma tête...

Mr S : D'accord, très bien je vous remercie.

## CAS CLINIQUE PATIENTE Y 021

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, mariée et mère une fille âgée d'1 an, infirmière, qui présente une dermatite atopique dès l'âge de 4 mois avec une guérison à l'adolescence.

### RESULTATS :

	ME 021	Population standart
SECAAI	0,534	0,07 (0,488)
DETAI	-0,315	0,001 (0,457)
PREAAI	-0,378	-0,05 (0,293)
SECCA	58,8	50
cor Q SECCA	0,81	0,53
DETACA	48	50
PRECA	45,3	50
Ind.strat 2 camir	0,17	0,11
det+préoc camir	-0,31	-0,19
somatisation:	0	0,343 (0,33)
symptômes obsessionnels:	0	0,365 (0,39)
sensitivité interpersonnelle:	0,46	0,393 (0,377)
dépression:	0	0,263 (0,311)
anxiété:	0	0,259 (0,305)
hostilité:	0	0,347 (0,372)
phobies;	0	0,148 (0,233)
traits paranoïaques:	0,33	0,297 (0,355)
traits psychotiques:	0	0,1 (0,179)
symptômes divers:	0	0,306 (0,256)
GSI:	0,06	0,292 (0,245)
PST:	4	19,62 (14,16)
PSDI:	1,5	1,33 (0,285)
Anxiété état	27	40,75 (10,32)
Anxiété trait	35	45,09 (11,11)
coping problème	35	27,79 (6,78)
coping émotion	20	21,7 (5,60)
coping soutien social	23	20,2 (4,76)

## **FICHE MEDICALE**

Le père présente également une dermatite atopique associée à un asthme et des rhinites allergiques. La patiente a deux grandes sœurs (30 et 32 ans) dont une également asthmatique. Sur le plan personnel, elle présente également un asthme avec allergie aux poils de chats, lapins et aux acariens. Il s'y associe une allergie alimentaire au kiwi et une allergie au latex.

Les Ig E totales sont augmentées à 262 (normale inférieure à 120) avec des Ig E spécifiques au latex positives.

Il n'existe actuellement plus de lésion résiduelle.

Dans l'enfance, les zones anatomiques touchées étaient le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. Le visage était épargné.

Les éléments déclenchants exprimés sont surtout le stress, notamment lors de l'adolescence avec une recrudescence des crises à cette période avant la guérison vers l'âge de 16 ans.

L'auto questionnaire anamnestique ne montre pas d'évènement marquant particulier. La patiente s'est mariée à l'âge de 22 ans, avec naissance d'une fille, actuellement âgée de un an. Le questionnaire de santé GHQ-28 (GOLDBERG) ne montre pas de modification récente de l'état de santé qui aurait pu influencer les résultats des tests.

## **ENTRETIEN D'ATTACHEMENT**

Le contact est aisé avec une légère réserve naturelle de la patiente. Le discours est modérément fluide mais avec une bonne distance émotionnelle.

Les adjectifs qualifiant la relation à la mère sont : *complice, sincère, non autoritaire, confiance, beaucoup de discussions intéressantes.*

La relation était plus proche avec la mère mais en privilégiant la notion de discussions et conseils apportés par celle-ci au détriment de thèmes affectifs.

La mère est sollicitée spontanément en cas de perturbation émotionnelle.

La relation au père est plus distante, décrite avec les qualificatifs suivants : *absence de discussion, pas d'autorité, moyennement impliqué.*

Les souvenirs précis associés ne sont pas d'un accès immédiat mais restent secondairement exprimés pour la majeure partie.

Les premières séparations (colonies de vacances) sont bien vécues. Il n'y a pas eu de sensation de rejet familial.

Les expériences de l'enfance sont reconnues comme agissantes et sont utilisées dans la vie adulte.

L'absence du père est déplorée et semble avoir été palliée par la relation à la mère, mais également avec le grand père paternel.

La seule situation de deuil connue (arrière grand-mère) semble s'être bien passée.

Les souhaits pour sa fille sont : *réussite professionnelle, bons rapports avec la mère, heureuse et épanouie.*

Les items affectifs sont donc peu évoqués.

Il n'existe pas de ressentiment par rapport aux parents, notamment au père absent, avec qui la relation est devenue plus proche par la suite.

La patiente exprime une préoccupation concernant le fait de bien remplir son rôle de mère comme l'a fait sa propre mère.

Il existe peu de souvenirs concernant le vécu de la dermatite atopique, contrairement à l'asthme, beaucoup plus angoissant.

La sensation clinique de l'entretien est celle d'une personne sécurisée mais avec une mise à distance notable des affects, une difficulté à parler de son symptôme cutané et à élaborer un sens à celui-ci.

Les sujets abordés sont peu variés, et l'introspection encore difficile. Les capacités réflexives apparaissent exactes mais incomplètes avec des restrictions notamment dans le domaine affectif.

## **EDICODE**

Les scores de fluidité (3.06), réflexion (2.85) et authenticité (3.93) sont bas par rapport aux scores de cohérence (5.47) et d'adéquation (5.87).

Le profil s'apparente nettement à celui du prototype détaché. Ceci confirme la sensation d'exclusion défensive des affects donnés par l'entretien d'attachement.

Par contre l'aspect sécure de l'entretien ne transparaît pas à l'édicode en raison d'un score de fluidité et de réflexion trop bas.

Il est à noter que les prototypes - sécure et détaché – sont parfois proches dans les appréciations des tests d'attachement, notamment en raison de réponses « normalisées » des sujets détachés, et que l'édicode n'est qu'une évaluation sur une échelle visuelle avec source de variation dans la valeur dimensionnelle donnée.

## **Q.SORT de KOBAK**

La patiente est clairement corrélée avec le prototype sécure ( $r = 0.534$  ;  $p = 0.000$ ) avec une corrélation négative concernant le prototype détaché ( $r = - 0.315$  ;  $p = 0.001$ ) et préoccupé ( $r = - 0.378$  ;  $p = 0.000$ ).

Les trois corrélations sont nettement significatives.

Par rapport à la population standart de *PIERREHUMBERT*, la patiente est plus sécure (à environ 1 écart-type), moins détachée, moins préoccupée (1 écart type).

Comme dans l'observation précédente, ce test ne montre pas les mécanismes de détachement qui sont évoqués à l'entretien et à l'édicode.

## **CAMIR**

Le score Q en format T est élevé pour le prototype sécure (58.8) mais à moins d'un écart type par rapport à la population témoin. Le score Q de sécurité est de 0,81, témoignant d'une sécurité élevée selon les chiffres de *PIERREHUMBERT 1996*.

Les scores concernant le prototype détaché (48) et préoccupé (45) sont légèrement abaissés. L'indice de stratégie secondaire est de 0,17, soit d'ordre détaché. Le cumul d'insécurité de la patiente (-0,31) est inférieur à celui de son groupe (-0,074) et de la population standart (0,51).

A l'étude des échelles, le score de rancune de rejet traduisant un état d'esprit détaché, est significativement abaissé (38.5). Nous pouvons rapprocher ceci au fait que l'absence du père n'a pas été associée à une intention de rejet de la part de celui-ci, avec une compréhension secondaire exprimée par la patiente. Ceci a peut-être été un facteur de sécurisation pour la patiente ne laissant pas ses mécanismes de détachement devenir les mécanismes comportementaux prédominants. Les autres échelles ne présentent pas de variation significative.

Une catégorisation de patiente sécure peut être faite sur ce test.

## **TEST DE BARTHOLOMEW**

La patiente choisit la stratégie relationnelle sécure.

Les scores dimensionnels sont en adéquation avec le choix catégoriel (sécure = 5 ; détaché = 3 ; préoccupé = 2 ; désorganisé = 4).

### **SCL90 :**

Les scores sont à 0, sauf pour la sensibilité interpersonnelle et les traits paranoïaques dont les résultats sont comparables avec la population témoin. Notons le score nul pour la somatisation et les symptômes divers, ainsi qu'un score inférieur de 1 écart-type pour la gravité globale et la diversité des symptômes.

Ces résultats sont évocateurs d'une bonne « robustesse » sur le plan psychopathologique de cette patiente.

### **STAIY :**

L'anxiété état est inférieur (1 écart-type) au score de la population standard, ainsi que l'anxiété trait (presque 1 écart-type).

### **WCC :**

Le coping centré sur le problème est augmenté (1 écart-type) par rapport à la population standard.

### **Conclusion**

La catégorisation sécuritaire peut être affirmée pour cette patiente avec des résultats concordant entre l'impression clinique faisant suite à l'entretien d'attachement, les résultats au Q.SORT de *KOBAK*, *CAMIR* et *BARTHOLOMEW*.

Seul l'édicode montre un profil détaché. Les stratégies de détachement sont probables chez cette patiente mais non prédominantes.

La dermatite atopique semble être perçue par la patiente comme un accident de parcours dont elle ne peut pas dire grand-chose.

Il est probable qu'il existe une difficulté réflexive rendant difficile l'introspection, l'analyse des souvenirs et la mise en sens.

Il est possible également que la dermatite atopique n'ait pas eu de répercussion importante, notamment au niveau de la qualité de vie. Cette répercussion semble beaucoup moins importante que les crises d'asthme qu'elle continue de présenter et qui ont un caractère angoissant pour elle.

Paradoxalement, la patiente parle très peu de cet asthme encore actuel même lorsqu'elle est interrogée à ce sujet après l'interview.

La mise à distance du symptôme eczéma semble être bien un mécanisme défensif, plus que la résultante de l'oubli lié à la guérison de la dermatite atopique ; le même mécanisme étant observé pour l'asthme qui lui est encore actuel. Ce mécanisme est le reflet d'un fonctionnement plus général expliquant la « robustesse » de cette patiente au niveau psychopathologique observé sur les tests, avec participation importante des stratégies de détachement.

**A .A .I. patiente Y 021 :**

Mr S : Alors est-ce que vous pouvez me décrire votre situation familiale pendant l'enfance ? Où vivait votre famille ? Quelle était l'activité de vos parents ?

Mme Y : Alors on vivait on vit dans un p'tit village euh... à 80 kilomètres de Dijon... euh... mon père travaillait euh... parce qu'il est en retraite là depuis un an... donc à l'usine de Vénaray les Laumes... et puis... ma maman était mère au foyer...

Mr S : D'accord... Et donc vous aviez des frères et sœurs ?

Mme Y : Oui... j'ai deux sœurs... deux grandes sœurs... qui ont 30 et... 32 ans...

Mr S : D'accord, et vous avez connu vos grands-parents ?

Mme Y : Oui... j'ai encore mes quatre grands-parents...

Mr S : D'accord, et ils vivaient avec vous à l'époque ?

Mme Y : Dans l' même village mais pas... pas à la maison...

Mr S : D'accord... Est-ce qu'il y avait d'autres personnes qui vivaient sous votre toit ?

Mme Y : Non... Non... On était cinq...

Mr S : Et actuellement votre famille vit toujours dans la même région ?

Mme Y : Toujours... toujours dans la même région...

Mr S : D'accord, et vos sœurs ?

Mme Y : Mais mes sœurs ont... bah y en a une qu'est encore dans la région et puis l'autre qui est à Troyes dans l'Aube... et puis moi chuis sur Dijon enfin bon ! On est à une heure de à peu près toutes de... de la maison familiale...

Mr S : D'accord, alors est-ce que vous pouvez me décrire la relation que vous aviez avec vos parents quand vous étiez jeune enfant en remontant aussi loin que possible ?

Mme Y : Bah très bonne... fin j'ai pas d souvenirs euh d'une famille plutôt euh... sadique (Rires) non y a pas eu euh... j'ai pas d' souvenirs euh... bien marquants de, de mon enfance euh ni négatif... ni positif d'ailleurs enfin bon c'était tout allait bien quoi...

Mr S : D'accord, avec vos parents donc...

Mme Y : Avec mes parents ça allait bien bon avec mes sœurs euh... c'était un peu plus euh... bon c'est des, des rapports de, de fratrie normale j' pense pas très... normaux... (Rire)

Mr S : D'accord... Alors est-ce que vous pouvez me citer cinq adjectifs qui reflètent la relation avec votre mère ?

Mme Y : Alors euh... cinq adjectifs... euh bah... plutôt euh... pour maintenant ou dans l'enfance ?

Mr S : Dans l'enfance...

Mme Y : Dans l'enfance...

Mr S : oui

Mme Y : Bah plutôt complice... toutes les deux... euh... plutôt euh... pff... sincère euh... euh... pff (Rires) c'est pas facile euh (Silence) qu'est-ce que j peux dire ? (Silence)

Mr S : Donc on a dit complice, sincère...

Mme Y : Oui... oui... (Soupire) euh (Silence, rires) c'est pas... c'est pas évident euh (Long silence) elle était pas autoritaire elle (Rires) c'est plus... c'est plus facile de dire euh ce qu'elle était pas... mais nos rapports euh pff... euh...

Mr S : Non autoritaire ?

Mme Y : Non autoritaire ouie euh (Long silence) j'étais plutôt libre de faire ce que... ce que j' voulais mais bon !... pas... pas plus que... la normale j' suppose... (Soupire) Hum (Très long silence, rire) je sais pas j'arrive pas à trouver euh... des adjectifs (Long silence) euh... chais pas comment dire on discutait beaucoup... à l'adolescence surtout (Silence)

Mr S : Vous discutiez...

Mme Y : Hum (Silence) ça fait pas cinq là ? (Rires)

Mr S : On n'en n'est pas loin... Libre alors on peut dire...

Mme Y : Oui... j'arrive pas trop à dire euh en fait euh bon je... comme y z avaient déjà eu... mes deux grandes sœurs avant euh... j'étais plutôt... y z avaient l'expérience donc euh... chais pas comment dire ?... elle avait confiance... en moi fin j' pense...

Mr S : Confiance...

Mme Y : Voilà...

Mr S : Confiance en vous...

Mme Y : Voilà...

Mr S : D'accord, alors est-ce que vous avez un souvenir précis pour l'adjectif complice ? Une anecdote ?

Mme Y : Euh pff... Hum... là comme ça non (Rires)... euh... j' pense que c'était dans la... la vie en général on... on n'a pas grand-chose à s' dire pour comprendre euh... pour se comprendre fin c'est dans ce sens là que je le... que j' l'entends...

Mr S : D'accord...

Mme Y : Hum... elle comprenait tout de suite euh... quand j'avais un souci elle sentait tout d suite que... ce qui n'allait pas quoi... fin qu y avait quelque chose qui n'allait pas...

Mr S : Et vous avez un exemple précis en tête ?

Mme Y : Ouais pff... p't être dans les souvenirs euh les problèmes à l'école ou avec les professeurs ou si y avait... si j' rentrais j'étais dans mon assiette elle le voyait tout de suite... mais euh... un souvenir précis euh non... j'pense pas euh... j'pense que c'est dans la vie euh... comme ça dans la vie...

Mr S : D'accord... Et pour sincère, la relation sincère ?

Mme Y : Bah euh... Si... pour les mensonges elle voyait tout de suite que (Rires) si j' lui racontais euh... un mensonge elle le sentait tout de suite c'était... donc euh bon... j'arrivais pas à (Rire) à cacher les choses... mais c'est pareil j'ai pas d' souvenirs euh bon... j'ai bien dû... faire des bêtises mais... elle voyait tout d' suite que c'était moi qui les avais faites quoi...

Mr S : Hum, hum... Et un exemple précis ? Une anecdote ?

Mme Y : Euh... Une fois j'ai lu si j'ai lu les malheurs de Sophie... puis j'ai voulu vous savez les poissons dans l'aquarium (Rires) et puis bah y a quelques poissons qui s'en sont pas remis (Rires) donc euh... voilà...

Mr S : D'accord...

Mme Y : Et puis bon elle a tout d suite su qu' c'était moi ça pouvait pas être mes sœurs elles étaient trop grandes (Rire) donc euh... bon... c'était pas très, très euh... bon... c'était pas non plus... la cruauté envers les animaux (Rires) c'était... pour tester (Rires)

Mr S : Bien... Et pour non autoritaire ?

Mme Y : Pff j'ai, je, j'ai aucun souvenirs de... d'une fessée ou de... jamais... jamais, jamais de... non c'est... plus vers l'adolescence bon euh... des... disputes mais pas... jamais pendant l'enfance jamais... non... bon sûrement qu'elle a haussé la voix plusieurs fois mais bon j'ai pas... j'ai pas d' souvenirs euh... de...

Mr S : D'accord, donc il n'y a pas un souvenir où elle s'est manifestée comme non autoritaire ? Un souvenir précis ?

Mme Y : (Soupire, se gratte la gorge) non pff c'est... c'est pareil c'était... c'est dans la vie euh... de tous les jours quoi j'ai pas (silence) mais en fait comme elle était jamais autoritaire en fait j'ai pas d' souvenirs qu'elle l'ai été donc euh (Rires) ce qui fait que... oui nos rapports c'était... bon j'étais plutôt sage peut être aussi (Rires) mais... non, non j'ai pas rapports de euh d souvenirs euh...

Mr S : Il n'y a pas eu d'occasion...

Mme Y : Non !... Elle était jamais autoritaire avec moi donc euh...

Mr S : D'accord... Alors vous discutiez beaucoup...

Mme Y : Oui... Oui euh... de, de tout... de... comme elle voyait tout d' suite euh bah... si ça n'allait pas euh bon on a beaucoup discuté d'ailleurs c'est... c'est un sujet de... conflit entre mes sœurs et moi parce que... surtout ma plus grande sœur parce que elle a aucun souvenirs justement euh de d'avoir eu des... des rapports comme ça avec euh... avec elle et moi euh bah pff... si... donc euh... bon c'est vrai... aussi qu'on a pas mal d'écart mais... bon...

MR S : D'accord... Donc pas de souvenirs précis ?

Mme Y : Pff des grandes discussions euh (Rire) mais euh...

Mr S : Il y a un moment dont vous vous rappelez où vous avez eu une discussion intéressante avec elle en étant petite fille ?

Mme Y : Pff c'était euh... bah quand... quand... j'avais les parents d'une amie qui divorçaient donc euh bon quand... quand j les voyais... s disputer bon on avait... mais pff on a toujours eu... elle m'a toujours expliqué les choses euh... j'ai... non j'ai pas... j'ai pas d souvenirs précis fin pff c'était tout l' temps quoi... on discutait... d'tout donc euh... si elle m'a toujours expliqué les choses euh... plus tard à la puberté tout ça on a on a y a jamais eu d tabous dans... entre nous...

Mr S : D'accord... Confiante... La confiance...

Mme Y : Oui, oui elle avait...

Mr S : oui...

Mme Y : Bah pff... pour euh pour les sorties plus tard euh elle m'a toujours fait confiance euh... bon j'avais...

Mr S : Et jeune enfant ?

Mme Y : Jeune enfant bah pff... j me souviens d'être partie euh dans l village en vélo après être allée à l'école à pieds toute seule euh à partir de chais pas sept, huit ans p't être enfin elle m'a toujours fait confiance euh... bon y a jamais eu d problèmes euh... elle disait « à telle heure tu rentres » à telle heure j'étais rentrée et puis voilà quoi c'était...

Mr S : D'accord, très bien alors de la même manière pouvez-vous me citer cinq adjectifs reflétant votre relation avec votre père toujours dans votre enfance ?

Mme Y : Alors avec mon père bah euh pff (Silence) oui si plus euh (Silence) pas d' discussions par contre avec lui... aucune fin pas très... très... causant (Rires) donc euh bon c'était plutôt euh... c'était pas d'autorité non plus sur nous... euh (Silence) hum... chais pas trop comment dire euh... il euh... il a jamais vérifié nos devoirs... fin mes devoirs il a jamais euh... c'était... mais par contre c'était pas une question d' confiance j' pense que c'était plus que bon c'était... c'était à ma mère de l' faire plus... qui... sinon euh (Très long silence) hum (Très long silence, soupire) qu'est-ce que j' peux dire ? Euh hum (Long silence) c'est pas facile hein (Rire) euh (Une minute de silence) on peut remettre les mêmes ? Sinon ? On peut euh reprendre ?

Mr S : Oui...

Mme Y : Bah !... Non autoritaire déjà ça c'est sur (long silence)

Mr S : Donc là j'ai absence de discussion, pas d'autorité...

Mme Y : Hum (Silence) bah la complicité elle vient plus maintenant que... que dans l'enfance... euh pff... c'est p't être fort j' dirais pas un manque d'intérêt par rapport à nous mais euh... c'était (Long silence)

Mr S : On peut dire désintéressé ?

Mme Y : ...Bah disons qu' y avait p't être plus d'intérêt par rapport à ce qui faisait professionnellement que par rapport à nous... hum c'est p't être pas un désintérêt... mais... hum (Long silence) ouais désintérêt mais bon...

Mr S : Ou moyennement impliqué ?

Mme Y : Oui... oui voilà !... oui c'est p't être moins (Rires) fort... et puis euh (très long silence) pff (long silence) sinon c'est (très long silence, marmonnements, rires)

Mr S : On peut en rester là si vous n'en voyez pas d'autres ?

Mme Y : Non c'est pas... oui...

Mr S : On en est à trois là...

Mme Y : Hum... Non j vois pas...

Mr S : oui

Mme Y : J'arrive pas à mettre de mots sur euh...

Mr S : D'accord... Alors pour pas de discussions est-ce que vous avez un souvenir précis ? Une situation ?

Mme Y : Hum pff... bah euh... situation où maman euh... est tombée enceinte euh par euh... c'était pas voulu et puis euh l' bébé était trisomique et donc euh... un jour on était... fin euh... ma mère nous a informé d' la nouvelle mais lui euh il a jamais euh... jamais parlé jamais, jamais... donc euh... elle l'a pas gardé et euh... on, on savait bon on sentait bien qu y avait un souci elle nous en a parlé mais lui... pff... jamais... pourtant elle nous a dit euh « allez voir votre père »... jamais, jamais il a soufflé mot de cette histoire... ni petit fin ni quand on était petite ni plus tard d'ailleurs... c'était...

Mr S : D'accord, alors ensuite pour absence d'autorité ?

Mme Y : ...Bah l'autorité euh... enfin bon donc j'en n'ai pas eu a vraiment... fin jamais... j'ai jamais eu un ressenti d'autorité euh... ni de l'un ni de l'autre mais bon ma mère était quand même beaucoup plus euh... euh au niveau de l'éducation euh... bon c'était elle qui s'occupait euh... en général quand y avait quelque chose qui, qui allait pas c'est elle qui criait plus que lui... lui euh... on l'a jamais trop entendu euh... ou alors euh... si une fois sur ouais sur ma sœur (Rires) ma plus grande sœur mais bon c'était la seule fois où... on doit toutes avoir eu normalement notre (Rires) journée euh où il a... où il a crié mais bon... vraiment... non c'était pas quelqu'un... fin c'est pas quelqu'un... d'autoritaire...

Mr S : Et donc il y a un souvenir précis où vous vous rappelez...

Mme Y : Bah c'est...

Mr S : que l'absence d'autorité vous est apparue claire ?

Mme Y : Pff... euh non pas par rapport non par rapport à moi... non j'ai jamais fait de grosses bêtises qui auraient nécessité euh qui soit autoritaire avec moi mais euh... non... jamais rien... ni élevé la voix ni lever la main ni (Rire) non... toujours euh...

Mr S : Moyennement impliqué...

Mme Y : Oui... bah pff j vous dis euh... jamais jeté un œil dans vos devoirs même si ça n'allait pas même si y avait des convocations de professeurs même si euh pff... c'était toujours ma mère qui euh... non jamais...

Mr S : D'accord... Donc...

Mme Y : Chais pas si c'était un désintérêt mais bon c'était... c'était pas à lui de le faire j' pense fin c'est ce qui pensait (Rires) puis ma mère était avec nous... tout le temps j' pense que... il avait pas envie de se... s'impliquer là dedans...

Mr S : Bien... Alors de quel parent étiez vous la plus proche ? Et pourquoi ?

Mme Y : Bah de... de ma maman petite de ma maman... parce que bah... parce qu'on parlait... plus... puis... mais avec mon père on a... pff... c'était, c'était des relations normales j pense de... d'un papa avec euh... sa fille mais euh... donc on n'a jamais eu d grandes discussions sur euh... des sujets importants qui m'auraient... p't être qui m'auraient j'aurais p't être aimé avoir des discussions avec lui que... que j'ai jamais eu...

Mr S : D'accord... Alors quand vous étiez troublée, perturbée émotionnellement qu'est-ce que vous faisiez ?

Mme Y : ...Oh bah j'allais voir ma maman (rires) et puis voilà...

Mr S : D'accord, et il y a un évènement dont vous vous rappelez ?

Mme Y : (Soupire) non euh ... pff qu'est-ce que (Long silence) bah p't être une fois pace que j'ai, j'ai, j'ai encore mes quatre grands-parents j'ai une euh j'avais une amie qui avait perdu euh sa grand-mère et... puis bon je, j' me questionnais un p'tit peu sur la mort... puis c'est... oui c'est sur des sujets comme ça j pense importants euh... que j'allais la... que j'allais la voir...

Mr S : Et vous vous rappelez de ce moment ?

Mme Y : Oui !... mais fin... comme j'ai jamais vécu vraiment ça... moi-même euh... bon c'était des... des discussions sur la mort mais pas... bon ! C'était assez euh... on rentrait pas tellement dans les détails...

Mr S : Alors ensuite quand vous étiez blessée, ou lorsque vous aviez mal physiquement qu'est-ce que vous faisiez ?

Mme Y : ...Oh bah (Rires) j rentrais et j pleurais dans les jupes de maman (Rires)

Mr S : Oui... Et vous avez un souvenir précis ?

Mme Y : Oh les chutes de vélo (Rire)

Mr S : Oui...

Mme Y : Oui... j'en ai eu quelques unes (Rires)...

Mr S : D'accord... Et quand vous étiez malade ?

Mme Y : Hum... Bah c'est ma maman qui s'occupait d'moi (Rire)

Mr S : Pareil vous avez un souvenir ?

Mme Y : Bah les crises d'asthme parce que j'ai fait pas mal de crise d'asthme étant petite... donc euh bon !...

Mr S : D'accord...

Mme Y : C'est elle qui m'installait dans mon lit euh... avec des coussins dans l' dos et tout ça... oui...

Mr S : D'accord... alors quelle est la première séparation dont vous vous souvenez ?

Mme Y : (Silence) bah les séparations c'était euh les départs en colonie euh... pour euh trois semaines... trois quatre semaines... bah la première fois j'avais... sept ans...

Mr S : Hum, hum... Et comment vous avez réagi ?

Mme Y : Bah comme tous les départs en colonie j pleurais (rires) en partant puis j' pleurais en revenant (rire) pour pas quitter les amis donc euh... non c'était pas... j' savais que... j'pleurais en partant et (rire) mais bon ça durait pas...

Mr S : D'accord... Et vos parents comment réagissaient-ils ?

Mme Y : Oh bah y savaient que de toute façon je... j' me plairais euh une fois sur place c'était toujours comme ça donc euh une fois sur place euh... puis on... on s'écrivait on s téléphonait et puis... tout s passait bien... non j'ai pas... de souvenir de séparations douloureuses avec euh bon c'était tout... j' pleurais mais ça durait pas...

Mr S : D'accord... Est-ce que vous vous êtes sentie rejetée comme enfant ?

Mme Y : Non... non, non...

Mr S : D'accord...

Mme Y : Non... pas du tout...

Mr S : Et est-ce qu'il est arrivé qu'il y ait eu des menaces d'abandon, d'éloignement ou de mauvais traitements dans la famille ?

Mme Y : Non... non, non jamais...

Mr S : Non plus... Et vos parents non plus n'ont pas vécu ce...

Mme Y : Non !

Mr S : Est-ce que vous étiez une enfant inquiète, préoccupée ?

Mme Y : ...Ouais... oui j pense que j'étais... enfin... inquiète euh non plutôt anxieuse euh de tout... un p'tit peu euh un p'tit peu peureuse aussi... oui... encore maintenant d'ailleurs (rires) non... des souvenirs euh... non c'était un p'tit peu tout... tout ce qui n'était pas normal ou la peur

de... d'aller chez le médecin d'aller euh... partout, partout où j'avais pas l'habitude d'aller j'avais peur de... j'me faisais une montagne un p'tit peu de pas grand-chose...

Mr S : D'accord et vous en avez un souvenir précis où vous vous rappelez avoir été préoccupée ?

Mme Y : ...Pff... p't être les... les visites médicales de l'école... la peur de... de monter sur la balance de (rires) parce que j'étais un p'tit peu (rires) euh... non sinon... oh pff c'était, c'était un p'tit peu pour tout donc euh... j'ai pas d' souvenirs précis mais j'avais... tout ce qui n'était pas normal euh bien cadré dans ma vie euh... ensuite euh me faisait peur j' pense...

Mr S : Est-ce que vous pensez que ces expériences où vous étiez préoccupée ont eu un effet sur votre personnalité d'adulte ?

Mme Y : Oui... j' me soigne (rires) chuis là d'ailleurs (rires)

Mr S : Donc vous avez le souvenir de quelques expériences qui ont influencé négativement le développement de cette personnalité ?

Mme Y : Bah non c'est plus euh... c'est plus positif du coup parce que j'ai beaucoup fin j'ai beaucoup plus de confiance en moi puis bon... ça va mieux (rires) c'est pas encore euh... ça va mieux...

Mr S : D'accord, et est-ce que vous comprenez l'attitude de vos parents durant votre enfance ?

Mme Y : ...Oui... oui, oui j'comprends oui... mais j'essaie d' pas faire la même chose (rires) fin surtout par rapport à mon père... ma mère j'ai pas...

Mr S : Oui votre père qui ne parlait pas beaucoup...

Mme Y : Oui... j'pense que s'il avait été un peu plus présent dan notre vie euh... bon maintenant il l'est beaucoup plus donc euh... ça répare pas mal de choses mais... c'est vrai qu petite euh... ça aurait été bien (rire)

Mr S : D'accord et est-ce qu'il y a eu d'autres adultes qui vous ont été proche durant votre enfance ?

Mme Y : Mes grands-parents...

Mr S : Oui...

Mme Y : Oui...surtout euh paternel... puisqu y z' habitent euh dans l' village euh... à la sortie d l'école c'était chez eux qu' j'allais quand euh... en attendant ma maman... donc les goûters euh... tout était euh... surtout mon grand-père... oui... par contre lui est... c'était... il a vécu avec des institutrices euh petit donc il était euh très professeur avec nous euh il nous apprenait beaucoup, beaucoup d' choses... pace que j'avais ma cousine avec moi aussi... donc euh j' me souviens des sorties d l'école c'était toujours euh... la fête (rire)...

Mr S : C'était la fête...

Mme Y : Oui c'était euh y... nous préparait toujours un goûter euh... énorme et puis on avait toujours plein d' choses à faire de... travaux manuels de... y nous occupait c'était...

Mr S : D'accord... Alors est-ce que vous avez perdu un parent ou un proche durant votre enfance ?

Mme Y : ...Bah mon arrière grand-mère mais bon y a... j'étais pas... j l'ai pas perdu dans mon enfance j l'ai perdu y a pas très, très longtemps donc euh... petite non j'ai jamais fin j'ai pas perdu de proches parents...

Mr S : D'accord, et vous l'avez perdu il y a combien de temps ?

Mme Y : Y a y a neuf ans...

Mr S : Y a neuf ans d'accord... et comment vous avez réagi ?

Mme Y : Bah j'ai eu du mal parce que c'était une personne qui était très présente dans la famille euh toutes les fêtes de famille elle était là et puis c'est elle qu'organisait beaucoup... et puis bah... c'était un personnage enfin qu'était euh important... dans la famille... elle a élevé huit enfants... elle a perdu son mari à 35 ans la guerre donc euh elle, elle avait quand même euh beaucoup de prestance... Hum mais bon... elle est morte à 90 ans (rires) après c'est plus...

Mr S : D'accord, donc ça a été difficile à ce moment là ?

Mme Y : Oui !... Oui c'était difficile parce que parce que ça, ça nous a fait un manque euh... un grand manque dans la famille... surtout dans les réunions de famille...

Mr S : D'accord, est-ce qu'il y a beaucoup de changements dans votre relation avec vos parents depuis votre enfance ?

Mme Y : Oui... Oui... Oui euh bah... déjà avec mon père... qui depuis euh ... bah depuis que je suis sur Dijon ils viennent régulièrement et il a fait mon appartement en entier euh oui il était là presque trois mois sur place pour faire tout mes travaux euh fin bon ! Puis on discute beaucoup plus de, de plein dr choses alors que... avant pas du tout maintenant on a beaucoup plus de, de rapports euh... de relations que qu'avant... avec ma maman bon ça c'est toujours pareil... on s' téléphone beaucoup euh...

Mr S : Maintenant vous êtes plus proche vous parlez plus ?

Mme Y : Ouais... oui, oui hum... et même entre eux... même entre eux euh y s' parlent beaucoup plus maintenant que... que les rapports qui z' avaient euh quand on était petite... hum...

Mr S : Donc vous avez une enfant, elle a quel âge ?

Mme Y : Elle va avoir un an...

Mr S : D'accord, et quels sont vos sentiments lorsque vous êtes séparée de votre enfant ?

Mme Y : Bah euh... séparée juste pour aller travailler en fait (rires) parce que le reste du temps puis là !... (Rires) non c'est vrai que je vu qu' je travaille de nuit j' ai les tous les après midi avec moi... tous les jours de repos... non chuis rarement séparée d'elle... pour le moment (rire)...

Mr S : D'accord, et vous vous sentez parfois préoccupée par rapport à votre enfant ?

Mme Y : Pff non... je fais non... j' fais tout un peu d'instinct... je lis pas beaucoup de...

Mr S : D'accord, et est-ce que vous pourriez exprimer trois désirs pour votre enfant dans 20 ans ? Quelle sorte de futur vous lui souhaitez ?

Mme Y : ...Euh bah déjà euh... j souhaite qu'elle euh... qu'elle évolue euh professionnellement qu'elle fasse ce qu'elle veut... qu'elle euh... bah... ch souhaite qu'on ai de bons rapports plus tard... qu'on soit aussi complice que, que, que j'le suis avec ma mère... et puis euh... voilà qu'elle soit heureuse dans sa vie euh personnelle comme professionnelle quoi qu'elle soit, qu'elle soit épanouie... ça fait trois (rires)

Mr S : D'accord... Alors est-ce qu'il y a une chose particulière tirée de votre propre expérience comme enfant que vous aimeriez nous rapporter ?

Mme Y : ...Hum... pff... qui m'aiderait maintenant ?

Mr S : Une leçon que vous avez tiré de votre enfance ?

Mme Y : Oui (silence) bah j' pense que ce serait que les parents euh... fin y a... les parents y pff... y font ce qui peuvent euh pour euh nous éduquer euh avec euh ce qui z 'ont vécu eux-mêmes et puis euh j' pense que chacun fait comme y peut c'est pas... donc euh... on fait tous un p'tit peu comme on peut pour éduquer au mieux nos enfants ou ce qu'on pense être le mieux... puis bon j' pense que les relations évoluent avec le temps c'est pas... bien sur on, on fait avec ce qu'on a eu petit mais j' pense que les relations avec les, les nos parents évoluent...

Mr S : D'accord, vous avez compris pourquoi votre père parlait peu, s'impliquait peu ?

Mme Y : Bah j' pense qu'il est comme ça et euh... y parle pas beaucoup euh y parle que quand il a quelque chose d'intéressant (rires) à dire et puis bah... et puis p't être que... euh que petit fin y voyait p't être pas l'intérêt non plus d' nous parler euh maintenant c'est comme maintenant on a b' de meilleurs rapports j pense que, que c'était... à l'époque il avait autre chose dans la tête et puis voilà quoi... puis c'était p't être pas intéressant pour lui d' nous livrer euh ce qu'il avait euh... sur le cœur et puis voilà donc euh... on a fait sans à l'époque et puis maintenant bah ça va mieux (rire)

Mr S : D'accord, et que souhaitez vous que votre enfant tire de sa relation avec vous-même et votre mari ?

Mme Y : Et bah... j'espère qu'elle sait fin qu'elle saura que qu'on fait tout pour que qu'elle soit heureuse et que... et puis que notre priorité bah c'est elle quoi... pour le moment et puis p't être plus tard euh ses frères et sœurs (rire) après si y en a... mais bon je... j' veux pas qu'elle croit qu'on, qu'on s' sacrifie ou que qu'elle se... qu'elle se rende compte qu'on est heureux d faire ça quoi pour elle...

Mr S : Hum, d'accord, est-ce que vous pourriez nous parler aussi de votre eczéma ? Comment est-ce que vous l'avez vécu dans votre enfance ?

Mme Y : Et bah c'était euh... oh bah c'était des bains de permanganate... régulièrement... euh sinon en fait j'ai pas... j' me souviens de, de m'être grattée au sang tout ça euh... c'est pas... les crèmes que j' mettais mais bon c'est pas, pas des souvenirs euh... tristes après c'est des photos qu je vois ou euh c'est plus des souvenirs des choses qu'on m'a raconté plus que... que moi des souvenirs de ça quoi... j'en ai pas j'en n'ai pas tellement non... j'en n'ai pas tellement déjà j'ai pas beaucoup d' souvenir... petite (rires) ça c'est très... mes souvenirs remontent pas... très loin...

Mr S : Vous avez guéri à quel âge ?

Mme Y : Oh pff jusqu'à l'adolescence j'en ai j'en ai eu bon... dans les plis du coude un p'tit peu après mais pas... à l'adolescence j'en n'avais plus hein...

Mr S : D'accord, et vous n'avez pas de souvenirs précis sur une crise d'eczéma, d'éléments déclenchants ?

Mme Y : Non j'ai plus de souvenirs sur les crises d'asthme parce que c'était beaucoup plus angoissant mais l'eczéma non j'ai pas... non... c'était... non puis j'étais, j'étais soignée donc euh... c'est vrai qu c'était par période mais bon j'ai pas non j'ai pas d' souvenirs euh... bien précis si p't être un p'tit peu la contrainte de des traitements mais bon pas c'est pas... des souvenirs très francs quoi...

Mr S : D'accord, très bien je vous remercie.